



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Adriana Dias de Assumpção Bastos

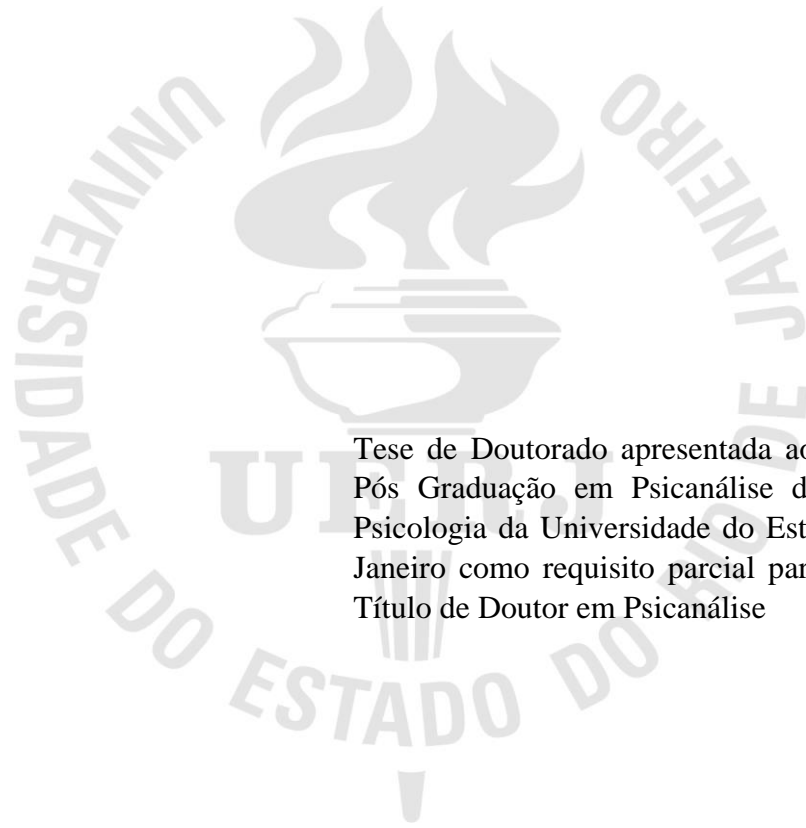
“Agenda da psicose”: teoria, clínica e política em um CAPSad

Rio de Janeiro

2019

Adriana Dias de Assumpção Bastos

“Agenda da psicose”: teoria, clínica e política em um CAPSad



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

Orientador: Prof. Dra. Sonia Alberti

Rio de Janeiro
2019

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

B327 Bastos, Adriana Dias de Assumpção.
“Agenda da psicose”: teoria, clínica e política em um CAPSad / Adriana Dias de Assumpção Bastos. – 2019.
212 f.

Orientadora: Sonia Alberti.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise– Teses. 2. Psicose – Teses. 3. Toxicomanias– Teses. I. Alberti, Sonia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es CDU 159.964.2

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

Assinatura

Data

Adriana Dias de Assumpção Bastos

“Agenda da psicose”: teoria, clínica e política em um CAPSad

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

Aprovada em: 2 de julho de 2019

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Sonia Alberti (Orientadora)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Profa. Dra. Ana Cristina Costa de Figueiredo
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Profa. Dra. Doris Luz Rinaldi
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Profa. Dra. Viviane Tinoco Martins
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Profa. Dra. Maria Glória Schwab Sadala
Universidade Veiga de Almeida - UVA

Rio de Janeiro
2019

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Prof. Dra. Sonia Alberti, que tanto contribuiu para minha formação como analista desde os idos tempos em que fiz residência no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Por sua preciosa orientação que tornou possível a escrita dessa tese, pela generosidade com que transmite a psicanálise e sua ética.

Ao meu marido Almar Bastos, por sua presença ao meu lado em todos os momentos da vida.

Aos meus filhos, Pedro e João Victor. Principalmente ao João, pelas aulas de matemática que tanto me ajudaram a entender os textos de Lacan, e pela correção das traduções para o Inglês.

Aos meus colegas de orientação, pelo humor deles que tornou mais leve os percalços da produção desse texto. Agradeço especialmente as amigas Heloene Ferreira, Irene Beteille, Luciana Torres e Monica Bernardo, companheiras também de cartel, formado para que pudéssemos atravessar a leitura do seminário 23. Com as quais tive o prazer de escrever trabalhos apresentados em congressos durante o período do doutorado.

Agradeço ainda a Rosanne Grippi, por sua leitura atenta e as devidas correções que deram mais suavidade à minha escrita.

Por último, mas não menos importante, a equipe do CAPSad, e aos seus usuários que muito me ensinaram, e a quem dedico esse estudo, tendo a esperança de que possam continuar a ter um tratamento que os leve em conta como sujeitos de direito e do desejo. A Adriane Freitas de Sá, que para além da transferência de trabalho no CAPSad, e de sua amizade, intitulou minha agenda de “agenda da psicose”, título deste trabalho.

Identidade

Cansei de ser uma foto 3x4
Acompanhada por uma sequência de dígitos.

Cansei de ser número
No RG, CPF, Título de Eleitor
Passaporte, Carteira de Trabalho.
A burocracia nunca me enxerga como gente.

Eles não sabem da cor azul
Que fui a Bahia e vi Dona Canô na festa de Reis
Que choro quando leio a *Cor Púrpura*
Nem que passo as tardes ouvindo Benito de Paula.

Cansei de ser número
Engrossando as estatísticas
De mãe solteira sem superior completo
De mulher negra que sofreu violência doméstica
Que agora sou parte dos 56% de classe C
Segundo a revista Exame.

Vexame.
As estatísticas não sabem, por isso não divulgam
Ando triste, confusa e ruim da memória.
E no posto de saúde.
Onde sou apenas mais um número no SUS
Não tem psicológicos para sequer uma consulta.
Desconfio que psicológicos devam atender
Apenas números inteiros e não os fracionados como eu.

Preocupa-me
No futuro, tudo ficará mais simples
Seremos como um código de barras
É só passar no leitor e pronto!
Teremos até preço
(a depender da inflação)
Um número com cifrão.
Lamento aos burocratas
Aos analisas organizacionais
Aos pesquisadores e estatísticos
Enquanto houver brilho nos olhos
Não posso, nem quero ser só um número.

Jenyffer Nascimento - Terra fértil, p. 18

RESUMO

BASTOS, A.D.A. *“Agenda da psicose”*: teoria, clínica e política em um CAPSad. 2019. 212 f. Tese (Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Instituto de Psicanálise, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Essa pesquisa surgiu da clínica exercida por nós em um Centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPSad), objetivando a verificação do tratamento possível para sujeitos psicóticos usuários de álcool e outras drogas. Essa tese se desdobra em duas partes: a primeira parte trata da constituição de nossa agenda de trabalho no (CAPSad), intitulada por uma colega de equipe como “agenda da psicose”; a segunda parte é dedicada à agenda da saúde pública para usuários de álcool e outras drogas. O que se pode constatar é que uma agenda não acontece independentemente da outra, isto é, as diretrizes públicas para o campo de álcool e outras drogas direciona o tipo de oferta possível para o tratamento dos usuários de drogas, sejam eles psicóticos ou não. De tal forma que levantamos a hipótese de que justamente a Redução de danos – diretriz política para o campo de álcool e outras drogas sustentada pelo paradigma psicossocial – possibilitou a entrada do discurso do analista na saúde mental. Desde 2009, com a propagada “epidemia” de crack, e principalmente a partir do plano *Crack, é possível vencer*, em 2011, temos assistido a um incremento do paradigma proibicionista, e a crescente demanda de financiamento público das Comunidades Terapêuticas (CTs), com o concomitante desinvestimento na saúde mental e de seus equipamentos voltados para a atenção psicossocial dos usuários de drogas. Nessa tese apontamos as consequências dessa mudança de diretriz que vem ocorrendo no campo de álcool e outras drogas e, discutimos a aliança entre o discurso da ciência e a moral religiosa como oferta de tratamento aos usuários de drogas, o que levanta questões éticas. No que tange o tratamento de sujeitos psicóticos usuários de drogas, tendo como referência a clínica das suplências proposta por Lacan, sustentamos a hipótese de que a direção do tratamento do gozo com as drogas na psicose também vá, como na neurose, na direção do desejo, só que um desejo advindo da invenção de uma amarração singular para cada sujeito. Um desejo que não seja sustentado pelo falo, mas que, analogamente ao desejo na neurose, faz freio à pulsão de morte.

Palavras-chave: Psicanálise. Psicose. Toxicomanias. Angústia. Gozo. Saúde Pública. Saúde Mental. Álcool e Outras Drogas.

ABSTRACT

BASTOS, A.D.A. *“Agenda of Psychosis”*: Theory, clinic and politics in one CAPSad. 2019. 212 f. Tese (Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Instituto de Psicanálise, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This research emerged on the clinic practiced by us on a CAPSad (Alcohol and drug psychosocial care center), aiming on the verification of the possible treatment for psychotic alcohol and other drugs users' subjects. This thesis unfolds in two parts: the first part deals with the constitution of our work agenda on the CAPSad (Alcohol and drug psychosocial care center), titled by a teammate as "psychosis agenda"; the second part is dedicated to the public health agenda for users of alcohol and other drugs. What can be seen is that an agenda does not occur independent of the other, that is, the public guidelines on the alcohol and other drugs field directs the kinds of offers possible for the treatment of drugs users, being them psychotics or not. In such a way that we raised the hypothesis of that precisely the Harm Reduction – the political guideline for the field of alcohol and other drugs supported by the psychosocial paradigm – allowed the entry of the mental health analyst's discourse. Since 2009, with the widespread "epidemic" of crack, and, especially from the *Crack plan, it is possible to win* in 2011, we have been watching an increasing prohibitionist paradigm, and the growing demand for public funding from the Therapeutic Communities (CTs), with the concomitant disinvestment in mental health and its equipment aimed at the psychosocial attention of drug users. In this thesis we point out the harmful consequences of this change of direction that has been taking place in the field of alcohol and other drugs, and we discuss the alliance between the discourse of science and religious morality as an offer of treatment to drug users, which raises ethical questions. Regarding the treatment of subjects who are psychotics drug users, having as reference the suppletions clinic proposed by Lacan, we support the hypothesize that the direction of the treatment of the enjoyment of drugs on the psychosis also goes, as in neurosis, in the direction of desire, only it is a desire arising from the invention of a unique mooring for each subject. A desire that is not supported by the phallus, but which, analogously to the desire in neurosis, restrains the death drive.

Keywords: Psychoanalysis. Psychosis. Drug Adiction. Anguish. Enjoyment. Public Health. Mental Health. Alcohol and Drugs.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 TEM VAGA NA “AGENDA DA PSICOSE”?	16
1.1 Introdução.....	16
1.2 Acolhimento.....	21
1.2.1 <u>De que estranheza se trata?</u>	22
1.3 A inquietante estranheza	35
1.3.1 <u>O que são Os outros em Lacan?</u>	36
1.3.2 <u>Fantasia</u>	37
1.3.3 <u>O duplo</u>	38
1.3.4 <u>Uma situação estranha</u>	40
1.3.5 <u>Compulsão à repetição</u>	40
1.4 A angústia no CAPSad	44
1.4.1 <u>Outra situação “estranha”</u>	45
1.5 Agenda da psicose	45
1.6 Considerações Finais.....	46
2 ANGÚSTIA E GOZO NA CLÍNICA DAS TOXICOMANIAS	49
2.1 Estrutura e fenômeno	49
2.2 A angústia na clínica com as toxicomanias	55
2.3 Psicose e toxicomania: um caso.....	60
2.4 Que tratamento possível ao gozo nas toxicomanias?	73
2.5 Considerações finais.....	76
3 A LOUCURA: UM CASO	79
3.1 Introdução.....	79
3.2 As psicoses narcísicas: o eu e o uso das palavras	81
3.2.1 <u>Freud com Lacan</u>	85
3.2.2 <u>O eu: a homossexualidade e a megalomania nas psicoses</u>	91
3.3 A paranoia, o imaginário.....	95
3.3.1 <u>A personalidade</u>	97
3.4 A autopunição: recalque e retenção	101
3.4.1 <u>A retenção do S1 na paranoia</u>	104
3.5 Caso clínico	111
3.5.1 <u>Uribe, o não Gallo</u>	112

3.5.2	<u>Uma hipótese diagnóstica: esquizofrenia paranoide</u>	115
3.5.3	<u>Uso de drogas e fenomenologia psicótica</u>	117
3.5.4	<u>Esquizofrênico não, maconheiro sim</u>	118
3.5.5	<u>Documentos, documentação e corpo humano: um nó</u>	121
3.6	Considerações finais	127
4	QUAL AGENDA PARA AS TOXICOMANIAS NO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS?	129
4.1	Introdução	129
4.2	Para onde vai o capital?	130
4.3	A “terapia” e a “cracolândia”	133
4.4	Rio de Janeiro, em que pé está o ‘problema drogas’?	135
4.5	Por que a segregação?	148
4.6	Considerações finais	153
4.7	Anexos	160
5	DO PARADIGMA PSICOSSOCIAL À MORAL RELIGIOSA: QUESTÕES ÉTICAS EM SAÚDE MENTAL = FROM THE PSYCHOSOCIAL PARADIGM TO RELIGIOUS MORAL: ETHICAL ISSUES IN MENTAL HEALTH	162
5.1	Resumo	162
5.2	Introdução	163
5.3	Metodologia	164
5.4	Análise do material encontrado:	165
5.5	Resultados	165
5.5.1	<u>Uma questão sobre a escalada de incentivos: um breve histórico.</u>	165
5.5.2	<u>A denominação Comunidade Terapêutica (CT) e os investimentos públicos no tratamento de usuários de drogas</u>	167
5.5.3	<u>Seis comunidades pioneiras.</u>	170
5.6	Discussão	174
5.7	Considerações finais	176
	CONCLUSÃO	178
	REFERÊNCIAS	182
	ANEXO A - Pesquisa sobre as Comunidades Terapêuticas pioneiras no Brasil	199
	ANEXO B - Capítulo 6: Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte?	201

INTRODUÇÃO

Em 2005 começamos a trabalhar em um serviço público de saúde para atendimento de usuários de álcool e outras drogas. Desde então, o serviço em que trabalhamos sofreu várias modificações, tanto em sua estrutura física, como em sua equipe de saúde. Por conta de nossa inserção institucional, temos nos dedicado a pesquisar a clínica com as toxicomanias.

A pesquisa desenvolvida durante o mestrado, cujo título *Considerações sobre a clínica psicanalítica, na instituição pública destinada ao atendimento de usuários de álcool e/ou outras drogas*¹, tomou como ponto de partida a clínica com usuários de álcool e outras drogas desenvolvida no serviço público. Naquele momento, tínhamos o objetivo de verificar qual o estatuto das toxicomanias para a psicanálise. Para desenvolvê-lo, recorremos à obra de Freud e ao ensino de Lacan, e neles não foi verificado nada que apontasse para a possibilidade de a toxicomania ser uma estrutura clínica, o que nos levou a considerá-la, na pesquisa, como um fenômeno clínico. Diante disso, passamos a trabalhar os casos de neurose, mostrando a pluralidade de funções que a droga pode nela assumir. Nosso interesse voltou-se para a articulação das toxicomanias com o sintoma, isto é, com a possibilidade de, em alguns casos, ela ser uma formação de compromisso ou mesmo um sintoma de entrada em análise.

A conexão entre toxicomanias e sintoma nos levou, também, a considerar as seguintes questões: o consumo de drogas estava aumentando? Nesse caso, que motivos estariam fazendo com que o consumo de drogas aumentasse? Por que os seres humanos estariam recorrendo mais às drogas para aplacarem sua dor de existir? Para dar conta dessas questões, trabalhamos o entrelaçamento do Discurso do Capitalista com o Discurso da Ciência, e o lugar das toxicomanias como “pedra no caminho”, no sentido do sintoma como aquilo que faz com que as coisas não andem.

O que nos instigou nessa nova empreitada, que é o doutorado, foi dar um passo a mais e estudar a concepção do sintoma a partir da teoria dos nós. Além disso, ocupamo-nos nesta pesquisa de doutorado da psicose em articulação com a toxicomania. Objetiva-se verificar qual a direção do tratamento que, nesses casos, permitiria ao sujeito inventar soluções singulares às suas dificuldades na relação com o Outro, e se isso permitiria ao sujeito

¹ Cf.: BASTOS, A. *Considerações sobre a clínica psicanalítica, na instituição pública destinada ao atendimento de usuários de álcool e/ou outras drogas*. 2009. 144 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Centro de Educação e Humanidades, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1100>. Acesso em: 20 abr. 2019.

psicótico ou prescindir do uso de drogas ou reduzir os danos de seu uso quando este era um moderador do gozo do Outro.

Na psicose, assim como na neurose, a função da droga não é estanque, não é a mesma para todos, é preciso verificá-la em cada caso. Muitas vezes o uso de drogas pode servir como nomeação, isto é, como identificação – sou viciado, sou drogado etc. –, o que pode funcionar como uma certa estabilização da psicose. Outras vezes, o uso de drogas potencializa a fenomenologia psicótica.

É frequente na clínica nos depararmos com o uso, principalmente de maconha, para ‘acalmar’. Essa função calmante, que aparece na fala de muitos de nossos pacientes, pode ser interpretada como algo que acalma a invasão do Outro. Como dizia uma paciente: “acalma as vozes”. Entretanto, para alguns, a maconha longe de acalmar, atiça o Outro. Faz, por exemplo, com que as vozes fiquem ainda mais intensas, ou torne mais presente a sensação de estar sendo olhado.

A autorreferência fica ainda mais patente com o uso da cocaína. A princípio, ela deixa o sujeito ainda mais “ligado”, identificado a um eu que se depara com ideias delirantes de perseguição, de ciúmes... enfim, tudo é autorreferente. A ‘ligação’ da cocaína com a própria fenomenologia da psicose, muitas vezes desestabiliza ainda mais o sujeito. Mas há casos em que a cocaína, apesar da ligação, ou por causa dela, faz barra ao Outro — é o caso de um paciente que se dizia menos “televigiado” quando usava essa droga.

Podemos falar da diversidade do uso da droga que escutamos na clínica de forma mais generalizada, como: identificação, automedicação, estabilização etc. Mas, é importante frisar, cada caso é, ao mesmo tempo, absolutamente singular.

Quais tratamentos possíveis, diante da junção psicose e toxicomanias? Dizemos tratamentos, posto que, paradoxalmente, se por um lado, para a psicanálise, o tratamento possível é um só – não é adaptável, pois “trata-se de rigor de alguma forma ético”, como nos diz o próprio Lacan, “fora do qual qualquer tratamento, mesmo recheado de conhecimentos psicanalíticos, não pode ser senão psicoterapia” (LACAN, 1966/1998, p. 326) –, cada tratamento é único.

Em *O Seminário, livro 3: as psicoses*, Lacan (1955-56/1988) propõe como direção do tratamento a construção de uma metáfora delirante. Essa direção é dada a partir da leitura que Lacan faz da análise de Freud do caso Schreber, onde Freud (1911 [1910]/2005) mostra que ser “a mulher de Deus” permitiu uma estabilização da psicose naquele caso.

O caso Schreber permitiu a Lacan pensar a metáfora delirante como uma forma de estabilização diante do fracasso da operação da metáfora paterna. Metáfora delirante que

serve para dar certa estabilidade ao banco de três pés com que Lacan compara as psicoses (LACAN, 1955-56/1988). Já o *sinthoma* de Joyce, sua escrita, permite a Lacan verificar outro tipo de solução para a não incidência da metáfora paterna. Se o psicótico carece de um sintoma como efeito da metáfora paterna que amarre os registros do real, imaginário e simbólico, então pode inventar outra forma de amarrá-los, essa seria a função da escrita em Joyce.

Nossa visada com esta tese é levantar a hipótese de que com a teoria dos nós a construção de um *sinthoma* em análise pode ser pensada como uma direção possível no tratamento das psicoses em interlocução com as toxicomanias. A invenção de um *sinthoma* que viabilize o acesso ao desejo na psicose é, ainda que um desejo não referido ao falo, uma forma de tratamento do gozo na psicose. Propomos a seguinte hipótese: nos casos de psicose, em que se apresenta a toxicomania como fenômeno, a invenção de um sintoma em análise permitiria também frear o uso compulsivo da droga.

Interessa-nos poder extrair de nossa clínica, que é sempre exercida no caso a caso, algo que seja generalizável, teorizável no que tange à clínica psicanalítica com psicóticos que usam drogas. Durante o período que estivemos trabalhando em nossa pesquisa, verificamos que para dar conta desse objetivo teríamos que abordar diversas questões que atravessam a clínica com as toxicomanias. Dessa forma, decidimos tratar em cada capítulo uma questão que nos pareceu relevante para sustentar o trabalho do psicanalista. Apesar de serem questões distintas, elas, na verdade, estão ligadas por um fio condutor: a clínica que exercemos no CAPSad.

Pretendíamos, tal como exposto em nossa qualificação, que os capítulos de nossa tese se transformassem em artigos. Dessa forma, nossa tese seria composta de uma série de artigos, cada um deles privilegiando uma vertente da nossa pesquisa. Não conseguimos alcançar nosso objetivo de publicar cinco artigos, entretanto, um artigo foi publicado na *Revista de Psicologia da USP*², e outro está no prelo da *Revista Ciência & Saúde Coletiva*.

No percurso de nossa pesquisa, nos demos conta de que para falar do tratamento que oferecemos como psicanalistas em um serviço público de saúde para usuários de álcool e outras drogas seria preciso, antes de tudo, dizer como esse trabalho foi viabilizado. Nesse sentido, percebemos que seria necessário contextualizar o momento político que a saúde mental atravessa em nosso país, visto se tratar de uma pesquisa inserida no campo de saúde

² Cf.: BASTOS, A., ALBERTI, S. Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte? *Psicol. USP*, São Paulo, v. 29, n. 2, pp. 212-25, ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642018000200212&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 28 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420170100>.

pública. A possibilidade de desenvolvermos um trabalho como psicanalistas em um CAPSad, tal como testemunhamos nesta tese, está intimamente ligada ao direcionamento das políticas públicas de saúde.

Assim, nossa tese se desdobra em duas agendas. A primeira parte discorre sobre a nossa agenda de trabalho no CAPSad, aquela em que fazemos a marcação do atendimento aos pacientes, a qual foi apelidada por um de nossos colegas de equipe como “agenda da psicose”. A segunda parte da tese é dedicada à agenda da saúde pública para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, suas diretrizes e seus efeitos.

A primeira parte da tese está composta por três capítulos. Como se pode verificar, embora sejam capítulos e como tal sejam bem mais abrangentes do que um artigo, eles encerram uma determinada temática e seguem um determinado estilo que nos facilite um redimensionamento de tamanho para transformá-los em artigos publicáveis. As considerações finais foram introduzidas ao final dos capítulos com o intuito de fazer a ligação entre eles. A segunda parte da tese está composta por dois capítulos e, em anexo, com o artigo já publicado na *Revista de Psicologia da USP*, mencionado acima.

O primeiro capítulo foi intitulado *Tem vaga na “Agenda da psicose”?* Como nosso título indica, nos ocuparemos nesse capítulo do tema das psicoses e da estranheza que ela suscita, e o faremos a partir de nossa agenda, isto é, de nossa clínica no serviço público de saúde mental destinado a usuários de álcool e outras drogas, trabalho que realizamos em um CAPSad.

Também o uso de drogas muitas vezes causa estranheza, não apenas por sua fenomenologia – durante o uso ou em abstinência, que em muitos casos inclusive se assemelha à fenomenologia da psicose, o que por vezes gera toda uma dificuldade em torno do diagnóstico, principalmente se este é sindrômico e, portanto, calcado nos manuais –, mas também pelo comparecimento da pulsão de morte de forma tão ferrenha. Tendo como respaldo teórico para o exercício de nossa clínica o saber da psicanálise, pretendemos situar seu discurso diante dessa estranheza e seu saber-fazer que não exclui o real que nela se revela, seja nas psicoses, seja nas toxicomanias. Portanto, o primeiro capítulo desta tese relata como que em nossa experiência se estabeleceu uma transferência de trabalho calcada no saber suposto à analista sobre essa estranheza e a concomitante possibilidade de se sustentar o discurso da psicanálise na atenção psicossocial a partir dos casos clínicos.

O segundo capítulo aborda o tema *Angústia e Gozo na clínica das toxicomanias*. Baseado na experiência em um CAPSad, exploraremos a clínica das toxicomanias a partir dos conceitos de angústia e de gozo, tal como formalizados pela teoria psicanalítica.

Tanto a angústia quanto o gozo são inerentes ao *fallasser*, posto que a linguagem institui o real diante do qual a angústia é o afeto por excelência (LACAN, 1962-63/2005), assim como o campo do gozo que aponta para o mais além do princípio de prazer, o que se destaca particularmente na clínica com as toxicomanias. Verifica-se que a angústia, bem como a tristeza, que é muitas vezes nomeada como depressão pelos pacientes, consome o sujeito em abstinência, momento em que muitos se culpam pelo uso da droga e dizem não querer mais usá-la, pois se deparam com as perdas que tiveram em suas vidas, o que eles interpretam como tendo sido causadas pela droga. Depreende-se da fala dos pacientes que no momento em que se dão conta de algo que estão perdendo, algo que lhes é caro, querem parar o uso das drogas, mas advém um tristeza imensa, e o mesmo motivo que os faz querer parar de usar os leva de volta às drogas para apagar essa tristeza. Muitos pacientes querem parar ou diminuir o uso, fazer um uso que não lhes cause tanto sofrimento, mas dizem da impossibilidade de fazê-lo. É comum ouvirmos: “é mais forte do que eu”, “quando você vê já fez”. Ou conforme a fala de um paciente que relatamos nesse capítulo: “Sexta-feira tive uma recaída, quando eu acordei já sabia, meu corpo estava trêmulo, comecei ir toda hora ao banheiro, fiquei muito enjoado, depois foi só manipulação, não tinha outro jeito, eu ia usar”. Trata-se da impossibilidade de barrar a vontade de gozar com a droga que leva à compulsão à repetição, marca da clínica com as toxicomanias.

Tratamos de sujeitos que fazem ou fizeram uso de drogas (lícitas ou ilícitas), por vezes de modo bastante avassalador. Para tratar desses sujeitos, a experiência clínica com a psicanálise nos ensinou que é preciso ir além do uso, levantando a questão sobre o sujeito por ele escamoteado. Partindo da singularidade de um sujeito psicótico e da construção de seu caso clínico, abordaremos a especificidade da angústia e da posição de gozo frente ao Outro na psicose e seus desdobramentos com relação ao uso de drogas. Levantaremos, então, uma hipótese sustentada pela clínica sobre a possibilidade de tratamento do gozo nas toxicomanias.

No terceiro capítulo, faremos uma revisão teórica sobre a loucura na obra de Freud e no ensino de Lacan. Deteremo-nos mais nas considerações sobre a paranoia devido à hipótese diagnóstica do caso – esquizofrenia paranoide – que nos servirá de alicerce para pensarmos a clínica neste capítulo. A partir desse caso, levantamos uma série de questões concernentes ao tratamento e sua direção. Verificamos que o tratamento franqueou uma paranoização da esquizofrenia. Entretanto, essa paranoização não foi suficiente para que dela surgisse uma metáfora delirante, apesar de ter permitido uma certa estabilização juntamente com uma identificação imaginária ao nome “maconheiro”. Nossa hipótese é de que a transferência estabelecida com a analista, e posteriormente com a própria instituição, permitiu certa

contenção do gozo do Outro e teve como efeito um freio no gozo com as drogas. A solução possível nesse caso, que não foi o que permitiu que o sujeito prescindisse do uso das drogas, pois isso já ocorrera em momento anterior à invenção que ele fez para amarrar sua realidade, ou seja, se deu a partir das “suas três Adrianas”, às quais ele atribuía as funções de cuidar de seus “documentos”, de sua “documentação” e de seu “corpo humano”. Essa transferência com as três Adrianas nos parece ser o pivô da invenção de um *sinthome* que permitiu um reposicionamento da realidade desse sujeito.

O quarto capítulo introduz a temática da agenda pública de saúde com a seguinte pergunta: *Qual agenda para as toxicomanias no campo das políticas públicas?* Este capítulo serve de dobradiça entre as questões que vimos desenvolvendo, referentes à nossa agenda de trabalho em um CAPSad, “agenda da psicose”, e a agenda da saúde pública para álcool e outras drogas, tema que desenvolveremos nessa segunda parte de nossa tese.

Como trabalhadores da saúde mental, em um município do Estado do Rio de Janeiro, acompanhamos de perto as mudanças no direcionamento das políticas públicas para a saúde mental como um todo e seus efeitos e, mais especificamente, para o campo do álcool e outras drogas. Motivo pelo qual abordaremos o tema a partir do que foi vivenciado em uma Assembleia Pública na Câmara dos Vereadores do Município do Rio de Janeiro, pois ela nos serviu de exemplo para o entrave que se dá entre os diferentes discursos que habitam o campo do álcool e outras drogas. O principal embate se dá, de um lado, entre os representantes do discurso da abstinência (proibicionismo) e a importância das Comunidades Terapêuticas (CTs) nesse contexto do tratamento e, de outro, os representantes do discurso da Atenção Psicossocial, fruto da Reforma Psiquiátrica.

Desse modo, percorreremos um pouco a história do que vem se desenrolando no âmbito das políticas públicas para as questões do uso de álcool e drogas como mote para o tema da segregação que é desenvolvido na sequência. Propomos a hipótese de que a segregação do usuário de drogas — implícita no discurso que sustenta a abstinência como único viés possível para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas e a internação como o seu corolário — advém do insuportável de se lidar com o retorno do resto produzido pelo discurso do capitalismo/ciência: a toxicomania. Resto de um discurso que justamente não admite restos, em que nada deveria se perder, tudo deveria se transformar em gozo.

O quinto capítulo corresponde ao artigo que está no prelo da *Revista Ciência e saúde coletiva*, intitulado *Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental*. Para sua redação, foi feita uma pesquisa sobre a inserção das Comunidades terapêuticas (CTs) no Brasil e a ligação delas com a religião. Questionamos a mudança de

paradigma que vem ocorrendo no campo de álcool e outras drogas e as questões éticas implicadas no financiamento dessas entidades.

Consta em forma de anexo a esta tese o artigo publicado em coautoria com Sonia Alberti: *Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte?*³ Ele foi acrescido da pesquisa feita sobre as Comunidades Terapêuticas, que por uma questão de tamanho teve que ser cortada do artigo publicado, ao qual se refere o quarto capítulo desta tese. O artigo faz uma composição lógica com os dois capítulos precedentes, ou seja, com o quarto e o quinto capítulos.

³ Cf.: BASTOS, A., ALBERTI, S. Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte? *Psicol. USP*, São Paulo, v. 29, n. 2, pp. 212-25, ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642018000200212&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 28 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420170100>.

1 TEM VAGA NA “AGENDA DA PSICOSE”?

1.1 Introdução

O binômio psicose-toxicomanias, por um lado, nos convoca em um primeiro momento a discernir esses dois significantes para que, num segundo tempo, possamos verificar quais as articulações possíveis entre os dois. Em termos clínicos isso implica pensar as múltiplas funções do uso de drogas por sujeitos psicóticos. Por outro lado, sendo nosso trabalho de pesquisa desenvolvido na clínica com sujeitos psicóticos usuários de drogas tratados em um CAPSad, que é um dispositivo do campo da saúde pública, mais especificamente da atenção psicossocial, é preciso verificar a maneira como os psicóticos usuários de drogas nela se inserem.

Essa verificação não pode ser feita sem se levar em conta que a atenção psicossocial, a saúde pública de forma mais ampla, se alinha discursivamente às políticas do país como um todo. O que pretendemos marcar com isso é o fato de que há momentos de progressos e retrocessos nos discursos que sustentam as diretrizes das políticas públicas no Brasil, o que também é verdadeiro para os movimentos dentro do próprio campo da saúde mental.

A atenção psicossocial não é algo estanque. Também é preciso dizer que apesar de termos diretrizes políticas para todo o Brasil isso não significa que as diferenças culturais de cada pedacinho deste país não influenciem na forma como essas diretrizes são postas em prática. Dentro de um mesmo município vemos diferentes formas de exercício da clínica psicossocial, que é composta por equipes, por pessoas, donde não podemos concluir que todos os dispositivos funcionem da mesma forma para além do nome e atribuições que os identifica. Fica claro então que, apesar de estarmos falando da atenção psicossocial de forma geral, baseando-nos em documentos que a norteiam, e ainda que conheçamos outras configurações da atenção psicossocial⁴ tal como se desenvolve em outros municípios, nossa experiência e, portanto, nossa escrita estão calcadas na forma como a atenção psicossocial funciona no município ao qual pertence o CAPSad em que trabalhamos. Há uma tensão entre o universal da política pública, uma vez que as leis são universalizantes e promovem a igualdade, e o particular da experiência, ainda que um não vá sem o outro.

⁴ Durante o desenvolvimento dessa pesquisa tivemos a oportunidade de visitar vários dispositivos de atenção psicossocial em municípios próximos. Nosso intuito era o estabelecimento de uma rede mais eficaz do CAPSad em que trabalhamos com esses dispositivos, uma vez que os pacientes migram bastante entre as cidades. Além disso, frequentamos um espaço destinado, entre outras coisas, a dar voz às diversas experiências ocorridas no Estado do Rio de Janeiro, o *Fórum ampliado de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas*, promovido pela Gerência de Saúde Mental/SES-RJ.

A pergunta que nos guia, então, é: como o binômio psicose-toxicomanias se apresenta no discurso da atenção psicossocial?

É preciso deixar claro que a palavra discurso aqui não se refere à teoria dos discursos de Lacan (1969-70/1992), mas à “exposição metódica sobre certo assunto” (FERREIRA, 1999, p. 690), isto é, a forma como as psicoses e as toxicomanias são faladas dentro dos dispositivos que integram a saúde pública, e mesmo, por exemplo, como são escritas no corpo das leis que compõem as diretrizes políticas da atenção psicossocial. O que não significa que os discursos, e agora nos referimos à teoria lacaniana, não se apresentem na atenção psicossocial. Muito ao contrário. Trabalharemos nos capítulos destinados a pensar a “agenda da psicose” em termos de políticas públicas de saúde a presença cada vez maior do discurso do capitalista associado ao discurso da ciência/religião, não apenas como produtores de novos sintomas, entre eles as toxicomanias, mas, o que é extremamente preocupante, modificações nas diretrizes políticas no campo de álcool e outras drogas com graves efeitos para a própria atenção psicossocial e, conseqüentemente, para o tratamento dos usuários de drogas. No presente capítulo, pretendemos tecer os fios que tornaram possíveis a constituição de nossa “agenda da psicose”, aquela feita de papel e que usamos com o intuito de agendar os pacientes para atendimento no dispositivo de saúde.

Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) podem ter várias modalidades. Nas cidades, que por questões populacionais (MS, 2017a) comportam ter CAPS tipo II e/ou tipo III, as modalidades se diferenciam “quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves” (MS, 2017b, p. 22). Como podemos perceber, psicose e toxicomanias habitam instituições diferentes na atenção psicossocial.

Com relação ao significante psicose, constata-se que ele pertence tanto aos CAPS destinados ao atendimento de adultos com transtornos psicóticos e neuróticos graves, quanto aos CAPSi, uma vez que este é o lugar de tratamento das psicoses infantis. O critério de diferenciação entre esses dois dispositivos, CAPS e CAPSi, é, portanto, o da idade, ocupando-se de um “transtorno” em usuário adulto ou em crianças. Com relação às toxicomanias, o critério da idade cai, o que prevalece na demarcação da demanda para o CAPSad é a modalidade de gozo do usuário, ou seja, o uso de drogas, tal como inserido em seu nome.

Na prática, no entanto, verificamos que há muitos psicóticos que usam drogas, há inclusive muitos adolescentes psicóticos usuários de drogas, o que introduz o entrecruzamento dessas modalidades, submetendo a um campo taxionômico específico, isto é, a um saber — que advêm, principalmente, do campo da medicina, da pedagogia, da psicologia e do direito

—, a infância e a adolescência, a loucura (no adulto) e, ainda, as drogas ou a dita “dependência química”. Três categorias que, inclusive, têm diretrizes políticas específicas e, no que tange à atenção psicossocial, remetem, cada uma delas, a uma instituição especializada.

Não se trata de criticar o fato de que os serviços precisam de um norte para funcionar. Dizer que o CAPSi é destinado à infância e adolescência, por exemplo, permite minimamente localizar a demanda do serviço, ter conhecimentos, insumos ou mesmo equipamentos específicos. Por exemplo, um CAPS III atende um adulto em crise, sua especificidade é importante para que ele possa ser atendido. O que estamos destacando é que o usuário de drogas faz furo na lógica que norteia o direcionamento da demanda aos dispositivos de atenção psicossocial calcada em significantes que identificam os usuários, uma vez que o uso de drogas não é a única coisa que os identifica.

Nesse sentido é que estabelecemos a hipótese de que os toxicômanos fazem furo no discurso da atenção psicossocial, pois não há a toxicomania, mas sim as toxicomanias. Ao mesmo tempo, o uso de drogas não é uma modalidade de gozo que exclua a estrutura do sujeito. Em verdade, a atenção psicossocial se baseia na fenomenologia, isto é, no uso de drogas para estabelecer uma modalidade de tratamento, o que pode gerar uma leitura homogeneizante do usuário de droga, anulando o fator “usuário” que necessariamente é um sujeito.

A problematização que fazemos neste ponto nos parece cara também à atenção psicossocial, pois já em 2003, no texto que nos fornece as diretrizes para o tratamento de usuários de drogas é afirmado que a “dependência das drogas é transtorno onde predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias” (MS, 2017c, p. 8). O fato de esse “transtorno” ter um tratamento particularizado, uma instituição especializada, diferentemente dos outros “transtornos” que, como vimos, são separados nas instituições, obedecendo ao critério da idade, pode levar, diferentemente do que dita a lei, a uma homogeneização das toxicomanias, na contramão dessas diretrizes de 2003. Pensamos que a possibilidade de ter uma instituição especializada em atendimento aos usuários de drogas, sem que isso os identifique como iguais e sem que seu lugar fique engessado dentro da lógica da atenção psicossocial, é a de que se possa reafirmar a clínica como referência, no particular de cada caso, como norteadora do lugar que cada usuário terá como suporte para seu tratamento. Isso, a nosso ver, possibilitaria tecer uma rede que melhor promovesse uma maior proteção aos sujeitos psicóticos usuários de drogas. A clínica psicanalítica é uma ferramenta a ser usada nessa tessitura, pois, como nos

lembra Martins (2005, p. 138): “Trabalhar segundo a orientação lacaniana significa estabelecer a distinção entre fenômeno e estrutura, ao contrário da instituição especializada que prioriza o fenômeno em detrimento da estrutura”

Quando recolocamos a clínica como norteadora para o tratamento, com a psicanálise que conceitua a subversão como a posição do sujeito — “sempre subvertido” (LACAN, 1960/1998; 1964/1988) —, talvez tenhamos algo a contribuir em um serviço de atenção psicossocial. Teoria e clínica psicanalíticas são inseparáveis como os dois lados de uma banda de Möbius, sem o quê a teoria pode ser um delírio, como nos indica Freud (1911 [1910]/2005, p. 72) ao final de seu texto sobre Schreber. É a partir da clínica, portanto, da fala do sujeito, que se pode dar a contribuição a uma direção para o tratamento que inclua os significantes com os quais o sujeito se identifica ou que os identifica na cultura, sem que isso imponha as modalidades taxionômicas que acabam tendo por efeito não apenas engessar os pacientes em categorias, mas, mais do que isso, impedir muitas vezes que eles sejam sequer ouvidos, pois, como dito, muitos pacientes são **toxicômanos E psicóticos**, para o quê, em princípio, não há dispositivos públicos em saúde mental. Efetivamente assistimos algumas vezes pacientes psicóticos que não foram atendidos em CAPS por serem também toxicômanos, e pacientes toxicômanos que não foram atendidos em CAPSad por serem psicóticos. O que é bastante kafkiano.

A problematização feita por Martins (2005, p. 137), “Que instituição para tratar de psicóticos que usam drogas?”, demonstra que essa questão, isto é, a da instituição especializada como “resposta da saúde pública para o tratamento da toxicomania”, se apresentou desde os primórdios da construção da atenção psicossocial. Não se trata nesta pesquisa, assim como não se tratava no referido artigo, de “criticar a iniciativa da saúde pública” (idem), mas sim de apontar que mais de uma década, desde o referido artigo, ainda encontramos possibilidades, mas também dificuldades de “manejo clínico no interior dessas instituições” (idem).

Se, após tantos anos da implementação da reforma psiquiátrica e do estabelecimento da atenção psicossocial, e mesmo em 2011 com a instituição da *Rede de Atenção Psicossocial* e da proposta de “diversificação das estratégias de cuidado” (MS, 2017d), continuamos a nos perguntar sobre o lugar do psicótico usuário de drogas nessa rede, isso se deve ao fato de que, ao menos no município em que trabalhamos, eles continuam sem lugar, mostrando um dos furos da rede.

Retomamos neste ponto a tensão anteriormente apontada por nós entre o universal da lei e o particular da experiência, pois se as diretrizes das políticas públicas de saúde mental, por princípio, entendem que o local de tratamento não é dado *a priori*, se o aumento da oferta

de serviços territoriais introduzidos com a RAPS implica em que os usuários possam chegar a diferentes serviços de acordo com suas próprias identificações, e se essa modificação na oferta também acarreta uma melhor possibilidade para que os encaminhamentos sejam feitos de maneira mais articulada e, principalmente, levando em conta a clínica ou, em termos de atenção psicossocial, a “construção do projeto terapêutico singular” (MS, 2017d), o que acontece em vários territórios da rede, essa não é a realidade do município em que trabalhamos. Nele, o uso de drogas é impedimento ao acesso a uma série de serviços da rede, ficando o CAPSad com a missão de acolhê-lo. A advertência feita pelo Ministério da Saúde, em 2003, de que o estigma e o preconceito são promotores de agravos no que tange à saúde e mesmo a qualidade de vida dos usuários de drogas, infelizmente ainda não surtiu efeitos na prática de muitos serviços de saúde (MS, 2017c).

A título de ilustração, relataremos o caso de André⁵, cujo ingresso no CAPSad se deu quando ele estava com 37 anos. Nossa hipótese diagnóstica, em seu caso, é de psicose de tipo clínico depressão psicótica, ou melancolia, de acordo com a nomenclatura freudiana, embora o conteúdo de seu delírio e a forma como era submetido ao gozo do Outro como objeto tivessem um viés persecutório. Usuário de crack, droga que o deixava extremamente excitado, em estado maníaco, se assim podemos dizer — um “triunfo”⁶ (FREUD, 1917 [1915]/2006, p. 251) sobre as condições econômicas da libido que, como nos ensina Freud, foi toda em direção à “ferida aberta” que comporta o complexo melancólico, ocorreu neste caso um total empobrecimento da libido (idem, p. 250). Na realidade, o dito triunfo foi quimicamente provocado, o que, aliás, Freud já havia indicado quando comparara a mania à embriaguez alcoólica (idem, p. 251). É um triunfo que, apesar de deixá-lo excitado, “sabendo” e “podendo” tudo, não perde sua face de manipulação do Outro, do qual é objeto; no caso, o Diabo. Fato é que, por vezes, era tomado por essa excitação maníaca, fazendo um uso desenfreado de crack, parando de dormir, extremamente magro, absolutamente consumido com o seu uso, momentos em que quase não conseguia frequentar o CAPSad. Virava um andarilho na noite, por vezes vinha contar as histórias delirantes de conteúdo sexual ou agressivo que teriam lhe acontecido durante a noite. Ora filho de Deus, ou o próprio “corpo de Deus”, ora, na maioria das vezes, o diabo, lhe causando o tormento por saber de tantas coisas que ninguém sabia, muitas delas tatuadas em seu corpo: “obras do diabo”.

Desde muito cedo, aos 17 anos, André fora internado em clínicas para dependentes químicos. Em uma de suas passagens por hospitais psiquiátricos (para tratamento de

⁵ Todos os nomes de pacientes são fictícios.

⁶ As referências à obra de Freud são da edição da Amorrortu argentina e com traduções livres da autora.

dependência química), ganhou o diagnóstico de esquizofrenia, o que era mantido em seu prontuário no CAPSad. Esse diagnóstico tinha um grande efeito sobre André, pois o identificava como esquizofrênico e assim ele pensava haver tratamento para ele, que era doente, ao contrário da identificação como usuário de crack, que era devastadora, não era uma doença, era uma “possessão”.

Em um determinado momento em que André não estava fazendo o uso de crack, nem estava melancólico, digamos, em um intervalo do surto — momentos em que ele não entendia o que havia acontecido consigo mesmo —, decidido a tratar sua esquizofrenia, retomar sua vida frequentando o CAPSad, conseguiu-se uma clínica para usuários de drogas, lugar onde ele poderia morar e se recuperar da extrema fraqueza que adquirira em seu período maníaco. Ao retornar ao CAPSad, contou que ao chegar na clínica perguntaram qual era seu diagnóstico, que drogas ele usava, e ele respondeu que não estava usando drogas, não era um drogado, e sim que era esquizofrênico. Foi então informado que não aceitavam esquizofrênicos na clínica e que não poderiam interná-lo.

Por seu uso de drogas, André teve as portas fechadas em equipamentos públicos de saúde destinados a psicóticos, tendo sido acolhido pelo CAPSad, ainda que ser usuário de crack lhe fosse uma identificação devastadora. Isso não foi de todo ruim, ao contrário, pois encontrou um lugar em que pode ser ouvido e, mesmo em um CAPSad, tratar a “esquizofrenia”. Entretanto, por ser “esquizofrênico” não pode ser acolhido em um serviço para usuários de drogas. Pode ser que, se tivéssemos mais unidades de moradias temporárias de âmbito público, isso não tivesse ocorrido, é uma questão, mas, como trataremos em outro capítulo, não temos visto investimentos por parte do Estado em serviços desse tipo.

1.2 Acolhimento

No dicionário Aurélio, encontramos a seguinte definição para acolhimento: “1. Ato ou efeito de acolher; recepção. [...] 2. Atenção, consideração. [...] 3. Refúgio, abrigo, agasalho” (FERREIRA, 1999, p. 38). A palavra acolhimento pode ser entendida pela psicanálise, embora não faça parte de seu arcabouço conceitual, com o sentido de poder acolher algo que vem do sujeito, por exemplo, sua demanda de tratamento. No que diz respeito ao acolhimento nas diretrizes do SUS, é interessante notar que sua função, embora possa se dar em qualquer momento do tratamento, é essencial no momento de entrada do paciente na instituição de saúde pública.

Como se acolhe a psicose em um equipamento de saúde mental destinado ao atendimento de usuários de drogas? E o sujeito que usa drogas, como é acolhido em outros dispositivos de saúde que por princípio não são destinados a eles? O que fazer? Para onde encaminhar psicóticos que usam drogas? E se forem adolescentes? Qual o seu lugar? Questões que insistem, conforme vimos no item anterior, e que não são sem consequências para o tratamento na saúde mental dentro do contexto psicossocial.

Acolhe-se a pessoa que chega ao CAPSad em que trabalhamos. Há sempre um profissional disponível para essa função. O CAPSad ao qual estamos referenciados tem como característica estar sempre repensando suas possibilidades de trabalho, tendo havido uma revisão em suas duas últimas gestões no que tange à função tanto da porta de entrada como da de saída do serviço. A porta de entrada do serviço já se deu através de grupos de recepção — que já tiveram mais de uma formatação ao longo dos anos —, bem como por entrevistas individuais. E ao exercerem sua função de acolher aqueles que chegam ao CAPSad ou de coordenarem grupos de recepção, alguns profissionais se viram diante de situações que lhes causavam uma estranheza.

1.2.1 De que estranheza se trata?

De forma mais generalizada, podemos descrever dois tipos de estranhezas que são geradas a partir dos acolhimentos no CAPSad: uma se refere à relação do sujeito com a droga e outra à estranheza da loucura.

A relação de cada sujeito com a droga que usa é singular. Entretanto, o efeito desse uso, quando ele é “significativo”, na fala e, conseqüentemente, na vida do paciente, é marcado, na maioria das vezes, pela perda: perde-se o emprego, a casa, a família... E, ainda assim, apesar da vontade de parar de usar a substância, o sujeito não consegue. Estranho? Se quer parar..., por que não consegue?

No CAPSad, a “significativade” ou “relevância” do uso para o sujeito é extremamente importante no momento do acolhimento. Pois serve de norteador para a equipe decidir se é um caso para ser atendido por ela, ou se o usuário deve ser encaminhado a outro dispositivo de saúde mental. Faz-se necessário pontuar que a “relevância” da droga não se refere à quantidade consumida, ainda que em muitos casos essa “relevância” tenha impacto de ordem quantitativa. Da forma como os casos são discutidos em reunião de equipe, infere-se que essa “relevância” tem a ver com a história do sujeito e com suas identificações. O fato de o usuário ser psicótico ou neurótico não é uma diretriz para ele ser ou não acolhido no

serviço, muito embora, por vezes, implique em acionar outros serviços no sentido de trabalhar conjuntamente com outros dispositivos da rede. Entretanto, o fato de ser psicótico ou neurótico é uma orientação para o tratamento, uma vez que, como veremos no decorrer desse capítulo, o discurso do psicanalista opera nessa instituição.

Retomemos o uso de drogas e a estranheza que é suscitada na equipe de saúde e no próprio sujeito. Muitas vezes o sujeito nem tem vontade de parar de usar a droga, quer apenas, se assim podemos dizer, estar no comando, isto é, usá-la quando quiser. Mas não consegue, usa mesmo quando diz não querer. Há pacientes do CAPSad que falam da droga como se não fossem eles quem a usassem, como se a droga fosse um ser, um ser capaz de dominá-los, de usá-los. Nesse sentido, o discurso apregoado, seja pela mídia, seja por algumas correntes teóricas — tanto da medicina, como da psicologia —, de que o uso de drogas é uma doença, reforça essa ideia da droga como causadora da doença, eximindo o sujeito de se implicar em seu uso.

De fato, o sujeito pode ter uma relação adoecida com a droga, o que faz com que a satisfação da pulsão seja direcionada à droga, muitas vezes excluindo outras formas de satisfação. E não podemos esquecer que satisfação pulsional diz respeito à libido, mas, também, à pulsão de morte. É justamente a satisfação desse último grupo de pulsões que se satisfaz na compulsão à repetição implicada em determinadas formas de consumo de drogas, aquelas que denominamos de toxicomanias. “A repetição o que é? É o gozo em sentido próprio, que necessita a repetição” (LACAN, 1969-70/1992, p. 43). De acordo com Lacan, o que nos interessa na repetição, e que “se inscreve em uma dialética do gozo, é propriamente aquilo que se dirige contra a vida”. Dessa forma, é “no nível da repetição que Freud se vê de algum modo obrigado, pela própria estrutura do discurso, a articular o instinto de morte”. Conclusão:

Hipérbole, extrapolação fabulosa e, na verdade, escandalosa, para quem quer que tome ao pé da letra a identificação entre inconsciente e instinto. É, a saber, o seguinte — a repetição não é apenas função de ciclos que a vida comporta, ciclos da necessidade e da satisfação, mas de algo diferente, de um ciclo que acarreta a desapareição dessa vida como tal, que é o retorno ao inanimado (LACAN, 1969-70/1992, p. 43, grifo nosso).

Desde 1920, quando reformulou sua teoria pulsional, Freud (1920/2006) demonstrou que é Eros o responsável pela ligação com as coisas, pela manutenção da vida, “a tarefa da libido é tornar inócua essa pulsão destruidora” (FREUD, 1924/2004, p. 169), isto é, de colocar a pulsão de morte trabalhando em prol da manutenção da vida.

Uma tentativa de satisfação pulsional que prescindia em grande parte de sua ligação erótica implica em um adoecimento (falta de investimento libidinal) na relação do sujeito com a vida. Marco Antonio Coutinho Jorge é cirúrgico ao falar da economia pulsional nas toxicomanias:

As pulsões sexuais, ruidosas por natureza, fazem anteparo, por meio da fantasia, a esse encontro com o real da Coisa. Mas a grande lição de Lacan nesse aspecto foi a de nos mostrar que, mais-além dos objetos sexuais cativantes, a pulsão, como vetor único dirigido à morte e ao gozo, se orienta na direção da Coisa em seu caráter mortífero. Exemplo disso são as toxicomanias graves, nas quais o sujeito abdica de todo e qualquer prazer que lhe seja proporcionado pelos objetos sexuais — i(a) — e é claro que por objetos sexuais deve-se entender todos os objetos investidos libidinalmente e não somente aqueles propriamente sexuais — em prol do (suposto) gozo que lhe é proporcionado pela droga que funciona no lugar da coisa. (JORGE, 2007, p. 39).

A utilização da droga com o intuito de narcotizar a neurose nos foi apontada por Freud, em 1927, no texto *Futuro de uma ilusão*. Se na neurose há uma satisfação pulsional, um gozo no sintoma, narcotizá-la é incluir outra modalidade de satisfação, um gozo *a* mais e, no corpo. “A experiência da intoxicação constitui uma modalidade de gozo que incide no corpo” (MARTINS, 2017, p. 58, tradução nossa).

Parece-nos que podemos associar a afirmativa freudiana à proposição de Lacan (1976a), de que as toxicomanias seriam uma tentativa de romper o casamento com o pequeno pipi. Se para Freud (1927/1974 *apud* ALBERTI; INEM; RANGEL, 2003, p. 20), “talvez aquele que *não* sofre de neurose tampouco necessite de uma intoxicação que a narcotise”, o rompimento, ou melhor, a tentativa de romper, com o pequeno pipi necessariamente se daria para aqueles no qual esse casamento se efetivou, portanto, na neurose. Nossa hipótese é que a observação de Freud indica que, “no fundo, a intoxicação necessariamente impescinde da neurose, mesmo se a escamoteia, porque o sujeito sofre com a neurose na medida em que esta não é a forma mais eficaz de se lidar com a castração” (ALBERTI; INEM; RANGEL, 2003, p. 20), se justifica quando houve, previamente, um casamento com o pipi. Donde a narcotização das neuroses seria uma tentativa de gozar, prescindindo do recurso à fantasia, tal como nos esclarece Jorge (2007), no trecho acima citado.

Neste ponto, duas observações se fazem necessárias. A primeira diz respeito ao termo neurose em Freud. Sabemos que ele utiliza diversas vezes a diferenciação entre neuroses de transferência e neuroses narcísicas, implicando uma diferenciação entre, respectivamente, as neuroses e as psicoses. Freud sustenta duas teses: em uma, compara a narcose da intoxicação à narcose da religião, e a exemplifica com a experiência que se desenvolvia naquele momento na Americana do Norte, em que se igualava “o efeito dos conselhos religiosos aos de um

narcótico” (FREUD, 1927/2004a, p. 48); o que, aliás, é bastante atual, pois temos assistido a promoção do tratamento religioso dos usuários de drogas — conforme será abordado nos capítulos dedicados à agenda política para o campo de álcool e outras drogas.

A segunda tese é de que “a religião seria a neurose obsessiva humana universal” (FREUD, 1927/2004a, p. 43). Parece-nos que a frase de Freud, apesar de se referir à neurose, não exclui o fato de haverem psicóticos toxicômanos, porquanto ele, ao mesmo tempo, fala de uma neurose universal.

Defendemos a hipótese de que no contexto desse texto de 1927, Freud está se referindo à neurose, tanto no sentido da estrutura clínica quanto como o próprio processo de humanização, pois somos seres de fala e isso faz com que não escapemos ao afeto mais fundamental no humano, a angústia, sejamos sujeitos neuróticos ou psicóticos. E é diante do desespero fundamental, inerente a todo *fallasser*, e de seu afeto concomitante, a angústia, que se utiliza o recurso à narcose, ou à religião. Ou seja, tanto a neurose como a psicose são formas ineficazes de lidar com a castração; se a primeira recalca a segunda a rejeita. De toda forma, a narcotização na neurose não cumpre a mesma função que nas psicoses, pois nessas o casamento com o pequeno pipi não se efetua, ainda que nos dois casos esse recurso possa ser um “paliativo” diante da angústia.

A inscrição da lei no Outro e, portanto, no próprio saber inconsciente, implica em um esvaziamento de sua onipotência. Esse Outro é inconsistente, a ele lhe falta algo. Essa operação significativa produz uma extração do objeto *a* do campo do Outro. Objeto que, não sendo nem do outro nem do sujeito, é ao mesmo tempo o que lhe é mais íntimo, e lhe causa tanto o desejo como o gozo, de tal forma que a partir dessa operação de separação o acesso ao objeto *a* se dá via fantasia. O sujeito neurótico goza com a fantasia. Isso é o que Freud indica, ao dizer que diante da perda da realidade na neurose o sujeito investe os objetos da fantasia com os quais reconstrói a realidade. Não contando com esse artifício, o psicótico precisa reconstruir o mundo diante da perda da realidade (FREUD, 1924 [1923]/2006).

O supereu na psicose não é herdeiro do complexo de Édipo, ele não é normatizador, porquanto a norma fálica não opera. “A lei simbólica promovida pelo Nome-do-Pai se distingue da lei do supereu”, que é uma lei sem lei. Donde se conclui que o supereu “não legaliza nada, e impõe regras, ou melhor, o supereu vocifera ordens, pois é uma instância vocal, a voz da consciência” (QUINET, 1997, p. 29). Entretanto, o acesso ao objeto *a*, seja ele revestido de voz ou olhar, está barrado na neurose. Se as recriminações, por exemplo, são auto recriminações, na psicose a voz do supereu se faz ouvir na alucinação verbal.

Temos de lidar com a impossibilidade da satisfação total da pulsão, independente da estrutura clínica, pois do lado da neurose o objeto suposto locupletar a falta está perdido, como nos ensinou Freud, e do lado da psicose, ou retorna de fora — no olhar, na voz — ou provoca uma sombra tal sobre o eu que este não consegue se separar dele. Essa impossibilidade é da ordem do humano, do ser de fala que se constitui como desamparado. Alguns sujeitos neuróticos tentam romper essa impossibilidade no gozo com a droga.

A segunda observação se refere à afirmativa lacaniana. O fato de ele indicar que na neurose o recurso à droga é uma forma de romper com o gozo fálico, instituindo um gozo no corpo, não implica em que não haja psicóticos toxicômanos, mas sim que para estes a intoxicação não é uma tentativa de romper com o gozo fálico, uma vez que o significante falo não é operante na psicose. E ainda, a clínica nos ensina que por mais que o sujeito use drogas, se ele é neurótico esse rompimento não se efetiva. Em nossa experiência nunca pudemos constatar que um sujeito neurótico ficou psicótico por conta do uso de drogas. Há sim fenômenos psicóticos no momento da intoxicação e mesmo em determinadas síndromes de abstinência, que inclusive dificultam o diagnóstico diferencial, mas é uma questão fenomênica, e não estrutural. Cabe aqui a advertência da pena do próprio Lacan (1932/1987, p. 17):

(...) o desencadeamento de tais estados pela intoxicação exógena ou endógena não é tudo. (...) É preciso levar em conta as disposições anteriores do sujeito. É preciso, com efeito, ver na própria intoxicação não uma causa primeira, mas frequentemente um sintoma de distúrbios psíquicos, quer ela represente uma tentativa do sujeito para compensar um desequilíbrio psíquico, quer ela seja o estigma mesmo duma deficiência moral. Em ambos os casos as fraquezas psíquicas do terreno vão ser reencontradas nas consequências da intoxicação.

De acordo com a tese freudiana, a droga é um “paliativo” diante do *Mal-estar na civilização* (1930), uma forma de lidar com a angústia de castração, um método que incide sobre o próprio corpo, uma vez que “todo sofrimento é só sensação” (FREUD, 1930/2004, p. 77). A intoxicação, segundo Freud, é o “método mais tosco, porém também o mais eficaz”. Nesse mesmo texto, logo após discorrer sobre os métodos de lidar com o sofrimento inerente ao humano, Freud adverte: “Toda decisão extrema será castigada, expondo-se o indivíduo aos perigos que implica a insuficiência da técnica de vida eleita com exclusividade” (idem, p. 83). Por maior que seja o poder de diminuir o sofrimento que advenha do uso da droga — seja ela lícita ou ilícita — a escolha por essa forma de gozo implica em novas formas de sofrimento. Tormento que se expressa nas perdas, marcas desse gozo. Tristeza e culpa narradas como sentimentos que advêm no momento em que cessa o uso, e que impelem ao mesmo tempo à retomada do uso. Se estamos no âmbito do castigo, como nos indica Freud, do imperativo de

gozo e do sentimento de culpa, como revelam as falas de nossos pacientes, então é preciso introduzir a relação paradoxal do supereu na clínica com as toxicomanias.

O efeito de diminuição da censura do supereu com o uso de substâncias psicoativas é bastante conhecida. Não é raro ouvirmos nos círculos sociais a expressão de que se vai “tomar uma para relaxar”. Esse “relaxamento” da crítica sobre o eu se explicita nas seguintes falas de pacientes do CAPSad: “eu fico mais solto”, “eu fico tranquilo”, “desenrolo melhor com as novinhas”.

Num primeiro momento, a utilização da química produz um relaxamento na censura e, portanto, do eu que se permite infringir um pouquinho os limites do ideal do eu, estando, é claro, sempre em desvantagem e conseqüentemente sujeito a críticas. Esse estado “paranoico” do eu, paradoxalmente pode se ampliar com o uso de drogas. Cezar, um paciente de 22 anos, se queixa de seus pensamentos, diz que não consegue parar de pensar, fica todo o tempo pensando no que os outros estão pensando dele. O que estão pensando sobre ele é sempre algo ruim. Ele se sente um “estranho”, diz: “tipo o meu cabelo, meu cabelo é estranho... minhas roupas... acho que não combinam... não são de marca... fica sempre diferente dos meus amigos... penso que todos pensam que sou inferior... fico pensando que nenhuma menina vai olhar para mim... elas devem rir de mim”. Para ficar menos estranho, ele bebe álcool e consegue “desenrolar” bem com as meninas. Porém se beber álcool demais faz “merda” e o castigo vem rápido, como perder sua moto, perder a hora e o emprego. O pior, segundo ele, é quando usa maconha, “só um tapinha” e ele fica “paranoico”, seus pensamentos se intensificam, diz que é “loucura total”, os pensamentos ficam loucos e ele não consegue parar de pensar, não consegue “desenrolar” nada. Seus amigos lhe dizem que ele está muito estranho, o que faz com que piore ainda mais o rumo de seus pensamentos.

Para outros sujeitos, o uso de drogas não apenas diminui a censura, mas durante a intoxicação a perdem completamente; o problema é que quando a intoxicação acaba a censura retorna em sua pior face. Nesses casos, a vontade de usar droga tem o poder de intervir no querer e no desejo do sujeito. Fábio nos conta que foi apenas tomar uma cerveja, mas a cocaína o tira daquele “estado”, não dá para resistir. O “estado” a que se refere é a “depressão”: não tem vontade de sair da cama, tem dificuldade de falar com as pessoas, acha tudo “chato”, “sem cor”. Ele sabe que depois de usar vai ficar tudo “pior ainda...”. Ele gasta o dinheiro que não tem, fica endividado, fica “sem saída”. Mas na hora que usa cocaína ele pode tudo. Pode até transar com um cara que encontrou no bar. “Como pude fazer isso? Não sou homossexual”. “Eu não queria trepar, eu queria cheirar”. “O cara” tinha dinheiro e cocaína. Fábio diz que nada mais importava, ele só queria continuar a ter “aquela sensação”.

Ele quer saber se a analista entende, pois, “aquela sensação”, é “demais”, ele “quer mais”... “Até trepar com um homem tá bom”. Ele está “acabado”, diz: “sou um merda”. Fábio tenta pôr em palavras o que o faz usar, tenta descrever aquilo que sente quando usa. Na verdade, muitos pacientes tentam nos dizer o que se passa no momento do uso, querem saber se conseguimos entender. Mas há uma dificuldade grande de eles dizerem, de colocarem em palavras aquilo que os cativa desse uso. Há um real para o qual não existem palavras.

Tanto no caso de Cezar como no caso de Fábio, descritos acima, podemos ver a ação do supereu exercendo sua “função da consciência moral” (FREUD, 1923/2006, p. 172), mas são casos cuja hipótese diagnóstica é de neurose: no primeiro, neurose obsessiva e, no segundo, neurose histérica, ou o eu “faz merda” ou é “tratado como merda”, respectivamente. O sentimento de culpa se faz sentir de forma tenaz, ainda que no primeiro sob a forma de fracasso, que atende à necessidade de castigo (FREUD, 1923/2006; 1924/2004; 1930/2004), e, no segundo, sob a forma de depressão.

Sobre a gênese do supereu, Freud (1924/2004, p. 172) nos diz que é um “substituto tanto do isso quanto do mundo externo”. Devemos abordá-lo por dois ângulos: “O primeiro é a identificação inicial ocorrida quando o eu ainda era frágil; e o segundo: é o herdeiro do complexo de Édipo, e, portanto, introduziu no eu os objetos mais grandiosos” (FREUD, 1923/2006, p. 49). Embora o supereu incorpore novas identificações, seu caráter original permanece. O supereu é, como nos diz Freud, “um monumento recordatório”, ele lembra esse momento inicial em que o sujeito estava à mercê do Outro, sua “debilidade e dependência” (idem), e mantém com o eu do adulto a mesma relação originária. Assim como a criança se submetia aos pais, “da mesma maneira o eu se submete ao *imperativo categórico* do supereu” (idem, grifo nosso). Esse supereu pode tornar-se feroz e desapiadado para com o eu (FREUD, 1923/2006; 1924/2004; 1930/2004); esse caráter impiedoso se deve justamente ao incremento da pulsão de morte.

O sentimento de culpa se presentifica de forma mais incisiva na neurose obsessiva e na melancolia. Nesta, o sadismo do supereu em relação ao eu se explica porque um “componente destrutivo se depositou no supereu e se voltou contra o eu. O que agora governa o supereu é a pura cultura da pulsão de morte” Na neurose obsessiva há uma espécie de proteção, “a conservação do objeto é o que garante a segurança do eu” (FREUD, 1923/2006, p. 54).

O supereu, herdeiro do complexo de Édipo, é normatizador, em consequência da introdução da norma fálica como estruturante para o sujeito. Na qualidade de consciência moral, o supereu tem a peculiaridade de ser desarrazoado, caprichoso, tal como o Outro original do complexo paterno (FREUD, 1923/2006; SILLITTI, 1998; QUINET, 1997;

SOLER, 2007). Essa fonte martirizante do supereu se alimenta da pulsão de morte e torna-se um imperativo categórico de gozo.

De acordo com Soler (2007), a falta de gozo se dá logo de saída, o que ela associa ao conceito de objeto perdido, o qual Freud infere logicamente a partir da primeira experiência de satisfação, isto é, de uma experiência “inigualável, e da qual todo gozo encontrado só consegue despertar saudade” (p. 55). Essa falta de gozo é “sua impropriedade”, ou seja, não tem a propriedade necessária à constituição da relação sexual, que por isso não existe no ser falante. Conforme esclarece:

Essa dupla falta do gozo, como falta e impropriedade, funda o imperativo do supereu, que ordena ferozmente o impossível: “Goza!”. Podemos entendê-lo como um imperativo de gozar um gozo total — primeira impossibilidade —, ou como o imperativo de gozar com o Outro sexo — segunda impossibilidade — já que, na relação sexual, o gozo fálico faz com que nunca seja com o Outro que gozamos, mesmo ao estreitar seu corpo (SOLER, 2007, p. 56).

Como se pode observar, o caráter paradoxal do supereu, por um lado, normatiza e, por outro, dita o imperativo de gozo, dita que se deve ser como o pai, ao mesmo tempo em que não se pode ser como o pai (FREUD, 1923/2006, p. 36). Isto é, o supereu ao regular o gozo através da lei, portanto, levar à inscrição simbólica, totêmica, advinda da morte do pai, que diz que não se pode gozar como o pai da horda gozava (FREUD, 1913/2005), ao mesmo tempo incita a fazê-lo, a “gozar um gozo total”, conforme nos aponta Soler (2007) na citação acima. Essa relação paradoxal implica em que “para aplacar o supereu é preciso desobedecê-lo”, o que gera um impossível, pois “ao mesmo tempo, ao acatar sua ordem, é impossível aplacá-lo” (SILLITTI, 1998, p. 3).

O imperativo gozar com a droga, na expectativa de conseguir esse gozo total, causa não apenas perdas, mas também o estranhamento de que falávamos; e não apenas um estranhamento nos outros, no caso a equipe de saúde, mas no próprio sujeito. Ele não queria fazer, mas fez, por que fez? Essa é uma pergunta que ouvimos recorrentemente. Freud (1916-17/2005b) já havia anunciado essa estranheza do sintoma, esse corpo estranho que não reconhecemos como nosso, como precisa Soler (2007, p. 56): “o gozo está em falta por seu excesso e por sua atopia no sintoma, seja ele neurótico ou psicótico”.

A clínica diferencial da culpa introduzida por Freud, ao distingui-la na melancolia e na neurose obsessiva, aponta para o fato de que a face feroz do supereu se manifesta de acordo com a posição de gozo do sujeito. Isto é, se ele continua alienado ao Outro ou dele se separou (LACAN, 1964/1988). No primeiro caso, o sujeito mantém sua condição original de objeto do

Outro, como no caso da melancolia em que o eu é o próprio objeto. No segundo caso, há uma proteção, a manutenção do objeto, observada por Freud (1923/2006) nos casos de neurose obsessiva, nos quais a operação de separação se concretizou.

A não inscrição do significante fálico no simbólico, sua forclusão, não permite que o sujeito saia de sua posição inicial de objeto do Outro. A inscrição fálica faz barreira ao Outro, ao seu capricho.

O Outro do psicótico, por carecer do significante da lei, é um Outro absoluto ao qual o sujeito está submetido. Se o Outro, tanto para o neurótico como para o psicótico, é o tesouro de significantes, o que faz a diferença entre eles é que para o psicótico não há no Outro a inscrição da lei. (QUINET, 1997, p. 17).

Se na clínica com as toxicomanias o imperativo de gozo é uma marca, a sua contrapartida, a depressão — que como diz Lacan (1974/1993) é uma covardia moral, índice da dificuldade de o sujeito orientar-se por seu inconsciente, por seu desejo — aparece como um fato clínico quando o triunfo da droga se desfaz. Esse é caso de Fábio, que não consegue sair da cama, mas drogado pode tudo, até “trepar com um homem”, o que o impede ainda mais de sustentar seu desejo diante da vida e das mulheres. Essa covardia, esse “rechaço do inconsciente também pode ser da ordem da psicose”, e o que resulta disso é o “retorno no real do que é rechaçado da linguagem: é a excitação maníaca por meio da qual esse retorno se torna mortal” (LACAN, 1974/1993, p. 44).

Na clínica com pacientes psicóticos que usam drogas é preciso ressaltar a dupla função da droga, seja como “moderação do gozo invasivo que retorna do real”, seja pela promoção “da irrupção de um gozo ilimitado” (MARTINS, 2017, p. 3, tradução nossa). Com relação ao desencadeamento da psicose, Maleval (2011, s/p, tradução nossa) propõe que o uso de drogas pode ter a função de suplência, ou ser o fator desencadeante, embora alerte para o fato de que “essa última opção é menos frequente do que se poderia pensar. Os estudos têm demonstrado que o consumo de drogas não constitui um desencadeamento clássico das psicoses”.

Na prática, o apaziguamento da droga revela sua função de automedicação, quando, por exemplo, o sujeito faz uso de maconha por um tempo e então, quando o interrompe, surta. Essa situação é bastante frequente, vários adolescentes nos vêm encaminhados do pronto socorro por já terem feito uso de drogas, geralmente a maconha, e estarem apresentado uma “fenomenologia psicótica”, apesar da interrupção do uso. A interpretação dos profissionais do pronto socorro, muitas vezes, é que essa fenomenologia se deve ao uso de drogas, o que os faz encaminhar os pacientes ao CAPSad, quando sabemos que é o justo oposto, o uso da droga vinha fazendo a função de remediar os efeitos da forclusão do Nome-do-Pai. A esse respeito,

Maleval (2001, s/p) apresenta uma hipótese bem interessante, a de que os neurolépticos “poderiam orientar em direção a uma certa neutralização na relação com o outro, suscitando uma posição subjetiva do estilo ‘nada é importante’. Ou em direção a um distanciamento do outro”, que ele compara com a tentativa de estabilização de alguns psicóticos na qual se verifica um esforço no sentido de evitar se deparar com o desejo dos semelhantes. Algumas drogas ilícitas teriam as mesmas propriedades, “Com a diferença que algumas são mais agradáveis do que outras...”.

Em contrapartida, há relatos em que o uso de drogas promove essa irrupção do gozo do Outro. De toda forma, a função de apaziguamento ou de intensificação do gozo do Outro no pré-psicótico não necessariamente se mantém, podendo tomar diferentes dimensões no desenrolar da vida.

Retomemos a hipótese de que a droga é um recurso diante da angústia advinda do *Mal estar na civilização* (FREUD, 1930/2006). Expediente que pode ser utilizado inclusive para “apagar” o sujeito. Essa era, por exemplo, a demanda de uma paciente do CAPSad que trocara o álcool e a agressividade pela droga psiquiátrica, pois ela queria “dormir”. Apesar de dormir quase o dia todo e sua vida se resumir a isso, e a fumar os poucos cigarros que a irmã lhe permitia, ela queria dormir mais.

O que queremos destacar, com os fragmentos clínicos utilizados, é que o adoecimento está do lado do sujeito, de sua posição de gozo, e não na droga. Para além disso, apontar que o tratamento de química com química, sem levar em conta o sujeito, por vezes, como no caso dessa paciente que queria dormir, produz o pior. E não é raro presenciarmos os efeitos devastadores das drogas psiquiátricas. Também elas se prestam a diferentes usos. Podem ser usadas, por exemplo, para atenuar os efeitos da forclusão. Mas também podem ser utilizadas como uma ortopedia química, e muitas vezes ministradas por demanda de outra pessoas da vida do usuário, como pais, irmãos, entre outros.

Apesar de muitos usuários que vêm procurar o CAPSad o fazerem pelo sentimento de angústia que os assola no momento em que não estão fazendo uso de drogas, e do aumento dessa angústia diante dos laços sociais perdidos, muitos ainda contam com a ajuda de alguém, geralmente um familiar, frequentemente a mãe ou a esposa. Tratar-se, para muitos usuários de drogas, é uma tentativa de não perder o amor desse outro com quem ainda mantém uma ligação.

Tanto o gozo desmedido com a droga, como as situações inusitadas e mesmo perigosas que os usuários do CAPSad relatam no momento do acolhimento, por vezes causam estranheza em quem as escuta. A relação de alguns usuários com o familiar que o acompanha,

também, muitas vezes, causa estranheza. É estranho, por exemplo, um homem de 60 anos ser acompanhado/levado pela mão da mãe, mesmo sendo ele um alcoólatra. É estranho que sua mãe queira interromper a consulta para falar por ele, mais estranho ainda é ele querer que ela fale por ele. Não é à toa que o CAPSad oferece tratamento aos familiares, pois, assim como nas análises de crianças, verifica-se a necessidade de acompanhamento. Com usuários de drogas, o não acompanhamento da mãe ou de outro familiar, por vezes implica em o sujeito não conseguir sustentar o tratamento.

A título de exemplificação de uma dessas situações inusitadas, que causam estranheza em quem as escuta, relatamos um pequeno fragmento do acolhimento de Maria, uma moça jovem. Ela conta que sempre estudou muito, queria fazer faculdade e sabia que sendo de “família humilde” precisava estudar muito para conseguir realizar seu desejo. Ela conseguira se formar em uma universidade pública. Havia passado em um concurso público e trabalhava com jovens infratores. Maria disse ser homossexual e associava sua “piora” do uso de drogas ao término de um relacionamento com uma mulher, a quem dizia amar “demais” e que a fez “sofrer demais”, “a humilhou demais”. A namorada de Maria havia “transado” com um homem na frente dela; Maria ficou “arrasada” com a cara de prazer da companheira durante o ato. Às vezes, Maria se drogava, muito, o que nos últimos meses tinha se tornado mais frequente. Geralmente, começava bebendo cerveja com um rapaz; disse que não sabia parar de beber, depois usava outras drogas, sua preferida era Desirée — uma droga que mistura crack e maconha —, e então se metia em situações de cunho sexual, nas quais, geralmente, era bastante “humilhada” por um, ou mais de um homem. Os homens podiam “fazer de tudo”, mas ela não “sentia nada”. Gostava de “olhar a cara deles”.

Os lugares os quais Maria frequentava com esses homens a expunham à possibilidade de encontrar um dos jovens infratores que eram atendidos na instituição na qual trabalhava; além disso, quando “chapava muito” não conseguia ir trabalhar. Nos últimos meses, antes de procurar o atendimento no CAPSad, “chapou tanto” que a médica lhe deu uma licença do trabalho para se tratar por uso de drogas.

Ela havia desistido da pós-graduação que estava fazendo e do curso de inglês. “Não consigo mais estudar”, “não consigo aprender”, “só penso em beber”, disse Maria.

A fala dessa moça que, para o membro da equipe que fez o primeiro acolhimento, era uma jovem e “que tinha tudo para dar certo”, causou muita estranheza. Não apenas se estranhou o fato de uma pessoa, com uma profissão tão próxima da própria pessoa que a estava acolhendo, poder ser uma usuária de drogas, mas também a relação do uso de drogas com a posição sexual que ocupava Maria. Pareceu-nos, a partir das questões que nos foram

feitas pela pessoa que a acolheu, que o estranhamento vinha da posição masoquista que se desvelava no relato de Maria.

É comum o CAPSad receber pacientes encaminhados pelo pronto socorro, uma vez que lá esses pacientes estiveram internados por um curto espaço de tempo, seja para tratarem uma crise de abstinência ou uma intoxicação aguda. Ambas as síndromes podem conter sintomas psíquicos, por vezes exibem fenômenos parecidos com os das psicoses. Nesses casos, a psiquiatria trata o fenômeno como um transtorno psicótico que, de acordo com o CID-10, diz respeito a:

Um conjunto de transtornos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o uso de substâncias psicoativas e que são caracterizadas por alucinações vívidas [...] falsos reconhecimentos, delírios e/ou ideias de referência [...] transtornos psicomotores [...] e afeto anormal (OMS, 1993, p. 78).

Ocorre que frequentemente esse transtorno psicótico é, em realidade, um surto psicótico. Muitos adolescentes que vêm encaminhados do pronto socorro em verdade estão tendo um primeiro surto, o que fica encoberto pelo uso de drogas. O que chama a atenção é a frequência com que muitos adolescentes, principalmente os que faziam uso de maconha, justamente surtam quando deixam de fazê-lo. É o caso de Mario, que foi levado por seus pais para uma comunidade terapêutica evangélica por conta do uso de maconha. Nessa comunidade surtou, foi pelado até o meio do lago, onde Deus começaria sua transformação em mulher. A transformação começou pelos “olhos” que “ficaram azuis”, depois por seus ossos, “ossos de galinha” que nasciam dentro dele. Foi levado ao pronto socorro, medicado e encaminhado ao CAPSad.

Essa situação de início causava estranheza na equipe do CAPSad. A pergunta que se fazia era: por que encaminham um paciente adolescente que usou maconha e não usa mais, já há algum tempo, para um CAPSad? Não seria o caso de encaminhá-lo ao CAPSi? Por que toda vez que há um relato de uso de drogas, não importa a relevância que ele tenha na vida daquela pessoa, ela é encaminhada ao CAPSad? A resposta que foi se construindo é que não se quer tratar usuários de drogas, não importa se são adolescentes e/ou psicóticos, o que importa é que usem drogas. O curioso é que, o que tange a comunidade terapêutica evangélica para onde o pai de Mario o levava de início, ao contrário, quer tratar de usuários de drogas! Essa contradição foi de relevância em nossa pesquisa... Mais curioso ainda é o fato de essa comunidade ter encaminhado Mario para o pronto socorro... E este a um CAPSad, e não a um CAPSi.

Recentemente, ouvimos o relato de uma trabalhadora do CAPSad que dizia: “ninguém quer os loucos que usam drogas, o CAPSad parece CAPS adulto, só tem louco que ninguém quer”. O que a fala dessa colega revela é o furo da rede de saúde mental, a dificuldade desta tratar o psicótico usuário de drogas, no município em questão. De toda forma, esses questionamentos apontam para o fato de que existem dificuldades de manejo no tratamento de usuários de drogas na rede de saúde de forma mais ampla, incluindo a rede de saúde mental. Detectá-los oportuniza a construção de soluções que facilitem esse manejo.

Sabemos que o usuário de drogas circula por todos os equipamentos da saúde, desde a atenção básica, passando pelos vários serviços de atenção psicossocial, até equipamentos da atenção terciária, e que, como já foi dito anteriormente, de acordo com a RAPS, qualquer desses equipamentos, em tese, estaria apto a acolhê-los, desde que estejam de acordo com o que é necessário em cada caso. Estamos, neste trabalho, privilegiando a história do CAPSad em que exercemos nossa clínica, e a forma como as questões que surgiram foram sendo elaboradas pela equipe.

O CAPSad é o lugar de tratamento para muitos pacientes psicóticos que usam drogas. Quando o Serviço de saúde a que somos referenciados se tornou, de fato, um CAPSad, isto é, foi credenciado pelo Ministério da Saúde, o fluxo de pacientes encaminhados aumentou consideravelmente, e, conseqüentemente, aumentou a demanda e o número dos casos de psicose que chegavam ao CAPSad. Naquele momento, eles não eram diferenciados como psicóticos, havia sim uma estranheza suscitada por eles em alguns membros da equipe: o que se apresentava não era da mesma ordem do que ocorria com os toxicômanos, havia algo diferente. Apesar de alguns usuários de drogas apresentarem sintomas psicóticos, estes cediam após a crise de abstinência ou de intoxicação. Em outros pacientes, esses sintomas não cediam, ao contrário, à medida que a medicação dada no pronto socorro ia sendo substituída pelo CAPSad e o sujeito ficava menos intoxicado por medicação, mais a estranheza aparecia. Como no caso de Mario, que citamos acima: conforme a intoxicação pela medicação diminuía, ele ia podendo falar. Disse que, em verdade, sua transformação começara quando ainda pequeno fora estuprado por um vizinho; na época, contara aos pais que não iria mais a casa desse vizinho, porque este punha o pênis “dentro de mim e meu cocô saía com sangue”. O surto se dera quando o adolescente voltara a frequentar a casa do vizinho. A partir de sua fala foi possível dar uma direção ao seu tratamento, inclusive o medicamentoso.

A partir de casos como o de Mario, a analista começou a ser convocada por alguns membros da equipe a falar sobre essa estranheza, sobre esses “ossos de galinha” que nascem no corpo, ou seja, sobre a hipocondria; sobre a “transformação em mulher”, ou, como

conceitua a psicanálise, o empuxo à mulher na psicose; sobre a alucinação verbal etc. Começamos a situar essa estranheza como própria das psicoses, de onde surgiu o título desse trabalho, *Tem vaga na “agenda da psicose”?* — o qual será abordado mais detalhadamente em outro ponto desse texto.

Como se pode verificar, a partir do que vimos desenvolvendo, a estranheza está no cerne tanto da clínica com as toxicomanias como na das psicoses, motivo pelo qual retomaremos com tantos detalhes o conceito de *Unheimlich* em Freud e Lacan.

1.3 A inquietante estranheza

Em 1919, Freud escreveu o texto intitulado “*Das Unheimliche*”, essa inquietante estranheza, que apesar de pertencer à “ordem do assustador” (FREUD, 1919/2006, p. 219), tem a especificidade de se referir ao que é familiar. É algo familiarmente estranho ou estranhamente familiar.

Tomando como material de trabalho tanto os textos literários como as experiências da vida, e marcando suas especificidades quanto à produção do estranho, Freud elenca vários fatores que estariam ligados à geração do estranho: “onipotência dos pensamentos, magia, animismo, a repetição não deliberada, a relação com a morte e o complexo de castração” (FREUD, 1919/2006, p. 242).

Da literatura, Freud utiliza-se principalmente dos contos de E.T.A. Hoffmann, a quem considera um “mestre inigualável do estranho na literatura” (FREUD, 1919/2006, p. 233). Dentre eles, o conto “Homem da areia”, do qual Freud extrai o complexo de castração na origem do *Unheimlich*; com a novela, “O elixir do diabo”, Freud tenta colher os elementos que mais se destacam em seu efeito de estranheza, e se pergunta se também eles “admitem serem derivados de fontes infantis” (FREUD, 1919/2006, p. 234), o que ele de fato demonstra. O que Freud destaca em associação ao *Unheimlich* é “a presença de ‘duplos’ em todas as suas gradações e formatações”, que vão desde pessoas com idêntico aspecto até “o permanente retorno do igual”, que Freud liga à compulsão à repetição.

Com base na análise histórica do desenvolvimento do significante *Heimlich*, Freud nos fornece dois significados principais. O primeiro sentido é familiar, íntimo, e o segundo, escondido, oculto. Salienta o fato de que *Unheimlich* é usado como oposto ao primeiro e não ao segundo sentido de *Heimlich*, a tal ponto que as duas palavras podem chegar a coincidir: “*Heimlich* torna-se *Unheimlich*” (FREUD, 1919/2006, p. 224). O prefixo negativo *Un* é o que confere esse caráter “desassossegante, que provoca horror angustiante”, levando Freud à frase de Schelling, segundo a qual “Se chama *Unheimlich* a tudo que, estando destinado a permanecer em segredo, oculto (...), veio à luz” (SCHELLING *apud* FREUD, 1919/2006, p.

224). O *Un* corresponde à barra do recalque; segundo Freud é “sua marca” (FREUD, 1919/2006, p. 244), e diante da possibilidade do retorno do recalcado, o Eu é afetado, sinal do advento da angústia de castração. Assim, o estranho vivenciado sempre estará ligado ao recalcado (idem, p. 246).

Do conto do “Homem de areia”, Freud se serve para falar do estranho produzido pela literatura, em referência à angústia da perda dos olhos, que, no conto, seriam arrancados pelo Homem de areia, promovendo o temor de ser castrado. Tanto a loucura de Nathaniel, personagem principal do conto, quanto a sensação de estranheza que ela produz facultam a Freud essa associação com o complexo de castração.

Nesse conto, o pai “bom” morre e o advogado pai “mau” sobrevive. Tal sobrevivência sublinha a função paterna, não na vertente em que leva a internalização do pai da lei, mas aquela vertente na qual o sujeito se vê diante do pai real, que pode, literalmente, lhe arrancar os olhos, tratando o sujeito como um objeto que pode ter seu corpo despedaçado, tal qual a cena em que o advogado (pai mau) descobre Nathaniel escondido vendo seu pai e ele trabalhando na beira do fogo. No conto, Nathaniel relata essa cena da seguinte maneira: “Agarrou-me e levou-me à lareira, em que o fogo começou a pegar em meu cabelo. — Agora temos muitos olhos — um belo par de olhos de criança”. E ainda, após a intervenção de seu pai, que suplicou ao advogado que poupasse os olhos do filho, o advogado diz que examinará “o mecanismo de suas mãos e seus pés”, foi então que, de acordo com a narração de Nathaniel, o advogado o pegou “com tanta força, que minhas articulações estalaram, e tirou minhas mãos e meus pés, recolocando-os depois, um por um” (HOFFMANN, 2007, p. 240).

Destaca-se ainda do texto *Unheimlich*, quando Freud afirma que o efeito de estranheza produzido pela epilepsia e pela loucura é da mesma ordem do se atribuir poderes secretos a uma pessoa que teria intensão de nos fazer mal, projeta-se no epilético e no louco aquelas moções destrutivas que poderiam levá-lo, ele próprio, à exteriorização de forças escondidas em “algum remoto rincão de sua personalidade” (FREUD, 1919/2006, p. 243).

1.3.1 O que são Os outros em Lacan⁷?

Com o intuito de introduzir a releitura de Lacan sobre essa inquietante estranheza, abordaremos a forma como o outro se presentifica na constituição do sujeito. Interessam-nos aqui três das cinco modalidades de alteridade destacadas de forma clara e didática por Quinet (2012), a saber: o outro, o Outro, o objeto *a*. O grande Outro com letra A maiúscula (de *Autre* em francês), é o lugar onde se articulam os significantes e, portanto, o desejo; desejo do Outro

⁷ Título do livro de Antonio Quinet publicado em 2012.

que é o do sujeito, posto que é tecido dos significantes do Outro. Conforme Quinet (2012, p. 21): “A é o lugar onde se coloca para o sujeito a questão da existência, de seu sexo e de sua história. A própria condição do sujeito depende do que se desenrola no Outro, *ein anderer Schauplatz*” — expressão que Freud encontrou em Fechner e com a qual nomeou o inconsciente: a Outra cena.

O outro pequeno, o semelhante, esse outro que sou eu, esse pequeno outro, Freud o trabalha na introdução da *Psicologia das massas e análise do eu* (1921): esse outro “conta, com total regularidade, como modelo, como objeto, como auxiliar e como inimigo” (FREUD, 1921/2006, p. 67). Pequeno outro que constitui, para introduzir o termo que Freud usa no texto *O Estranho* (1919), o duplo, o outro da relação imaginária.

Por fim o objeto *a*, “que não é simbólico nem imaginário. É da ordem do real. O objeto *a* afeta o sujeito. E sua única consistência é lógica” (QUINET, 2012, p. 33). Esse objeto é *êxtimo*, estando fora do simbólico não deixa de ser extremamente familiar, uma vez que causa o desejo e está na base da compulsão à repetição, isto é, na base do *a* mais de gozo. Não é à toa que justamente em *O Seminário, livro 10: a angústia* (1960-61), onde Lacan formaliza o objeto *a*, encontremos a maior parte das referências lacanianas ao *Unheimlich*, e que desenvolveremos aqui, pois a partir de nossa hipótese de trabalho, a angústia é, diríamos, uma marca distintiva da clínica com as toxicomanias. Em articulação com o *Unheimlich* está a angústia de castração, o duplo e a compulsão à repetição, formando os três pilares que, a nosso ver, exigem aprofundamento na clínica com sujeitos toxicômanos e psicóticos.

1.3.2 Fantasia

A castração é antes de tudo uma operação que incide no Outro, o que faz com que ao mesmo tempo recaia sobre o sujeito. Se ao Outro falta um significante, há nele uma inconsistência, um resto dessa operação, um real não simbolizável. Diante da inconsistência do Outro, cujo desejo não é nomeável — posto que o que lhe causa o faz de fora, fora do simbólico —, o sujeito responde à questão sobre o desejo com a fantasia ($\$ \diamond a$). Na neurose, do complexo de castração abre-se a via do desejo, já que a fantasia fundamental é seu esteio, desde quando Freud o conceituou (FREUD, 1913/2005; 1915/2006b; 1926 [1925]/2004). A relação do sujeito com o objeto *a*, na neurose, se dá pela via da fantasia, que, se podemos dizer assim, veste, ou melhor, vela o resto da operação.

Em *O Seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação* (1958-59), Lacan se refere à cena entre Hamlet e Ofélia, personagens da peça shakesperiana, que ocorre logo após o

encontro daquele com o “ghost”, encontro “que tinha algo de bem perturbador” (LACAN, 1958-59/2016, p. 342-3). Lacan nos diz que essa cena tem efeito de uma “observação clínica”, toma-a como referência para falar dos períodos em que “irrompe uma desorganização subjetiva. (...) Tal fenômeno ocorre quando algo vacila na fantasia, fazendo surgir seus componentes, recebidos no que denominamos uma experiência de despersonalização”.

Os componentes da fantasia são o $\$$ e o objeto. É preciso lembrar que nesse momento do ensino de Lacan, o objeto a não havia sido formalizado, o que só ocorreria quatro anos depois. Nessa passagem ele está se referindo ao objeto como o outro, ligando esse fenômeno da despersonalização ao eu ideal — $i(a)$. Lacan aduz:

É isso, propriamente, o que ocorre quando algo da estrutura imaginária da fantasia, ($\$ \diamond a$), consegue se comunicar com o que chega bem mais facilmente no nível da mensagem, $s(A)$; a saber, a imagem do outro $i(a)$, na medida em que é meu próprio eu o que se situa por baixo da mensagem. Autores como Federn apontam com bastante elegância as “correlações necessárias” entre o corpo próprio e a estranheza que advém ao sujeito numa certa crise, numa certa ruptura, num certo ataque ao objeto no nível especificado como ($\$ \diamond a$). (LACAN, 1958-59/2016, p. 343-4).

O fenômeno de despersonalização ocorre quando, como abordamos acima, a fantasia falha em dar uma consistência imaginária ao objeto, algo vacila nesse velamento fornecido pela fantasia, e ao vacilar o véu, algo do objeto, “algo de bem perturbador” aparece. Nas palavras de Lacan: “Os limites imaginários entre o sujeito e o objeto conseguem se transformar e passam à ordem do chamado fantástico, no sentido próprio de termo” (LACAN, 1958-59/2016, p. 343).

É com esse fenômeno, o da despersonalização, que nesse momento Lacan aborda o *Unheimlich*, nos diz que sem esse “esquema patológico” fica difícil situá-lo. O *Unheimlich* não seria uma “irrupção do inconsciente”, ele se ligaria a “esse desequilíbrio que se produz na fantasia quando, ultrapassando os limites a ela atribuídos de início, ela se decompõe e vem juntar-se à imagem do outro” (LACAN, 1958-59/2016, p. 344).

É interessante pensarmos que Lacan trabalha de forma articulada os dois fenômenos imaginários apontados por Freud como estando ligados à produção do estranho, a fantasia e o duplo, ou seja, o eu ideal, articulação que o próprio Freud havia feito em 1919 ao tratar do tema do duplo.

1.3.3 O duplo

Servindo-se do estudo de Rank sobre o duplo como ponto de partida para o tema, Freud apresenta algumas indagações feitas no trabalho desse autor, que se referem aos vínculos do duplo com “a própria imagem no espelho e com a sombra, o espírito tutelar, a

doutrina da alma e o medo da morte” (FREUD, 1919/2006, p. 235). De acordo com Rank, a origem do duplo estaria ligada a uma forma de se assegurar de que o eu não fosse destruído, uma forma “enérgica” de desmentir o “poder da morte”, e “é provável que a alma ‘imortal’ fosse o primeiro duplo do corpo” Essa duplicação, ou mesmo multiplicação do eu como forma de proteção contra seu aniquilamento, tem seu correlato no sonho em que a duplicação do “símbolo genital” é uma alusão à castração. Imagem que se prolifera no sonho para encobrir o furo, mas que, por outro lado, o indica.

A origem do duplo, nos diz Freud, remonta ao narcisismo primário, “sobre o irrestrito amor de si mesmo” (FREUD, 1919/2006, p. 235). Poderíamos acrescentar: o duplo é em sua origem a própria constituição do eu, que é sempre outro, como escreve Lacan (a – a’), que serve como defesa contra o aniquilamento. Diante da *Hilflosigkeit*, do desamparo, que está no cerne da experiência traumática, e que, portanto, é uma experiência que desperta a angústia, o duplo, conforme ensina Lacan (1958-59/2016), imaginariza um socorro visando à cessação dessa angústia, formando uma *Gestalt* apaziguadora. Referenciado no grafo do desejo, em que “a relação do eu, *m*, com o outro *i(a)*”, tal imagem intervém na constituição do sujeito, permitindo que ele faça “frente a seu desamparo na sua relação com o desejo do Outro [...] O sujeito se defende *com* seu eu” (idem p. 28).

Sendo o narcisismo primário uma fase do desenvolvimento do eu, Freud se pergunta sobre o desenrolar do duplo nesse desenvolvimento. Se sua origem se alicerça no eu ideal, o duplo vai se incorporando à intervenção do ideal do eu e também à formação do supereu, bem como às fantasias. A hipótese de Freud é de que algo que em tempos remotos fora benigno, apaziguador diante da possibilidade de aniquilamento do eu, em outras fases do desenvolvimento desse mesmo eu tem em seu aparecimento algo de terrível, é *Unheimlich*.

Seguindo o modelo do duplo, afirma Freud (1919/2006, p. 236):

Resulta fácil apreciar as outras perturbações do eu utilizadas por Hoffmann. Nelas se trata de um retrocesso a fases singulares da história do desenvolvimento do sentimento egoico, de uma regressão a épocas em que o eu não se sabia ainda nitidamente desligado do mundo exterior, nem do “Outro”.

Desse desenvolvimento do eu, podemos inferir que em um primeiro momento, o de sua constituição, esse duplo, essa imagem que apazigua dá consistência imaginária ao objeto, *i(a)*; a imagem dá unidade ao corpo despedaçado. Com o complexo de castração, a fantasia vem dar uma nova forma de resposta a essa relação imaginária com o outro: “o que o sujeito reflete não são simplesmente jogos de preeminência, não é simplesmente seu aparecimento para o outro no prestígio e no artifício, é ele mesmo como sujeito falante” (LACAN, 1958-

59/2016, p. 28). Na fantasia, o recobrimento simbólico vem se juntar ao imaginário, uma vez que ela diz respeito ao sujeito falante. “O imaginário e o simbólico constituem, juntos, a realidade para o sujeito, para quem o real é velado” (QUINET, 2012, p. 36), e seu desvelamento produz estranhamento.

1.3.4 Uma situação estranha

O sentimento de estranheza vivido em alguns integrantes da equipe e provocado por alguns casos atendidos no CAPSad onde trabalhamos nos levou a dedicarmos-nos ao tema da estranheza, conforme vimos acima. O desejo de saber mais sobre aqueles casos funcionou como uma brecha para o discurso do analista se fazer presente na instituição, isto é, pudemos trazer o sujeito do inconsciente para os casos discutidos, porquanto a analista foi suposta saber algo sobre essa estranheza.

Cabe aqui o seguinte fragmento clínico que, por um lado exhibe o que se passa na vivência do sujeito, demonstra sua angústia diante do Outro que o toma como objeto a ser vigiado e, por outro lado, provoca estranheza em quem assiste.

Um paciente a quem chamaremos AL, diante da angústia incessante de ser “vigiado” e da impossibilidade de escapar dessa vigilância, uma vez que “puseram uma câmera no olho” — ele tinha um olho de vidro como resultado de um acidente de moto —, arrancara todos os cílios na tentativa de arrancar a dita câmera — uma das situações que causou muita estranheza nos trabalhadores do CAPSad, posto que, excluindo esse seu delírio, o paciente era absolutamente “normal”, o que inclusive fazia com que alguns interpretassem seu delírio como “teatro”. Esse foi o motivo porque fomos chamados a intervir nesse caso, dito pela equipe ser “muito estranho”: do que se tratava?

Com relação à incorporação do duplo ao supereu, Freud (1919/2006), que nesse texto chama o supereu de instância crítica, visto que ainda não havia formalizado a segunda tópica de sua teoria, atenta para o fato de que essa instância crítica pode separar-se do eu no delírio de ser notado, tratando o eu como objeto, o que provoca o sentimento de estranheza em quem assiste, e também absolutamente angustiante para o sujeito que o vive.

1.3.5 Compulsão à repetição

No texto sobre o *Unheimlich*, Freud (1919/2006) aponta a repetição do mesmo como produtora desse sentimento, a estranheza. As situações em que o mesmo se repete de forma

não deliberada e que produzem essa sensação de estranheza, Freud as remete à compulsão à repetição.

Nesse ponto, não podemos deixar de lembrar uma das definições lacanianas do real: “O real é o que retorna sempre no mesmo lugar”. Nesse sentido, Lacan conclui que “Toda história da descoberta por Freud da repetição como função só se define com mostrar assim a relação do pensamento com o real” (LACAN, 1964/1988, p.52).

Com a dualidade entre as pulsões de vida e de morte, esta última se impõe como originária, estando além ou anterior ao princípio do prazer. As pulsões se mostram na maioria das vezes amalgamadas e por isso pode-se sentir prazer na dor, sendo o par sadismo-masiquismo exemplar para demonstrar essa fusão pulsional. Esse amálgama atesta que o objeto que satisfaz as pulsões, ainda que parcialmente, é o mesmo para as duas. Assim, a satisfação é sempre paradoxal, implicando em algo do prazer e o que está para além dele. O gozo é essa satisfação paradoxal. Nesse sentido, nos esclarece Miller (1997, p. 375):

Creio que vocês conhecem o texto do *Unheimlich*; se não, que o leiam. Da mesma maneira que Freud pôs o valor ao nível da significação, incluindo o inverso, Lacan o mostrou ao nível da satisfação. Ele introduziu com o gozo a noção de uma clivagem interna da libido, existente desde que Freud tratou de distinguir a satisfação libidinal propriamente dita e a da agressão [...] com a palavra gozo, Lacan oferece-nos uma só palavra para as duas satisfações.

Esse estranho familiar que Freud marcou no próprio significante *Unheimlich* aparece, conforme indicou em suas conferências sobre o sintoma (FREUD, 1916-17/2005a; 1916-17/2005b), como um corpo estranho, algo que o sujeito não reconhece como seu, que o faz sofrer, mas que lhe dá prazer. Em suma, sintoma de que ele goza.

Também podemos falar do gozo da droga, que em muitas falas estranhamente não parece pertencer ao sujeito, é como se a droga é que gozasse do sujeito! Cito algumas dessas falas, ditas por vários usuários do CAPSad: “Eu não posso com ela”; “Eu queria parar, mas não consigo”; “Eu me tranco no banheiro e jogo a chave por debaixo da porta, a boca tá me chamando”; “Pedi para a minha mãe me amarrar, pedi para ela me trancar, tive medo de me soltar”; e ainda a palavra que se repete em tantas falas: “Perdi”.

Com o paciente Al, a quem nos referimos ao falarmos de seu delírio de observação, as coisas se passam de outra maneira. Em sua fala a droga não goza dele, não diz respeito a um imperativo de gozar com a droga, ao contrário, faz barra ao imperativo do gozo do Outro sobre ele, que é reduzido a objeto desse olhar que tudo vê; Al demonstra que “o olhar se mantém e é consistente” (QUINET, 2012, p. 40). Nesse delírio de ser vigiado, há o olhar mortífero do Outro frente ao qual o sujeito não tem saída, tem apenas uma pequena “paz”

quando usa cocaína. Trata-se do sujeito, enquanto objeto *Na mira do Outro* (QUINET, 2002a). Para Al, a droga tem a função de ser um artifício, um véu artificial diante da falta da fantasia como tela da realidade que vela o olhar com a visão:

O delírio de observação serve aqui de paradigma do dar a ver, em que o sujeito é objeto da vigilância do Outro. Pois lá onde faltava o véu do Édipo, o olhar como objeto *a* surge no campo da realidade e o sujeito se dedica à constituição de véus artificiais para se esconder ou, então, passa a ataque desenfreado a esse Outro panóptico cujo olhar deve furar (QUINET, 2002a, p. 13).

O objeto *a* não pertence aos objetos intercambiáveis do mundo, ele está fora do simbólico, mas é justamente sua natureza de falta que faz com que os objetos do mundo, aqueles que são partilháveis, possam conter um traço do objeto perdido, aquele que miticamente um dia haveria completado o sujeito. É isso o que os torna capazes de satisfazerem a pulsão, apesar de a satisfação nunca ser total, como nos indica Freud (1915/2006a) ao tratar dos destinos das pulsões, cuja satisfação é sempre parcial (LACAN, 1964/1988; QUINET, 2012).

A tentativa de recuperação desse objeto *a* equivaleria à morte, posto que corresponde a uma satisfação total da pulsão, e “responder totalmente à exigência pulsional implica o gozo total, a morte” (QUINET, 2012, p. 42). No gozo com a droga, infelizmente, alguns chegam à morte. Em muitos outros casos, pois não temos uma estatística expressiva de *overdoses*, não se chega à morte, e sim os laços sociais se desatam, se desfazem as ligações com os outros, laços que são dependentes da pulsão de vida, o Eros dos poetas, que conforme Freud é ligação (FREUD, 1920/2006).

Muitos que procuram o CAPSad para tratamento o fazem porque ainda têm algum laço que não querem perder, mas mesmo assim a vontade de usar droga é mais forte. Foi dessa forma que Nair chegou ao CAPSad, dizendo: “Agora acabou para mim, ele me colocou pra fora de casa; sem ele eu não sou nada”. Conta que “não era nada antes dele”, ele fez dela uma “mulher casada” a “mulher dele”, diz: “ele me amava”. Ela havia saído do pronto socorro, onde ficara por conta de uma intoxicação aguda por cocaína, que para além da fenomenologia psicótica — alucinação visual, ideias delirantes de perseguição etc. — quase lhe custou a vida. Apesar de o marido ter avisado que não lhe daria mais nenhuma chance se se drogasse novamente e que não permitiria que ela ficasse com o filho deles, ainda assim, diz ela: “só ia usar um papel...”, “só para conseguir dormir...”, “eu não sou boa mulher para ele...”, “eu amo meu filho...”, “meu filho viu tudo”. Ela havia cheirado nove papelotes de cocaína durante a noite, na cama ao lado do marido, mas “ele não viu, ele nunca vê”. Ela precisava de mais, “eu pensava que ia usar só mais um”.

Os casos de Nair, de Al e o de Maria remetem ao olhar como objeto *a*, exercendo uma predominância na constituição pulsional desses sujeitos.

Ao olhar a companheira fazendo sexo com um rapaz, Maria fica siderada pelo gozo feminino, a cena que não sai de sua cabeça é a cara de prazer de sua namorada, não consegue entender como ela sente aquilo (pág. 32), passa a usar Desirée, droga com nome de mulher, e então se incumbe de procurar esse olhar nos homens, aos quais permitia tudo, embora não sentisse nada. Goza de “olhar a cara deles”, mas não sem a ajuda de Desirée. Droga-se cada vez mais em busca desse olhar.

No caso de Nair, a demanda histórica de amor, endereçada tanto ao marido como ao filho, demanda de ser olhada, promove um *acting out*. Põe sua vida em risco, mas, mesmo deitado a seu lado, o marido não a vê.

Nair é lançada nesse lugar de objeto caído do olhar do Outro, lugar de pura angústia, pois é o lugar que ocupa em sua fantasia. Desde pequena, caída do olhar do pai, que não ia vê-la, e também no de sua mãe, que segundo ela, não via seus padrastos abusarem dela. No caso de Al, o olhar, diferentemente de Maria e de Nair, mostra o objeto *a* em sua face de horror na psicose.

A tese freudiana sustentada em *Mais além do princípio de prazer* (1920) é a de que haveria “tendências mais originárias que o princípio de prazer e independentes dele” (FREUD, 1920/2006, p. 17), e de que, toda pulsão é “conservadora”, quer retomar um estado anterior, donde, “a meta de toda vida é a morte; e, retrospectivamente: o inanimado esteve ai antes do vivo” (idem, p. 38). Se a pulsão de morte é mais originária, a pulsão sexual, Eros, entra em jogo desde o começo, produzindo um desvio no trajeto em direção à morte. A primeira experiência de satisfação implica em uma marca de prazer, mas também em perda, pois esse objeto suposto satisfazer se perde, não há como recuperá-lo na vida, posto que, em verdade, por sermos seres de fala, ele nunca existiu, e a tentativa de reavê-lo é o que está na base da compulsão à repetição.

No *Seminário, livro 19: ou pior* (1971-72), ao trabalhar a existência, valendo-se principalmente da matemática, Lacan ensina que por sermos seres de fala tudo que existe, existe no simbólico. Tudo que existe no simbólico, mesmo que se possa questionar sua existência — como, por exemplo, a existência de Deus — existe simplesmente porque está na linguagem. O que não entra na linguagem *ex-siste*. O objeto *a* é esse resto da operação da linguagem no humano que o institui como falasser. Esse objeto que estando fora é extremamente íntimo está na origem do *Unheimlich* e da angústia. É esse olhar vigilante do qual o paciente Al. não escapa, pois, ao mesmo tempo em que está fora do simbólico, é o que

há de mais íntimo, é *êxtimo*. Como ele mesmo diz, “eles” o vigiam, seu próprio olho é, agora, uma câmera. Al. trabalhava como “vigia”, nada lhe escapava, ele observava tudo. Era “um vigia armado”.

Voltemos, pois, à frase de Schelling, que afirma ser o *Unheimlich* aquilo que estava destinado a permanecer em segredo e veio à luz, isto é, apareceu onde não deveria estar: na própria tela da consciência. O objeto *a*, o que há de mais íntimo, *heimlich*, aparece como alucinação: a voz do Outro invade o sujeito, o censura, o insulta, lhe dá ordens. É justamente a presentificação de algo do real, da *Coisa*, que fica fora do simbólico a partir da introdução da linguagem, desse umbigo dos sonhos, em Freud, ou do inconsciente real, em Lacan, causando essa forma de horror que é o *Unheimlich*.

Ao dizer que no *Unheimlich* não se trata de uma “irrupção do inconsciente” (LACAN, 1958-59/2016, p. 344), nos parece que Lacan estava se referindo ao inconsciente como articulação significativa, e que no fenômeno dessa inquietante estranheza é aquilo que *ex-siste* que afeta, que causa angústia. Ou seja, tal como formula Lacan no *O Seminário, livro 10: a angústia (1962-63)*: a angústia comparece quando a falta falta.

1.4 A angústia no CAPSad

A angústia comparece no CAPSad, tanto do lado do paciente, quanto do lado da própria equipe de saúde. Teríamos aqui duas vertentes no que se refere à angústia produzida pelo *Unheimlich*: do lado do sujeito que vive essa estranha experiência, por exemplo, AL., que diante do olhar onipotente e gozador do Outro precisa criar vários “artifícios” para tentar “enganar”. Ele fala em voz alta, diz que vai sair, inventa um lugar para onde ir, fica esperando que “eles acreditem” para, então, poder “escapar”, mas fica desesperado porque “é impossível enganar, quando eu penso que consegui, eles me acham”.

Do lado da equipe, que presencia as situações de risco em que os pacientes se colocam, quando ela não sabe o que fazer diante de determinadas esquisitices, a angústia comparece, é preciso dizer, por querer o bem do outro e o outro não corresponder — situação que se complica e muitas vezes até impede o tratamento, posto que se trava um embate imaginário do bem querer que inviabiliza o bem dizer. A angústia pode paralisar.

No CAPSad, a angústia frente a essas situações difíceis de manejar, seja por implicarem em risco, seja por seu caráter estranho, fez com que alguns membros da equipe quisessem melhor se instrumentalizar para lidar com elas. As conversas, as discussões de casos foram tecendo um saber capaz de apaziguar, não toda, mas um pouco a angústia de

alguns membros da equipe, o que certamente permitiu um melhor acolhimento das questões dos sujeitos que procuram tratamento no CAPSad.

1.4.1 Outra situação “estranha”

Certo dia, ao chegarmos ao CAPSad, percebemos uma certa inquietude em alguns colegas de trabalho. Havia um certo burburinho, como quando se está tramando algo. A analista foi informada de que havia um acolhimento marcado, demanda da justiça. Não nos foi entregue nenhum papel, o que estranhamos, porque sempre há papéis quando se trata do judiciário.

Durante o atendimento, o rapaz repetia ter matado uma mulher. Apesar de muita dificuldade de falar, em certo momento diz: “eu matei uma mulher de três anos”. Conta, então, que estava sozinho com ela, e ela não parava de chorar. O choro dela foi se tornando insuportável para ele: “foi o choro... o choro..., você entende?”, repetia. Ele só queria que ela parasse de chorar. Uma de suas tentativas de fazer o choro parar foi dar banho na menina, “ela parou de chorar”. Ele a afogou, depois a arrumou e ficou com ela. Ele foi encontrado em casa tomando conta da “mulher de três anos” morta.

Quando a analista terminou o atendimento, logo foi chamada. “O que você achou?” Não haviam dado nenhuma informação sobre o caso de propósito, para não ‘contaminar’ a analista. Era tudo muito estranho, como alguém pode matar uma criança quando todas as testemunhas dizem que ele era super afetuoso, que tratava muito bem a menina? Era estranho mesmo, as pessoas não entendiam, ele não tinha “cara de assassino”. “Por que ele não fugiu?”. “Uma maluquice”. Apesar de ter usado drogas, motivo que o fez ser encaminhado ao CAPSad, esse não era o caso no momento do crime. O que a analista tem a dizer sobre *Isso*, sobre o inconsciente nesse caso a céu aberto?

1.5 **Agenda da psicose**

Foi a partir dessa inquietante estranheza provocada pela loucura, e pela vontade de saber de alguns membros da equipe do CAPS, que as questões suscitadas — em acolhimentos, grupos de recepção, enfim, nos vários espaços clínicos sustentados por esses mesmos profissionais — começaram a ser endereçados à psicanalista suposta saber algo sobre aquilo que lhes causava estranheza.

O que levou esses trabalhadores da saúde mental a estabelecerem essa transferência de trabalho? Isto é, o que os levou a supor que a analista saberia dizer algo sobre *Isso*? Como se articula a transferência da equipe com a analista e a suposição de saber? Talvez tenham ouvido falar do texto freudiano sobre o *Unheimlich*? De fato, alguns faziam análise. Mas cremos que isso também se deva ao trabalho do psicanalista na instituição, qual seja, de fazer presente o discurso da psicanálise.

A partir dessa transferência, os casos “estranhos” passaram a ser encaminhados à analista, o que levou a um dos colegas da equipe a batizar nossa agenda de ‘agenda da psicose’. O nome psicose veio justamente das discussões sobre essas ‘estranhas’ situações, momentos em que se começou a discutir não só o que era estrutura e o que concernia à fenomenologia da toxicomania, mas também as possibilidades de tratamento. Verificaram-se como esses pacientes ficavam no limbo, não havia um lugar para eles. Mais do que nunca se mostrou necessário implementar um conceito da atenção psicossocial, a saber, a rede. Só que esse trabalho de construção de rede — com o pronto socorro, com o CAPSi, com o CAPS etc. —, parece-nos, tinha um diferencial, pois não era apenas uma rede para dar conta da “multifatorialidade” que implica o tratamento de usuários de drogas (MS, 2017c), mas algo da ordem de uma transmissão, arriscaríamos a dizer, transmissão de um saber que diz respeito à clínica e dessa ser a única possibilidade de uma direção do tratamento que leve em conta o sujeito.

1.6 Considerações Finais

Neste capítulo tratamos de algo extremamente importante para a psicanálise, sua transmissão. Nosso título, *Tem vaga na “agenda da psicose”?*, contém o significante da nomeação de nosso trabalho no CAPSad. Agenda de trabalho construída a partir da clínica, de sua riqueza, do particular de cada caso que nos permitiu sustentar o discurso do psicanalista na instituição. Como não há transmissão fora da transferência, a psicanálise “só é transmissível pelas vias da transferência de trabalho” (QUINET, 2009, p. 55), o laço criado com a equipe partiu de uma suposição de saber, construída no momento em que a analista demonstrou poder lidar com situações da clínica cotidiana que excediam a qualquer técnico presente.

A atribuição de saber à psicanalista — a equipe sabia qual o referencial teórico que sustentava nossa prática — sobre a estranheza suscitada por determinados casos, oportunizou

a circulação do saber da psicanálise e sua utilização como ferramenta para a direção do tratamento, não para toda a equipe, mas ao menos para parte dela.

Poder falar sobre os casos é fundamental, seja de maneira informal, seja nas reuniões de equipe, após um acolhimento feito juntamente com outro profissional, após uma interconsulta, enfim, nos diversos espaços que possibilitem a discussão de caso. Permite aos profissionais poderem trabalhar sua própria angústia diante de determinados casos, o que com certeza ajuda na condução dos mesmos. Quando o técnico responde a partir de sua angústia e de seu bem querer, na maioria das vezes, o encaminhamento é truncado. Chamamos ainda a atenção para o lugar da supervisão clínico-institucional: em determinado momento o CAPSad, a que estamos nos reportando, passou a ter uma psicanalista nessa função, o que teve efeitos muito positivos.

Não é por acaso que nós analistas somos supostos saber algo sobre a inquietante estranheza de que tratamos nesse capítulo, pois, como vimos, essa estranheza diz respeito ao inconsciente enquanto Outro, mas principalmente daquilo que lhe é *êxtimo*, o objeto *a* (MILLER, 2010, p. 23), ou seja, o objeto da psicanálise. Como precisa Quinet (2009, p. 10): “O objeto *a* é o objeto da psicanálise, o que corresponde, por excelência, ao lugar do analista, esse objeto estranho, estrangeiro e paradoxalmente familiar”.

Na neurose, o objeto *a* está velado, seja pela imagem $i(a)$, seja pela fantasia ($\$ \diamond a$). Seu desvelamento, isto é, sua emergência no campo da realidade promove a estranheza no próprio sujeito. Na psicose, o objeto *a* não está velado, ele retorna do real, seja em sua vertente de olhar ou de voz. É o inconsciente a céu aberto da psicose, que desta vez promove a estranheza no outro, no trabalhador de saúde, por exemplo. O objeto *a* causa o desejo, mais também o mais de gozar, pois a satisfação pulsional gravita em torno dele. O empuxo ao gozo no uso de drogas, a predominância da pulsão de morte causa estranheza.

O gozo com a droga é um gozo condenado pela civilização — a utilização de drogas ilícitas é crime — ao mesmo tempo em que é demandado por ela — basta ver o lucro das empresas farmacêuticas. Temos assistido à criação de várias instituições que visam à dominação desse uso, visam à abstinência, ainda que isso signifique uma drogadição medicamentosa, ou a narcose religiosa. De toda forma, a reforma psiquiátrica que gerou como fruto a nossa atenção psicossocial não se colocava do lado do discurso ortopédico da loucura, ou se preferirmos, do gozo. Não está no cerne da atenção psicossocial a homogeneização do gozo, ou então, não haveria lugar para a Política de Redução de Danos, tal como abordaremos nos capítulos dedicados à agenda política das toxicomanias.

Se nos dedicamos a mostrar alguns furos na Rede de Atenção Psicossocial, isso nos parece primordial para que a partir deles possamos tecer enodamentos que tornem essa rede mais resistente. E ainda, para que essas instituições, que estamos chamando de ortopédicas, não se aproveitem desses furos para proliferar. Nada mais familiar ao discurso da psicanálise do que o furo, pois é a partir dele que o próprio sujeito se constitui, a partir do *troumatisme*, como nos indica Lacan (1973-74/2019).

Uma das questões que quisemos sustentar é de que a diferenciação dos CAPS por faixa etária ou classificação dos ditos transtornos pode ser uma forma de organizar a atenção psicossocial, e inclusive uma forma de os usuários poderem se identificar a elas. Isso é particularmente importante para alguns psicóticos usuários de drogas, para quem, por vezes, a identificação a um nome, por exemplo, “drogado”, pode ser estabilizadora. Mas há que se tomar cuidado para que essas categorias não engessem as possibilidades de tratamento, para que uma denominação fenomênica não eclipse a fala do sujeito.

Devemos lembrar que, no que tange às psicoses, às quais tanto nos interessam nesse trabalho, Lacan nos adverte de que o delírio é um fenômeno elementar, ou seja, que a “noção de elemento não deve ser tomada aí de modo diferente da de estrutura” (LACAN, 1955-56/1988, p. 28), mostrando com isso que a radicalidade dos fenômenos elementares das psicoses nada tem a ver com a fenomenologia — por exemplo, das toxicomanias — pois essa nada tem de elementar, isto é, não é estruturante para o sujeito.

Sustentamos a hipótese, verificada em nossa prática clínica, de que a psicanálise tem muito a contribuir com a atenção psicossocial. Antes de qualquer coisa, porque o discurso do analista é o único que coloca o sujeito no lugar do outro, mas também é o avesso do discurso do mestre, inclusive do mestre moderno, o capitalista. Propomos que *A estranheza da psicanálise* (QUINET, 2009) pode fazer resistência ao discurso de dominação em que não há espaço para a estranheza da loucura. Concluimos com as palavras de Quinet (2009, p. 10): “No âmago da civilização, A Estranha [escola de Lacan] como elemento heterogêneo às instituições pedagógicas e sociais [...] sustenta o discurso do analista, que é avesso do discurso dominante”.

2 ANGÚSTIA E GOZO NA CLÍNICA DAS TOXICOMANIAS

2.1 Estrutura e fenômeno

Em psicanálise, a referência à estrutura é intrínseca ao tratamento, uma vez que diz da relação do sujeito com a linguagem e, *ipso facto*, com o que dela escapa. Para chegarmos à estrutura, é fundamental que o sujeito fale, teça a rede na qual se vê mais ou menos impelido como *fallasser*, e é esta a visada do tratamento. Isto é, que, ao falar, o sujeito percorra os trilhamentos dos significantes que o marcaram, significantes estes que dão o sentido de seu desejo e dos quais ele goza.

Como a palavra comporta sempre mais de um sentido, é possível, pela via da fala, e do corte nessa fala, que seja viável um novo recorte no sentido, e mesmo uma falta de sentido. Uma mudança de direção. O tratamento analítico, *talking cure*, como o batizou Anna O — paciente de Breuer e de Freud (BREUER & FREUD, 1893-95/2006) —, visa a que essa mudança de sentido permita um reposicionamento do sujeito com relação a seu desejo e seu modo de gozar.

A referência à estrutura distingue a abordagem psicanalítica da psicopatologia fenomenológica, que parte do fenômeno como idêntico ao sujeito, de modo que, nesta clínica, o tratamento visa a compreender o paciente através do exercício de se colocar no lugar dele na própria experiência fenomênica. Isso não quer dizer que a psicanálise não leve em conta o fenômeno, mas que ela não lhe atribui a função de uma orientação clínica. Se para a psicanálise há uma conexão entre fenômeno e vivência, “ele não é redutível a ela” (QUINET, 1990, p. 38). Na realidade, é na distinção entre fenômeno e sintoma que, desde Freud, a psicanálise encontra a sua orientação clínica. Freud é claro ao demarcar o fato de que os sintomas têm um sentido, e que esse é o ponto de partida para a psicanálise:

(...) a psiquiatria clínica faz muito pouco caso da forma de manifestação e do conteúdo do sintoma individual, a psicanálise, porém, parte justamente daí e, foi a primeira a comprovar que o sintoma é rico em sentido e se relaciona com a vivência do enfermo. (FREUD, 1916-17/2005a, p. 235).

Desde 1894, quando aborda o tema das *Neuropsicoses de defesas*, Freud já entendia o sintoma como proveniente de um conflito e, em *Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa (1896)*, fala do sintoma como uma formação de compromisso. Neste texto, o sintoma não é considerado uma defesa apenas para as neuroses, o é também na paranoia. Freud pontua desde o início de sua obra que a paranoia encontra-se em uma situação privilegiada, o que faz

com que Lacan, ao se debruçar sobre o tema das psicoses, afirme que “Freud traça uma linha divisória de águas [...], ou seja, entre a paranóia de um lado e, de outro, tudo o que gostaria, diz ele, que fosse chamado parafrenia, e que corresponde exatamente ao campo das esquizofrenias” (LACAN, 1955-56/1988, p. 12).

A citação acima foi retirada da primeira lição do seminário sobre as psicoses, no qual Lacan (1955-56/1988) situa a posição de Freud frente ao saber psiquiátrico de sua época, e nos diz que, apesar de não desconhecer as elaborações da escola de Zurique sobre a esquizofrenia, o interesse de Freud incidiu sobre a paranoia. O próprio Lacan (1932/1987) se aproximou da psicanálise justamente ao se debruçar sobre o tema da paranoia, a partir de um caso, que ele intitulara de paranoia de auto-punição.

É preciso, portanto, abrir um parêntese e localizar o referencial teórico que embasa as considerações freudianas sobre as psicoses, bem como destacar o fato de que a teorização sobre a paranoia terá muitos desdobramentos em sua obra.

Freud avança em sua tese sobre a paranoia principalmente a partir do texto *Pontuações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (Dementia paranoides)* (FREUD, 1911 [1910]/2005), momento em que se dedica a analisar o testemunho, por meio da escrita, de Schreber sobre seu próprio caso (SCHREBER, 1905/1984), o que lhe permitiu uma estabilização do quadro psicótico por alguns anos.

O interessante, segundo Miller, é que:

(...) aceitando o diagnóstico de demência paranoide, [em verdade, Freud] qualifica essencialmente seu trabalho sobre a paranoia. Quando fala de seu trabalho sobre Schreber, diz ‘meu trabalho sobre a paranoia’. Definitivamente, considera que trabalha sobre a parte paranoica da demência precoce. (MILLER, 1985, p. 8, tradução nossa).

A paranoia, naquele texto, não é mais uma defesa equiparável à defesa das neuroses. A tese sustentada por Freud é que, diante da “catástrofe” subjetiva em que há desinvestimento libidinal no mundo – o que ele exemplifica com os homens feitos às pressas do texto de Schreber –, o delírio, em verdade, é uma tentativa de reconstrução da realidade e a possibilidade do reinvestimento da libido no mundo. Na paranoia, o processo de religamento com o mundo se daria pela projeção, entretanto, adverte: “Não era correto dizer que a sensação interiormente sufocada é projetada para fora; ao contrário, inteligimos que o que foi internamente abolido⁸ retorna desde fora” (FREUD, 1911 [1910]/2005, p. 66).

⁸ Na edição da Amorrortu, a palavra é *cancelado*, mas preferimos usar a palavra *abolido*, utilizada na edição da obra freudiana pela Editora Imago, pois nos parece que em português a frase fica mais clara.

A definição de paranoia com a qual Freud trabalha é a estabelecida por Kraepelin, que a precisa de forma “estrita e limitada” (MILLER, 1985, p. 3). Definição, portanto, advinda da psiquiatria e que tem uma longa história até chegar a Kraepelin e ser determinada como sendo “de alguma maneira primitiva, altamente sistematizada” e que não contém nem a definição de *demência precoce* – termo que para esse autor corresponde ao que depois se denominou de esquizofrenia –, nem de *demência paranoide*, tal como Freud diagnosticava Schreber. O termo esquizofrenia data de 1911, cunhado por Bleuler (MILLER, 1985; MALEVAL, 2012). De acordo com Miller (1985, p. 1), tanto em Freud como em Lacan, este termo será questionado.

Para Maleval (2012, pp. 285-6), a introdução da psicanálise na Suíça teve como consequência aquilo que se converteu em uma das grandes dificuldades da época, isto é, o diagnóstico diferencial entre histeria e demência precoce. Isso se deu por conta da “ignorância da etiologia precisa de uma e outra e das múltiplas semelhanças que, então, não paravam de descobrir na sintomatologia de ambas as enfermidades”. De acordo com o autor, isso pode ser surpreendente hoje em dia, visto que a definição de histeria como complacência somática levaria a uma dificuldade em estabelecer o diagnóstico diferencial com a doença orgânica, e não com a esquizofrenia. Mas naquela época era outro o problema que se desvelava, uma vez que os delírios e alucinações eram considerados pelos médicos da época como “manifestações comuns da histeria”. Maleval considera ainda que a partir do ensino de Lacan e sua referência à estrutura, só foi possível de fato fazer certas diferenciações diagnósticas por meio da amarração sintomática, ou não, como sendo efeito do Nome-do-Pai, pois “aos analistas do início do século faltava um verdadeiro critério estrutural que permitisse caracterizar a psicose, de maneira que não podiam resolver o problema do diagnóstico diferencial de histeria e demência precoce”. Foi justamente Bleuler que se encarregou de fazer essa diferenciação:

[...] em um trabalho cuja influência foi e segue sendo notável, mas que merece ser reconsiderado. Chamo esquizofrenia à demência precoce [escreve Bleuler], porque, como espero demonstrar, a dissociação (*Spaltung*) das diversas funções psíquicas é uma de suas características mais importantes” (BLEULER, 1911⁹ *apud* MALEVAL, 2012, p. 286).

Bleuler (1911 *apud* MALEVAL, 2012) propõe três sintomas fundamentais: 1º- dissociação das funções psíquicas (compromete a unidade da personalidade); 2º- transtornos associativos; 3º- transtornos afetivos. Os outros sintomas, ditos “acessórios” — alucinações, delírios, estados confusionais etc. — são, em verdade, efeito da dissociação e esta subdividida

⁹ N.A.: “Las citas de esta obra fueron traducidas al francés por Dagmar Deisen. [Hay una versión castellana: *Dementia Praecox. El grupo de las esquizofrenias*, Buenos Aires, Hormé, 1960]” (MALEVAL, 2012).

em dois mecanismos: 1º - A *Zerspaltung* primária (uma digressão, um verdadeiro estalo); 2º - A *Spaltung* propriamente dita (clivagem do pensamento em diferentes agrupamentos).

Desse modo, nos é impossível não pensar no conceito de recalque tal como proposto por Freud (1915/2006c): o recalque propriamente dito, que implica, por uma questão lógica, em um recalque originário. Entretanto, nesse caso, Freud está descrevendo outro mecanismo, que é justamente o mecanismo da neurose, marca do sujeito dividido.

No texto em que se dedica ao caso Schreber, Freud deixa seu posicionamento acerca das discussões terminológicas da psiquiatria de sua época. Diz ele:

Dados os estreitos vínculos da paranoia com a *dementia praecox*, não se pode deixar de perguntar pelo eventual influxo que a concepção exposta para a primeira exercerá sobre a concepção vigente para a segunda. Estimo bem justificado o passo que deu Kraepelin ao fusionar em uma nova entidade clínica, junto com a catatonia e outras formas, muito do que antes se chamava ‘paranoia’, ainda que tenha sido um desacerto escolher para essa unidade o nome de ‘*dementia praecox*’. Também à designação de ‘esquizofrenia’, proposta por Bleuler para esse mesmo grupo de formas, caberia objetar que só parece utilizável se não se recorda seu significado literal; além do mais prejulga demasiadamente sobre a natureza da afecção ao empregar para designá-la um caráter postulado na teoria e que, além disso, não é exclusivo dela, e que a luz de outros pontos de vista, não pode ser declarado o essencial. [...] Entendo que o mais adequado é batizar a *dementia praecox* com o nome de parafrenia. (FREUD, 1911 [1910]/2005, pp. 69-70).

Fechando o parêntese e retomando o texto freudiano, *Neuropsychoses de defesa (1894)*, verificamos que ali o sintoma é efeito da defesa. A defesa contra uma ideia inconciliável é o que está na base da formação dos sintomas. A diferença entre histeria, neurose obsessiva e fobia consistiria não no processo de defesa, mas em como se emprega o “montante de excitação” que foi separado da representação inconciliável (FREUD, 1894/2005, p. 50).

Freud começa a trabalhar, na histeria, a diferenciação sobre o que acontece com o montante de energia desvinculado da representação recalcada. Ao fazê-lo, conversa com os psiquiatras de sua época, entre os quais Pierre Janet, com quem Freud está de acordo sobre a verificação clínica, de que há uma cisão no eu no que tange à histeria, mas discorda que ela seja primária. Para Freud, a cisão é efeito da defesa, e não é patognomônica para a histeria. Em nota de rodapé faz uma crítica a Janet — controvérsia que retoma em *Cinco lições de Psicanálise (1910 [1909])* —, a qual nos interessa, pois demonstra como Freud já tinha nítida a diferença entre fenômeno e sintoma:

O próprio Janet, no segundo capítulo de seu ágil ensaio ‘*Quelques définition...*’ [1983], considerou a objeção de que a cisão da consciência é atribuível também às psicoses e à chamada ‘psicastenia’. Em minha opinião, entretanto, não o solucionou satisfatoriamente. É essencialmente essa objeção que o força a declarar que a histeria constitui uma forma degenerativa. **Porém, ele não pode separar de uma maneira suficiente, baseando-se em algum traço característico, a cisão de consciência histérica, da psicótica etc.** (FREUD, 1894/2005, p. 52, grifo nosso).

O sintoma diz respeito à estrutura, enquanto que o fenômeno, às vezes, a eclipsa. Por se ater ao fenômeno, Janet não pôde caracterizar o que de fato diz respeito à cisão do eu na histeria, que é resultado da estruturação do sujeito na neurose e é em relação a ela que pode ser entendida. O recalque promove a divisão: o sujeito dividido ($\$$) entre inconsciente e consciente.

Para a psicanálise, o que é estrutural para o sujeito é o complexo de castração. É a forma como o sujeito responde diante da representação intolerável, isto é, a representação da castração – se recalca, desmente ou recusa.

Sabemos que o complexo de castração inconsciente tem uma função de nó: 1º na estruturação dinâmica dos sintomas, no sentido analítico do termo, quer dizer, daquilo que é analisável nas neuroses, nas perversões e nas psicoses (LACAN, 1958/1998a, p. 692).

Na esquizofrenia falta a barra do recalque sobre o sujeito (S). Falta a razão, que implica em que se possa achar um denominador comum, isto é, participar do senso comum, do discurso. Falta a *Bejahung* freudiana, ou seja, a afirmação da castração no inconsciente. Em termos lacanianos, falta a inscrição do significante do Nome-do-Pai no simbólico (LACAN, 1955-56/1988).

O Nome-do-Pai é o que dá acesso ao falo, que é o significante da castração. O falo é o resultado da metáfora paterna, é o denominador comum que nos dá acesso ao discurso, “pois ele é o significante destinado a designar, em seu conjunto, os efeitos de significado, na medida em que o significante os condiciona por sua presença de significante” (LACAN, 1958/1998a, p. 697).

Na psicose, o Nome-do-Pai é 0 (zero), implica em falo (\square) = 0. A referência ao falo faz com que a cisão do eu na histeria seja absolutamente diferente do que ocorre na esquizofrenia. A cisão do eu na esquizofrenia não é efeito do recalque. A divisão do eu é, em verdade, seu despedaçamento, efeito da não inscrição do significante do Nome-do-Pai, que amarraria simbolicamente a *Gestalt* narcísica. “Seja como for”, ensina Lacan:

(...) o homem não pode visar a ser inteiro (à ‘personalidade total’, outra premissa por onde se desvia a psicoterapia moderna), visto que o jogo de deslocamento e condensação a que está fadado no exercício de suas funções marca sua relação de sujeito com o significante (LACAN, 1958/1998a, p. 699).

Deslocamento e a condensação em Freud, respectivamente, metáfora e metonímia, como os nomeia Lacan a partir da linguística: são os mecanismos do processo primário. Este é o processo de pensamento responsável pela articulação entre os representantes representativos

das pulsões no inconsciente. Freud descobriu que no pensamento inconsciente “isso pensa”, nos esclarece Lacan (1958/1998b, p. 554):

Isso pensa um bocado mal, mas pensa com firmeza, pois foi nesses termos que ele nos anunciou o inconsciente: pensamentos que, se suas leis não são de modo algum as mesmas de nossos pensamentos de todos os dias, nobres ou vulgares, são perfeitamente articulados.

O sintoma, assim como os sonhos, os chistes e os atos falhos são formações do inconsciente, conseqüentemente, são articulações significantes. Se há um ciframento no sintoma, porquanto ele é o substituto da satisfação pulsional, então ele é passível de deciframento. A direção do tratamento analítico parte da função “*sinto-mal*”, pois *A analisabilidade é função do sintoma e não do sujeito*. No momento em que se inicia uma análise, nas entrevistas preliminares, “o sintoma será questionado pelo analista, que procurará saber *a que esse sintoma está respondendo, que gozo esse sintoma vem delimitar*” (QUINET, 1993, pp. 20-1, grifo do autor).

No desencadeamento da psicose, a falta da barra do recalque coloca o inconsciente a céu aberto. A hipótese de Lacan, no texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1958)*, é de que o desencadeamento se dá “quando a identificação do pré-psicótico se quebra” (SOLER, 2016, p. 23). Essa identificação permitiria uma certa amarração dada pelo Nome-do-pai.

O Nome-do-pai é o significante que instaura a lei e, conseqüentemente, permite uma ordenação na cadeia significante quando funciona como metáfora paterna na neurose. Sabemos que no desenvolvimento da teoria lacaniana o Nome-do-pai se pluraliza, e que, em *O Aturdido (1973)*, “o Nome-do-pai é situado como um dizer [...] um dizer que nomeia, mas, além disso, um dizer que supõe uma existência” (SOLER, 2016, p. 16). Daí o Nome-do-pai amarrar os registros real, imaginário e simbólico, de modo que, na neurose, ele é o próprio sintoma, *Sinthoma* — se avançarmos na teoria dos nós em Lacan.

Podemos dizer, em uma leitura do texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1958)*, já de posse dos desdobramentos do ensino de Lacan, que a identificação à qual o pré-psicótico se fiava permitia uma certa amarração dos registros, e que sua quebra desfaz essa tênue amarração.

Os “distúrbios na ordem da linguagem”, quando do desencadeamento de uma psicose, são resultado do fracasso da metáfora paterna e da conseqüente ausência do falo como ordenador da cadeia significante. De acordo com Lacan (1955-56/1988, p. 109): “Devemos exigir, antes de dar o diagnóstico de psicose, a presença desses distúrbios”. Lacan nos diz,

quanto ao texto de Schreber, que se este serviu como uma “introdução à fenomenologia da psicose” (LACAN, 1958/1998b. p. 542), para ele, Lacan, serviu para uma análise estrutural.

A distinção entre fenômeno e sintoma é particularmente importante na clínica da psicose, porque é ao abordá-la que “o sintoma, se soubermos lê-lo, está mais claramente articulado na própria estrutura” (LACAN, 1958/1998b. p. 543).

2.2 A angústia na clínica com as toxicomanias

Desde Freud (1930/2004), aprendemos que a química é um recurso diante do *Mal Estar*; podemos pensar que é um recurso diante da angústia, aliás, bastante medicada hoje na forma de ansiolíticos, remédios para dormir etc. A angústia é o afeto por excelência, como nos ensina Lacan (1962-63/2005), aquele que não engana e que comparece em todo ser humano, motivo pelo qual está sempre presente na clínica.

Na clínica com as toxicomanias, a angústia presentifica-se de forma maciça, seja na angústia avassaladora relatada pelos pacientes quando interrompem um uso intenso de droga ou após aquilo que eles denominam “recaída”, seja a angústia que move o paciente a procurar algo que a aplaque, nesse caso, as drogas — sejam elas ilícitas ou psiquiátricas. Há ainda a angústia diante das ‘perdas’ e da incapacidade de frear esse movimento em direção às drogas, e assim continuar a perder. A angústia dos profissionais, que não podemos deixar de notá-la, que trabalham no CAPSad, diante das situações de extremo risco nas quais os pacientes recorrentemente se colocam, entre outras.

No seminário dedicado à matéria da identificação, Lacan (1961-62/2003, p. 241) anuncia o tema que abordará no ano seguinte: a angústia. Ele nos diz que “a distância que separa o Outro da Coisa” é uma das “coordenadas fundamentais” a serem inseridas nos teoremas que ele propõe sobre a identificação, assim como “a relação da angústia com o desejo do Outro”. Há uma proibição fundamental ao gozo da Coisa, donde Lacan conclui que o fato de o Outro poder ser definido como sendo a lei é o mesmo que dizer que ele é o gozo interdito.

Essa definição do Outro nos remete ao supereu e seu imperativo de gozo, como uma lei sem lei, mas também como uma instância normatizadora advinda do complexo de Édipo. Em 1927, Freud (1927/2004b) retoma um tema bem próximo ao que desenvolvera em seu livro dos chistes (FREUD, 1905/2004). Ele fala sobre o humor e o atribui à relação do eu com o supereu, diferentemente do chiste, que é uma formação do inconsciente, portanto, proveniente da relação entre o isso e o eu. A proposta de Freud (1927/2004b, p. 161) é de que

“em uma determinada situação a pessoa super investe imediatamente seu supereu e a partir disso modifica as relações do eu”. Freud ressalta que essa concessão que o supereu faz ao eu, proporcionando-lhe uma pequena obtenção de prazer, não parece muito de acordo com o caráter severo do supereu. Essa forma “carinhosa e consoladora” do supereu para com o eu leva Freud a considerar a necessidade de aprendermos mais sobre o supereu. Conclui: “se mediante o humor o supereu quer consolar ao eu e colocá-lo a salvo do sofrimento, isso não contradiz sua descendência na instância parental” (idem, p. 162).

Em 1923, Freud (1923/2006) propôs o supereu como uma caixa acústica, isto é, proveniente da voz, da voz dos pais. Sabemos que o olhar que vigia também é central no que se refere ao supereu, mas trabalharemos com a voz para pensarmos esse Outro como gozo interditado. Alberti, Santos e Beteille (2018) explicam de forma clara a proposta freudiana:

Em 1923, quando Freud faz o grafo que depois aperfeiçoa em 1933[...], ele colocara o supereu como uma “concha acústica” – *Höhrkappe*, como um *head-phone*, porque *hören* é escutar, em alemão, e *Kappe* é capuz –, no aparelho psíquico. Naquela época, havia identificado o supereu como herdeiro do complexo de Édipo, memória viva do que a criança ouvia dos próprios pais que, em seus afãs de educarem o filho, lhe dirigiam palavras vigilantes e, às vezes, tonitruantes. Como é tonitruante o Shofar a que Lacan dedica-se em seu seminário sobre a Angústia.

O Shofar é a voz de Deus. É um instrumento feito de chifre de animal, de preferência do carneiro, “cujo som, ao ser soprado, servia, nos tempos bíblicos, entre os hebreus, de sinal de comunicação, e que, modernamente, nas sinagogas, é usado antes e durante o *Rosh Hashanah* (ano-novo) e no fim do *Yom Kippur* (dia do perdão)” (FERREIRA, 1999, p.462). Conforme Lacan:

É um chifre em que se sopra e que faz ouvir um som [...] Independentemente do clima de recolhimento, de fé ou de arrependimento em que eles se manifestem e ressoem, uma emoção inusitada surge pelas vias misteriosas do afeto propriamente auditivo, as quais não podem deixar de comover, num grau realmente insólito, todos os que ficam ao alcance desses sons (LACAN, 1962-63/ 2005, pp. 268 e 269).

Alberti, Santos e Beteille (2018) associam esse tubo, o chifre, que é o Shofar, “ao tubo da bobina das demandas, esse toro que imerge no isso, levando o que estava fora – a percepção da voz dos pais – para o interior do isso, fazendo com que ressoe no interior do sujeito o objeto voz, êxtimo, interno e externo ao mesmo tempo”.

O entrelaçamento entre o sujeito e o Outro promove essa extimidade, essa voz, que sendo do Outro, vinda de fora, é ao mesmo tempo o que lhe é mais íntimo, “o toro do Outro [...] imerge no interior desse envelope, imerge, como dizia Freud, imerge no isso, reservatório da pulsão que é, fundamentalmente, pulsão de morte. É assim que morde e é mordido pela pulsão de morte” (ALBERTI; SANTOS; BATTEILLE, 2018).

Esse supereu, enquanto voz de Deus, enquanto Shofar, “levará Lacan, anos depois do seu Seminário sobre a Angústia, a identificar o Outro com o *a* do qual emana o *Genuss* – o supereu como meio de gozo – a que Freud já se referia no contexto da melancolia” (ALBERTI; SANTOS; BATTEILLE, 2018). Trata-se de uma lei gozosa¹⁰.

Lacan desenvolverá o aparelhamento do gozo com a linguagem, em *O seminário 17: o avesso da Psicanálise (1969-70)*. Nessa época, Lacan avança suas elaborações sobre o campo do gozo, a partir da teoria dos discursos. Afirma: “Não há nenhuma realidade pré-discursiva. Cada realidade se funda e se define por um discurso” (LACAN, 1972-73/1985, p. 45). Propõe como primeiro discurso o do Mestre, aquele que tem a própria estrutura da linguagem ($S_1 \rightarrow S_2$), sustentado pelo sujeito no lugar da verdade e tendo como produto o objeto *a*. Discurso que implica em que do gozo, aquele que se suporia total, só se tem acesso pelo que desse gozo resta, isto é, o objeto *a*. O discurso do mestre é o discurso civilizatório comandado pelos S_1 , significantes condensadores de gozo.

O Outro – que Lacan define como sendo a lei, gozo interdito, no seminário sobre a identificação – pode ser relido a partir do campo do gozo como o $S(A)$. Isto é, “esse Outro na medida em que aí se inscreve a articulação da linguagem, quer dizer a verdade, o Outro deve ser barrado, barrado por isso que qualifiquei há pouco de um-a-menos” (LACAN, 1972-73/1985, p. 177). O -1, gozo interdito, que ordena a realidade.

O Outro, enquanto lugar dos significantes, é necessariamente o lugar em que a lei se inscreve (A), lei que ordena a cadeia significante e, portanto, o desejo do sujeito que é desejo do Outro. A incidência da linguagem no vivente, transformando a necessidade em demanda, instaura, por um lado, a falta-a-ser, por outro, a falta-a-gozar (SOLER, 2018a), lastreadas na falta de um significante no Outro (A). A transformação do vivente em sujeito ($S \rightarrow \mathcal{S}$) implica em que doravante ele seja representado por um significante. Representação que advém dos significantes mestres, os significantes índice um, com os quais o sujeito se identifica e dos quais ele goza. Ou seja, é justamente essa ausência de um significante que represente o sujeito no Outro, a falta de um significante que diga o que ele é (seu ser), permite o deslocamento na cadeia pelos significantes que o representam para outros significantes. Desta forma, “o sujeito é representado junto ao significante do gozo ou o que marca o lugar do gozo” (SOLER, 2018a, p. 90), o que a autora escreve da seguinte forma:

$$\begin{array}{c} \underline{S_1} \longrightarrow S(A) \\ \mathcal{S} \end{array}$$

¹⁰ Conforme comunicação oral de Sonia Alberti em seu Seminário em Formações Clínicas do Campo Lacaniano do Rio de Janeiro, em 2018.

O significante é, portanto, aquilo que se inscreve do gozo, restando algo impossível de se inscrever. É o significante que faz ponto de basta, isto é, “que capitona, quer se motive do gozo, quer seja ele a causa, quer seja ele mesmo gozado” (SOLER, 2018a, p. 91).

Retomando as coordenadas de Lacan, no seminário sobre a identificação, no que tange a relação do Outro com a Coisa, dessa Coisa cujo gozo é interditado, Lacan (1961-62/2003, pp. 241-2, grifo nosso) aduz:

(...) o Outro está para ser, [portanto, não é]. Ele tem, ainda assim, alguma realidade, sem isso eu não poderia sequer defini-lo como lugar onde se desdobra a cadeia significante. O único Outro real, já que não há nenhum Outro do Outro, nada que garanta a verdade da lei, sendo **o único Outro real aquilo de que se poderia gozar sem a lei**. Essa virtualidade define o Outro como lugar. **A Coisa, em suma, elidida, reduzida a seu lugar, eis aí o Outro com O maiúsculo.**

A Coisa é, portanto, o que resta da mordida do Outro no ser¹¹. A resposta que advém da pergunta pelo desejo do Outro, *O que o Outro quer de mim?*, constitui a fantasia, implicando que o desejo do sujeito é o desejo do Outro. A existência do desejo, nos diz Lacan (1961-62/2003, p. 142), não exclui que se encontre o desejo do Outro real, sendo esse o “ponto em que nasce a angústia”. A angústia, Lacan a define: “é a sensação do desejo do Outro”. A posição original do sujeito é de ser objeto, não tendo ele mesmo objetos seus com os quais possa fazer frente ao Outro. Toda vez que o sujeito é lançado nesse lugar original, o de ser objeto do Outro, totalmente desamparado diante do desejo do Outro, a angústia sobrevém como sinal de perigo.

A angústia, tal como Lacan (1962-63/2005) a concebe em seu seminário dedicado a esse tema, diz respeito à relação do sujeito com o objeto *a*. Se, por um lado, essa relação implica a posição de gozo e determina o desejo do sujeito, sendo, portanto, absolutamente singular, por outro, a estrutura marca essa relação. Isto é, a constituição dessa relação vai depender, como desenvolvemos acima, do complexo de castração. Decorre de como o sujeito responde diante da castração: se recalçando, desmentindo ou recusando a representação ou, conforme Lacan (1958/1998a), o significante da castração, o falo.

Há, portanto, uma relação entre o singular de cada caso e o universal da estrutura. O fato de o sujeito ser psicótico ou neurótico implica em uma especificidade da relação do sujeito com o objeto *a*, ainda que essa seja da ordem do particular.

Verificamos na clínica que, assim como o sujeito neurótico pode obter na droga um recurso frente à angústia (BASTOS & FERREIRA, 2012) – ainda que esse recurso possa lhe

¹¹ Conforme comunicação oral de Sonia Alberti em seu Seminário em Formações Clínicas do Campo Lacaniano do Rio de Janeiro.

causar mais angústia –, também o sujeito psicótico pode fazê-lo. Alguns sujeitos psicóticos realmente se utilizam da droga para aplacar a angústia. Uma paciente, cuja hipótese diagnóstica é melancolia, dizia que as vozes a “tiravam do sério”. Uma vez chegou a pôr fogo no quarto e se trancar no armário, ela queria se “livrar” da profunda angústia diante do xingamento das vozes. Episódio que terminou em uma internação psiquiátrica. Mesmo fora de “crise” as vozes não a largavam, por isso acendia um “baseado” de manhã para mantê-la “tranquila”, pois “tranquilizava” as vozes.

Quanto à questão da angústia, nosso intuito é verificar a especificidade da relação do sujeito com o objeto *a* na psicose e, assim, podermos melhor cernir a angústia e o gozo na psicose. Na psicose a angústia não é de castração simbólica, pois não houve inscrição da castração no simbólico. Se não é a castração simbólica que produz a angústia na psicose, seria então a castração no real?

A clínica com as psicoses e com as toxicomanias nos coloca várias questões: é possível falar em castração real? A castração real seria a castração no real do corpo, e não no corpo simbólico? Em que medida o gozo no corpo, que implica o ato de se drogar, pode ter relação com a angústia?

Alguns autores falam das toxicomanias como uma tentativa de gozar que prescindia do falo (LAURENT, 1997; SINATRA, 1995). Essa afirmativa é corolário da definição de droga proposta por Lacan (1976a, p. 6), isto é, que ela é “o que permite romper o casamento com o pequeno pipi”. No relatório do Núcleo de pesquisa em toxicomanias e alcoolismo, por exemplo, encontramos a seguinte afirmação: “Tentam por meio de um objeto que escapa as determinações da função fálica, em termos de semblante, dar consistência ao gozo do Outro, como gozo no corpo, em um infinito que não podendo ser limitado pela função fálica, o é pela morte” (BENTES & GOMES, 1998, p. 27).

Clara Lucia Inem entende as toxicomanias como uma “prática do ‘Sou onde não penso’ como recusa do inconsciente. Ou seja, uma prática de ruptura entre o sujeito e o significante fálico, aquele que introduz a castração” (INEM, 1998, p.101). A droga, para Mauricio Tarrab, seria uma resposta a “essa inexistência que designamos como: não há relação sexual”, e, portanto, “Como solução, como um atalho que se furta (*se saltea*) ao significante, pondo aí um gozo peculiar, um gozo autístico, cínico, o tóxico vem no lugar dessa inexistência” (TARRAB, 1995, p.47). “Quando dizemos o toxicômano, falamos de uma figura de gozo”, sublinha Soler (1998, p. 50). Nesse sentido, a autora entende que a toxicomania pode ser considerada sintoma – *lato senso* – enquanto “um tratamento de gozo”.

Em que medida a tentativa de romper com o gozo fálico, na neurose, utilizando-se da droga, teria a ver com a angústia? Se para muitos o ato de se drogar diminui a angústia, para outros aumenta, como dizia um paciente, “fico paranoico”. E na psicose: se para o psicótico o gozo fálico já se rompeu de saída, que lugar para o gozo do uso de drogas? Se muitos psicóticos utilizam a droga como recurso que faz frente à angústia, então o estudo da angústia pode nos ajudar a melhor cernir esse uso que o psicótico faz da droga.

2.3 Psicose e toxicomania: um caso

Começemos por questionar sobre a angústia na psicose.

Se o cerne da angústia está no encontro com o objeto *a*, e se a natureza do objeto *a* é de ser perda, de ser resto da operação de separação, como situar a angústia na psicose, posto que o objeto *a* não cai? O psicótico recusa a castração, como diz Lacan (1967/2017), ele “carrega o objeto *a* no bolso”, enquanto que o neurótico a recalca, o que implica em que o Outro não contém o objeto *a*, ele lhe falta, e ao faltar abre as portas ao desejo, *Che Voi?*, tal como Lacan (1957-58/1999) articula na construção de seu grafo, em resposta a essa pergunta o sujeito constrói a fantasia ($\$ \diamond a$).

Do acompanhamento de Marco Aurélio¹², cuja hipótese diagnóstica é esquizofrenia, dois temas principais se impunham: a invasão das vozes que não deixavam de “implicar” com ele em momento algum – não davam trégua – e o fantasma da morte, que se presentificava através dos fantasmas que habitam sua casa, mas que fundamentalmente dizia respeito ao pai, à morte do pai e às mortes causadas pelo pai. Estas levavam Marco Aurélio a culpar seu pai pelo seu sofrimento e a ter que pagar pelos crimes do pai. Marco Aurélio tem o mesmo nome do pai, apenas acrescido da partícula Júnior.

No momento em que começamos a atendê-lo, Marco Aurélio estava com 38 anos; desde os 21 fazia tratamento psiquiátrico, diversas vezes já estivera internado, já era paciente do CAPSad há três anos e há dois não usava drogas. O pedido de que o atendêssemos se deu após um episódio em que ele ficara mostrando o seu pênis na sala de espera – onde várias esposas e mães dos pacientes do CAPSad esperavam o término de um grupo reflexivo, que acontecia naquele momento –, provocando uma grande confusão. Os pacientes queriam bater nele. Foi muito difícil para a equipe do dia contornar a situação e explicar aos pacientes que o que estava acontecendo não era devido ao uso de drogas.

¹² Nome fictício.

Marco Aurélio tem muito medo de voltar a ser usuário de drogas, até porque teme a reação da mãe: “se eu desequilibrar de novo ela acaba comigo” (sic). O paciente mora no “quintal” da família, onde tem sua própria casa. No mesmo quintal há também a casa da mãe, contígua à casa em que moram sua irmã e seu sobrinho. Todos “implicam” com ele. O sobrinho, não apenas implica, mas bate, e bastante: mais de uma vez Marco Aurélio chegou bem machucado no CAPSad.

Sua fala dá a impressão de ser pulverizada, pula de uma coisa à outra, sendo interrompida a todo o tempo pelas vozes que lhe dão ordens ou que discutem. Na realidade, ele observa, elas falam em outra língua, a língua de seu próprio mundo, um mundo que ele chama de “criminal” – palavra que pronuncia em inglês –, e que é composto por outras palavras, de forma que, muitas vezes, ele próprio não entende o que as pessoas dizem. Diz para a analista: “Por exemplo, você. Você fala, mas fala muitas palavras que eu não entendo, escuto uma palavra do meu mundo, mas sei que não é isso que você está falando, é muita coisa, fico muito cansado”.

A fala, de acordo com Lacan, referenciado a Saussure, implica em uma diacronia e uma sincronia. A sincronia diz respeito ao conjunto da língua, poderíamos dizer, ao Outro na qualidade de tesouro dos significantes. Já a diacronia se refere ao discurso, que tem uma linearidade, mas, segundo Lacan (1955-56/1988, pp. 66-7), “não é de todo exato que seja uma simples linha, é mais provavelmente um conjunto de várias linhas, uma ninhada”. A sincronicidade do significante se caracteriza “na fala delirante por uma modificação [...] alguns de seus elementos se isolam, tornam-se pesados, ganham um valor, uma força de inércia particular, carregam-se de significação, simplesmente, de uma significação”. Peso esse que deixa Marco Aurélio absolutamente cansado.

Lacan elege as palavras da língua fundamental de Schreber, entre os inúmeros exemplos de suas memórias, para ilustrar a sincronicidade na psicose. Assevera que Schreber sabe bem como distingui-las, assim como Marco Aurélio, cujo mundo tem uma língua própria, mas “nem sempre compreende bem” (LACAN, 1955-56/1988, p. 67) as palavras. Sob outra perspectiva, Marco Aurélio demonstra que o psicótico não compreende bem a língua que fala, ou seja, sente dificuldade de participar do senso comum, do discurso, uma vez que este segue uma norma. Normatização dada pelo falo que permite concatenar as várias linhas da ninhada.

Apesar de toda a dificuldade, Marco Aurélio vem contando sua história, diz que precisa muito das consultas: “O que você faz? Como trabalha? Você não dá conselhos..., então faz o quê?”; e ele mesmo responde: “dá consulta”. Identifica as diferenças na maneira

de trabalhar da analista em relação ao que experimentara nos anos anteriores de tantas internações, e começa a se interessar pela escuta dela. Diz que esse tratamento psicológico é diferente, quer saber o que é problema psicológico, e continua “brincando” com a palavra psicológico até chegar em “psisma”, e, depois “cisma”; conclui: “sofro de cisma, cisma com o ventilador, com a geladeira, com a minha mãe..., mas eles implicam muito”. Principalmente o ventilador que fica contando a vida de Marco Aurélio.

Sobre sua história, relata ter nascido assim, “sem entender as palavras”. Aos quatro anos, a televisão falou com ele, eram palavras que ele não entendia. Aos oito anos, contou o fato para sua mãe. Diz que até seu pai morto fala com ele na televisão, é “sinistro”, e pergunta: “como é que um morto se apodera da televisão?” “Mas ele faz”.

Submetido às alucinações verbais, em que a voz não está perdida como objeto (QUINET, 2012, p. 40), o caso de Marco Aurélio nos permite verificar o sofrimento causado pela não efetivação da castração no simbólico, quando “o Outro contém o objeto *a* – sob a forma de voz e/ou de olhar”, um sofrimento “sinistro” (sic), que causa muita angústia.

Em *O Seminário, livro 3: as psicoses*, Lacan (1955-56/1988) chama a atenção para o fato de que os fenômenos elementares da psicose se dão na fala. A alucinação verbal não corresponde à mensagem que o sujeito recebe de forma invertida do Outro. “Na fala delirante o Outro está verdadeiramente excluído” (p.65). Chamamos a atenção para o fato de essa frase de Lacan ter sido retirada do seminário sobre as psicoses e que os desenvolvimentos que ele fará sobre o conceito de Outro nos permitem dizer que não há fala em que o Outro esteja excluído. Miller (2009) faz uma interpretação sobre essa proposição de Lacan. Ele nos diz:

(...) quando Lacan traz a alucinação, é por distingui-la dos fenômenos interpretativos, ou seja, a alucinação é sem o Outro. Ela não é feita para um Outro, não é determinada pelo discurso do Outro, ela é insituável, por isso mesmo não encontra sitio no Outro. Lembremos que, em contrapartida, a paranoia se estabelece sobre uma relação sólida com o lugar do Outro e, como dirá Lacan mais tarde, consiste mesmo em identificar o gozo como lugar do Outro (MILLER, 2009, p. 47)

O texto de Luiz Izcovich (2002), também aborda essa exclusão do Outro proposta por Lacan (1955-56/1988). Izcovich (2002, p.55) se refere à “modalidade da mensagem que o sujeito recebe” (p.55), como sendo aquilo que caracteriza a psicose. Retomado a alucinação do significante porca, da paciente que Lacan toma como exemplo no *Seminário, livro 3: as psicoses* (1955-56/1988), Izcovich (idem) afirma que “segundo Lacan, o sujeito nesse caso não recebe sua mensagem de forma invertida como na neurose, mas diz sua mensagem para o outro ou recebe sua própria mensagem sem inversão”. A “emergência do significante no real” (idem, p.54) é própria à estrutura da psicose. Ao pensar a relação do paranoico com o Outro,

Izcoovich vai diferenciar a esquizofrenia da paranoia, afirmando que a “experiência do esquizofrênico demonstra que o Outro não existe” (idem, p.56), o que não se pode sustentar para o paranoico.

Podemos pensar que nesse ponto Lacan quer ressaltar a relação narcísica, o circuito imaginário do fenômeno alucinatório, e mesmo o retorno daquilo que foi foracluído do simbólico como concernente ao real. O que marca esse fenômeno, de acordo com Lacan, é a perplexidade. Verificado no sentimento de Marco Aurélio, que fica perplexo com a possibilidade de mortos falarem na televisão. A mensagem circula no circuito imaginário a-a’, sendo o outro o próprio sujeito, a mensagem do outro é sua própria mensagem.

Lacan exemplifica o que ocorre com a mensagem na psicose servindo-se da alucinação verbal narrada por uma paciente que ele havia entrevistado. A paciente lhe conta o seguinte: “*Eu disse: — Eu venho do salsicheiro, e ele me disse: — Porca*” (LACAN, 1955-56/1988, p.62, grifo do autor). O “ele” se refere ao amante de sua vizinha, a quem ela supõe ter dito sua própria mensagem. Aduz Lacan (idem, pp. 63-4):

Em outros termos, quando um fantoche fala, não é ele que fala, é alguém que está atrás. A questão é saber qual é a função da personagem que se encontra nessa circunstância. O que podemos dizer é que, para o sujeito, é manifestamente alguma coisa de real que fala, ela recebe sua própria fala, mas não invertida, sua própria fala está no outro que é ela mesma, o outro com minúscula, seu reflexo no espelho, seu semelhante. *Porca* é replicado, toma lá dá cá e não se sabe quem vem primeiro (grifo do autor)

Mensagem que retorna do exterior, como já havia demonstrado Freud (1911 [1910]/2005), e que podemos ler com Lacan, do real. Retorna do que é exterior ao Outro como lugar do significante, isto é, do que *ex-siste* ao simbólico. Retorna nesse outro encarnado, nesse semelhante (a-a’), mas o que retorna é a voz, que a posteriori com o seminário sobre a angústia (LACAN, 1962-63/2005), podemos dizer, é o objeto *a*.

O objeto *a* comparece ali onde não deveria haver nada. Na neurose, a angústia é concomitante ao aparecimento do objeto *a* no campo da realidade, na falta da falta, pois a realidade na neurose comporta uma falta, a castração. A voz da consciência martiriza o sujeito, “fica uma voz de um lado da cabeça, assim, nesse ouvido, e outra aqui, nesse outro... como se fosse um diabinho, sabe?”, dizia um paciente mostrando tanto sua divisão quanto a angústia provocada pelo supereu como instância vocal. Uma voz que dizia que ele devia usar droga e outra que tentava impedi-lo.

A realidade na psicose não comporta a falta, a falta da falta é de estrutura. O sujeito padece dos efeitos da voz, “ele sofre os efeitos das injunções do supereu, cuja voz ele pode

atribuir a um outro personificado, por exemplo, um perseguidor” (QUINET, 1997, p. 68).
 Onde podemos inferir que:

É essa voz que aparece na alucinação com um objeto do Outro – a voz do Outro. A voz alucinada mostra bem a característica do objeto *a* de ser “amboceptor”, segundo uma expressão de Lacan, pois se encontra em um lugar topológico situado entre o sujeito e o Outro sem pertencer a nenhum deles. (QUINET, 1997, p. 68).

Por ser um sujeito esquizofrênico, o retorno da mensagem, no caso de Marco Aurélio, se dá de forma diferente da paciente de Lacan que ouviu “*Porca*”. O eixo narcísico não se sustenta como na paranoia. Desde Freud, sabemos que se trata de um retorno ao autoerotismo. Há um abandono “dos investimentos de objeto e se reproduz um estado de narcisismo primitivo, carente de objeto” (FREUD, 1915/2006b, p. 194). O sujeito, como vimos, é nesse momento originário ele próprio o objeto do Outro.

Marco Aurélio não conta com o duplo especular, ele não tem um “eu forte”. Não há um significante que o represente tal como na paranoia, na qual justamente esse eu é forte por haver uma identificação a um significante do Ideal. Essa falta de representação, como bem lembra Maria Anita Carneiro Ribeiro (2002, p. 136), “traz problemas para a solidez da constituição do eu como imagem especular”. Ainda que o pai morto fale na televisão – e, nesse caso, ele não corresponde ao pai simbólico, é um pai que não porta a lei, justamente por isso pode se apoderar da televisão –, suas alucinações se multiplicam em uma pluralidade de objetos que falam ao mesmo tempo, o que corresponde ao estilhaçamento do espelho narcísico, isto é, do próprio eu. Como dito anteriormente, a cisão do eu na esquizofrenia é seu despedaçamento.

Um outro paciente, a quem chamaremos Al.,¹³ nos conta sobre seu anseio de “voltar a ter um eu normal”, diz que o que ele mais quer é seu “eu de volta”. Explica que antes de adoecer ele tinha “apenas um eu, um eu normal”. Seu eu passou a ser muitos eus, todos olhando para ele, o vigiando. Seu próprio olho “não é mais um olho normal”, é uma câmera que filma tudo o que ele faz, o tempo todo. Ele era um “vigia armado”, ele “via tudo”, agora que seu eu não é mais normal, “Ela” – como ele denomina a pessoa que comanda todos os outros que o vigiam, corresponde a “uma grande organização, Ela comanda a internet”, “Ela tem olhos em todos os lugares” – não o perde de vista. Diferentemente de Marco Aurélio, a pluralização dos eus e dos outros demonstra justamente que seu narcisismo se mantém mesmo se seu eu “não é normal”, pois é plural.

¹³ Um fragmento desse caso foi trabalhado no Capítulo 1.

Por um lado, o paranoico se faz representar por um significante, porquanto há um significante do desejo da mãe, isto é, da operação de alienação resta um significante que vem representar o enigma do desejo da mãe, do qual advém a sustentação narcísica do sujeito. Como a não efetuação da operação de separação, a operação de alienação fica comprometida: o significante do desejo da mãe fica retido – tal como desenvolveremos posteriormente neste trabalho. Por outro lado, o paranoico não tem o significante da falta que adviria da operação de separação. O falo está foracluído do simbólico. “Daí a multiplicação dos olhares, que se pode escrever $a/$ (Fo =infinito)” (QUINET, 2002a, p. 23).

Retomemos a história de Marco Aurélio. Se aos quatro anos ele deixou de entender uma parte das palavras, aos dezoito, quando entrou para a “boca” e começou a usar muita droga, “perdeu” o entendimento da outra parte das palavras. O não entendimento das palavras o levou ao não entendimento da existência. Podemos fazer a hipótese de que o uso intenso de drogas nessa época tenha sido uma forma de Marco Aurélio lidar com esse primeiro surto psicótico. Uma tentativa de remediar a angústia diante da perda do sentimento de existir. Talvez tenha encontrado uma forma de se fazer existir como drogado.

Marco Aurélio conta que queria ser “bandido”, mas os traficantes achavam que ele não servia, achavam ele “doido”. “Doido não trabalha direito”, os traficantes, dizia ele, “não gostam, porque doido faz confusão”. Então ele resolveu ficar “doidão”.

A intensificação do uso de drogas culminou em sua primeira internação, cujo intuito era tratá-lo da “dependência química”. Fato que corrobora o que frequentemente assistimos no CAPSad, isto é, que muitos adolescentes são internados pelo uso de drogas, mas efetivamente trata-se do desencadeamento de uma psicose.

Aos 21anos, Marco Aurélio foi internado pela primeira vez, do quê ele atribui que desde então as coisas não têm existência, a mãe dele não existe, a psicóloga não existe, nem mesmo ele existe, o mundo não existe.

A tese de Freud em seus dois textos, *Neurose e psicose (1924)* e *A perda da realidade na neurose e na psicose (1924)*, é que “A neurose é resultado de um conflito entre o eu e o Isso, enquanto que a psicose é o desenlace análogo de uma similar perturbação nos vínculos entre o eu e o mundo exterior” (FREUD, 1924 [1923]/2006, p.155). Na psicose, a introversão da libido se dá no eu, diferentemente da neurose, em que a mesma introversão faz a libido retornar os objetos da fantasia. A perda da realidade na neurose é reconstruída com o material da fantasia, enquanto que “cabe duvidar que o mundo da fantasia desempenha o mesmo papel na psicose” (FREUD, 1924/2004, p.197).

Esse retraimento da libido no eu, que equivale à retirada da libido dos objetos, é, segundo Soler (2016, p. 20), “bem parecido àquilo que Lacan nomeia desordem no sentimento da vida”. Em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses* (1958), Lacan se refere ao “assassinato d’almas” no texto de Schreber da seguinte maneira: “Está claro que se trata aí de uma desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida no sujeito” (LACAN, 1958/1998b, p. 565). Essa desordem no sentimento da vida faz com que, para Marco Aurélio, o mundo não exista.

É desde seu seminário sobre as psicoses que Lacan (1955-56/1988) observa como única possibilidade para o sentimento da existência, a *Bejahung* fundamental, dada pela inscrição do Nome-do-Pai no simbólico.

Previamente a qualquer simbolização – essa anterioridade não é cronológica, mas lógica – há uma etapa, as psicoses o demonstram, em que é possível que uma parte da simbolização não se faça. Essa etapa primeira precede toda a dialética neurótica que está ligada ao fato de que a neurose é uma palavra que se articula, na medida em que o recalçado e o retorno do recalçado são uma só e mesma coisa. Assim pode acontecer que alguma coisa de primordial quanto ao ser do sujeito não entre na simbolização, e seja, não recalçado, mas rejeitado” (LACAN, 1955-56/1988, p. 97).

Rejeitado, aqui absolutamente foracluído do simbólico, o Nome-do-Pai, no caso Marco Aurélio, retorna do real como as vozes comunicando pela televisão, por exemplo. E apesar de todo o mundo de Marco Aurélio girar em torno do pai, como ele mesmo o diz de forma clara – seu mundo é “criminal” porque seu pai era bandido no Rio de Janeiro – esse pai não adquiriu, em nenhum momento, a função simbólica de sustentá-lo como seu filho. Seu pai “era ruim, matava e mataram ele”. Diz que sofre por ser filho de seu pai e de sua mãe. Conta que quando estava com 11 anos, perto da época em que seu pai morreu, havia ido visitá-lo no Rio de Janeiro – pois morava em outro município do mesmo Estado. Lá, os bandidos não podiam deixar seu pai vivo porque ele tinha um filho de 11 anos “e bandido não pode ter filho de 11 anos”. Nem mesmo os bandidos, conforme a fala de Marco Aurélio, supunham ao pai a possibilidade de sê-lo. Durante o enterro do pai ele vestiu “roupa de homem”, os bandidos estavam olhando para ele, observando, ele é “filho homem de bandido” – Marco Aurélio pensa que eles queriam saber se ele ia tomar o lugar do pai. São também os fantasmas mortos no crime cometido por seu pai que povoam sua casa, diz que não aguenta mais aquele falatório, é “sinistro”.

Quando seu pai lhe fala através da televisão é para impedi-lo de olhar para uma mulher. Quando o pai não sustenta o filho como seu, tampouco lhe abre a possibilidade de ser homem, daí a necessidade de assumir apenas essa roupagem no enterro dele. Se ele não existe, ele não é, e ao não ser, tampouco é homem. Daí o empuxo-à-Mulher (LACAN,

1973/2003), do qual Marco Aurélio claramente testemunhou. Em uma sessão pergunta se a analista falou “Imbauba”, logo diz “é palavra do meu mundo”, e continua: “é palavra de mulher, quando uma mulher... a mulher sou eu, viro mulher”. Refere-se então ao momento de sua primeira internação, quando, segundo ele, o policial foi matá-lo e o fez falar uma palavra que não podia ser dita, “pegou algo da minha cabeça”. Desde então ele não pode olhar para as mulheres, está “cortado”. Diz, com muita tristeza, que está “cortado” desse mundo, “logo eu, que adoro viver!, mas é muito sofrimento”. Relata duas represálias caso olhe para uma mulher: a primeira é que seu pai vai falar com ele na televisão; e a segunda, ele não vê a mulher, mesmo que olhe, pois tem uma “tela” nos olhos.

Quanto à mãe, Marco Aurélio é absolutamente ambivalente, a ama e a odeia. Diz: “ela faz tudo para mim”; também diz: “Ela me odeia, ela nunca me quis, ela quer que eu morra, implica comigo o tempo todo”. Em consequência da forclusão do Nome-do-Pai do simbólico, Marco Aurélio, pai, não foi capaz de impor uma lei a esse gozo da mãe que o filho interpreta como mortífero. Sua angústia, que é enorme, o levou, por muito tempo, a apenas conseguir dormir quando escutava música num volume extremamente alto, de tal forma que todo o resto se calava, apaziguamento vindo das letras em inglês.

Conforme nos lembram Alberti e Ribeiro (2012, p.199), “a castração é uma operação simbólica na neurose, mas na psicose é uma operação real, isto é, o sujeito tenta realizá-la no real, automutilando-se, por exemplo”. A angústia, no caso de Marco Aurélio, comparece tanto diante da voz do pai que aparece na televisão interditando o seu olhar na direção das mulheres, uma vez que não há interdição simbólica, quanto diante da possibilidade de que a mãe “acabe” com ele. Podemos dizer: angústia diante do gozo do Outro? O sujeito no lugar do objeto a ser “acabado”, “morto”? Essa angústia se torna perigosa, quando, diante dos aparelhos eletrodomésticos que relatam sua vida, recebe deles a ordem para que se mate ou mate sua mãe.

Em seu livro *4+1 condições para a análise*, Quinet (1993) nos orienta para um diagnóstico estrutural na psicanálise, a partir de duas perguntas: qual a relação do sujeito com o Outro e qual a sua relação com o gozo? É somente a partir do estabelecimento da transferência que podemos respondê-las. O caso Marco Aurélio testemunha tal fato de forma límpida, pois não fosse a transferência com essa “psicóloga” que trabalha de forma diferente, jamais Marco Aurélio teria dito tudo o que trouxe às suas sessões. A relação dele com o Outro era absolutamente angustiante, porque esse Outro não era barrado, era ou matador ou mortífero, conforme fosse o pai ou a mãe.

E de que maneira podemos responder à pergunta sobre o gozo, no caso? Para responder a essa pergunta, julgamos necessário introduzir a questão sobre o objeto *a* na psicose. Alberti e Ribeiro (2012, p. 197-8) mostram, a partir de um caso, a relação de um sujeito paranoico com o objeto *a*. Nele, “O olhar é característica comum em todos os seus ‘sintomas’ (...) e a evacuação aquilo que dava alívio a sua angústia (...), o olhar e as fezes são as versões do objeto *a* que se sobressaem”. Sendo a condição do objeto *a*, citando Lacan (1957-58/1999), que ele seja “destacável”, as autoras introduzem a seguinte questão:

(...) se os objetos *a* têm em seu cerne um vazio, que é o vazio da castração, como pensar o objeto *a* na psicose, clínica em que, como é sabido, a castração não opera – haja vista o esquema I, da psicose de Schreber, em que Lacan (1957-58/1999) é explícito ao afirmar que falta a falta, ou $\Phi 0$? (ALBERTI & RIBEIRO, 2012, p. 199).

Apoiadas na tese de Soler (2002) e associando-a as de Neusa Souza Santos (1991), as autoras propõem uma especificidade do objeto *a* na paranoia:

(...) o sujeito faz a simbolização primordial no *fort-da* que corresponde ao primeiro momento lógico da perda do objeto, na alienação; e o sujeito se depara com o desejo do Outro (DM/x) que, num primeiro momento, não deixa de ser enigmático, condição para a separação. Entretanto, como na psicose a forclusão do Nome-do-Pai compromete a operação de separação, acaba por também comprometer, retroativamente, a de alienação, escolha forçada que se supõe a todo falante, mas que só se efetiva a posteriori, com a significação da castração implicada na separação. Só neste a posteriori é possível diferenciar alienação de petrificação significativa ou congelamento significativa, a que o psicótico está destinado (ALBERTI & RIBEIRO, 2012, p. 200).

A diferença é que na paranoia há um significante do desejo da mãe, conforme vimos acima. Esse significante, entretanto, não é suficiente para que haja operação de separação. Também na paranoia não há extração do objeto *a* do campo do Outro, mas há o “significante retido na paranoia que Lacan pode desenvolver a partir da holófrase — quando a primeira dupla de significantes, S1 e S2, se solidifica, se holofraseia” (ALBERTI & RIBEIRO, 2012, p. 200). Isso significa que a “construção do sistema delirante autoriza que um intervalo feito de significantes se instale entre o psicótico e seu Outro, ou melhor, o delírio é esse intervalo” (SANTOS SOUZA, 1991 *apud* ALBERTI & RIBEIRO, 2012, p. 200).

Na paranoia, o sujeito tem um “eu forte”, pois “A paranoia consiste, e sua consistência se apoia, como não poderia deixar de ser, no imaginário: o ideal do eu encobre a forclusão do Nome-do-Pai e permite ao sujeito amarrar-se no falso nó de trevo, no qual os três registros estão em continuidade” (RIBEIRO, 2002, p. 139). Diferentemente, na esquizofrenia “a ausência de um significante que represente o sujeito traz problemas para a solidez da constituição do eu como imagem especular” (*idem*, p. 136).

O caso Marco Aurélio aponta que, ao estar foracluído do simbólico, o Nome-do-Pai retorna do real a partir da presentificação do objeto *a*, nesse caso, como voz. No caso apresentado por Alberti e Ribeiro, o paciente lidava com a demanda do Outro fazendo listas enquanto evacuava. Algo caía, as fezes, separação que lhe dava alívio, ainda que não uma separação simbólica. No caso de Marco Aurélio falta um recurso desse tipo. Mas, a falta de sentido da palavra em inglês das músicas lhe permite uma trégua no excesso de sentido da falação dos outros, do ventilador, da geladeira etc.

Na neurose, a lei do pai se inscreve, isto é, há a efetivação da metáfora paterna, tendo como resultado a castração e, portanto, a extração do objeto *a* do campo do Outro. Essa operação de separação, tal como Lacan a demonstra, em *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*, utilizando os círculos de Euler, tem como produto a separação do objeto, tanto no campo do Outro como do próprio sujeito. Disto resulta a possibilidade da construção da fantasia — que Lacan matematiza ($\$ \diamond a$) — como tela da realidade. Quer dizer que o sujeito só terá acesso tanto ao gozo como ao desejo a partir da fantasia. O sintoma é, nesse caso, uma formação de compromisso. É, como nos diz Freud (1916-17/2005b, p. 333), “um substituto para a satisfação frustrada”, portanto, comporta um gozo, motivo pelo qual é tão difícil abrir mão dele.

Lacan articula esse compromisso nos seguintes termos: na neurose, o recalçado e o retorno do recalçado coincidem:

(...) quando uma pulsão, digamos feminina ou pacificante, aparece num sujeito para quem a dita pulsão, já foi posta em ação nos diferentes pontos de sua simbolização prévia, em sua neurose infantil, por exemplo, ela encontrou o meio de se exprimir num certo número de sintomas. (LACAN, 1955-56/1988, p. 103).

Há um compromisso, pode-se dizer um compromisso simbólico, e o que aí foi recalçado retorna como sintoma. Donde conclui Lacan que a neurose se caracteriza justamente pelo fato de que aquilo “que não se quer ver”, ou poderíamos dizer, aquilo que não se quer saber é “ao mesmo tempo o mais evidente” (LACAN, 1955-56/1988, p. 104).

A efetivação da metáfora paterna é a condição do sintoma como metáfora, metáfora da carne, índice do sujeito. “Na neurose o sintoma é um símbolo escrito na carne e participa da linguagem através da ambiguidade semântica de sua própria constituição” (QUINET, 1997, p. 113). Diferentemente, na esquizofrenia o que se apresenta não é uma metáfora, mas uma linguagem de órgão, tal como Freud a conceituou no texto sobre *O inconsciente (1915)*. A concepção do sintoma como metáfora nos remete ao estatuto do objeto *a*, a partir de *O Seminário, livro 10: a angústia (1962-63)*, como esse resto que implica uma perda, perda de

algo que diz respeito ao corpo, esse objeto *separtido*. Conforme sublinha Colette Soler (2012, p. 13):

Esse corte se dá no corpo; é esse objeto seccionado que causa o desejo como *desejo de corpo*. A queda (ou corte do objeto) é chamado por Lacan de “separação”, que se dá no real, ao nível do corpo, o que por sua vez, é correlativo à separação entre S e a .

Na lição de 9 de janeiro de 1963, intitulada na tradução para o português como “Revisão do Status do Objeto”, Lacan (1962-63/2005 p.103) retoma a “função fundamental do estádio do espelho na instituição do campo do objeto”, mostrando que a relação com o outro imaginário introduz a mediação de “um objeto comum, objeto de concorrência cujo status decorre da ideia de posse – ele é seu ou meu”. Objetos que podem ser partilhados ou não.

Existem, portanto, os objetos do mundo, partilháveis, contáveis, e existem aqueles que fazem série, que Lacan começa a nomear com o falo, o címbalo e o mamilo, incluindo depois o olhar e a voz, objetos que são as vestimentas do objeto a , tal como resume Colette Soler (2012, p. 62): “esse objeto a (sendo $4 +$ o falo), que corresponde ao que ele chama de as cinco formas de perda”, já que “a essência do objeto a é a perda”. O objeto a é, então, ao mesmo tempo causa do desejo, posto que sem ele não haveria os outros objetos, como objetos de troca, esses objetos aos quais o desejo se dirige, mas é também “a metáfora do sujeito de gozo, o que resta dele” (idem, p. 13).

Podemos pensar então o sintoma, a metáfora que constitui a neurose, como aquilo do qual o sujeito se serve para lidar com a falta real instituída pela ação do simbólico sobre o real, e que doravante se torna uma falta simbólica. Indo um pouco adiante na teoria lacaniana, esse sintoma seria o quarto nó que entrelaçaria os três registros: real, imaginário e simbólico.

A clínica psicanalítica, no que se refere à neurose, tem como índice o desejo, na medida em que, tal como Freud o formulou, é o desejo que põe em movimento o aparelho psíquico. No que diz respeito ao tratamento psicanalítico, seja a partir das primeiras articulações teóricas de Lacan, isto é, no campo da linguagem, Quinet (2006) nos esclarece bastante. Diz ele:

(...) com a metonímia, como lei do desejo, Lacan situa a direção do tratamento (transferência e interpretação) no campo da linguagem. Desta feita, ele deduz que o desejo é sua interpretação e que a demanda está implícita em todo ato de fala na transferência, assim como o sintoma é uma metáfora que contém uma mensagem vinda do Outro, da outra cena, do inconsciente. (QUINET, 2006, p. 25).

Assim como Freud, após percorrer os avatares da libido, bem como do desejo e da demanda que nela se articulam, demonstra a atuação da pulsão de morte, essa pulsão muda que não faz estardalhaço, diferentemente de Eros (FREUD, 1920/2006), mas que se presentifica como compulsão à repetição. Também Lacan, após retomar o campo da fala e, portanto, do inconsciente estruturado como uma linguagem, entra no campo do gozo, daquilo que escapa à linguagem sem, entretanto, prescindir dela (BASTOS & FERREIRA, 2012).

Sobre as articulações mais tardias na teoria de Lacan, referentes ao campo do gozo, novamente nos servimos das palavras de Quinet (2006, p. 27):

O gozo, enquanto tal, não se deixa apreender totalmente, ele está sempre extravasando, transbordando, escapando. O gozo vaza como o tonel das Danaides, que, contendo um furo, as obriga a enchê-lo sempre sem jamais o completarem. Ele se encontra no ato de se coçar e até mesmo de se incendiar com gasolina, como os bonzos. Não há limite para o gozo; ele não se deixa reduzir ao sexo, pois não se deixa aprisionar pelo significante fálico. O que não quer dizer que seu campo não seja estruturado.

Em *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise (1969-70)*, Lacan (1969-70/1992, p. 12) faz referência ao seu seminário do ano anterior: “*De um Outro ao outro*, intitulei-o”, e afirma, “esse outro o pequeno, com seu tom de notoriedade, era o que designamos nesse nível, que é o da álgebra, de sua estrutura significante, como objeto *a*”. Parece, então, que o Outro começa a ceder, de seu lugar privilegiado que tinha no campo da linguagem, a isso que dele resta, o pequeno *a*, que vem ganhando relevo, não só como causa de desejo, mas como mais-de-gozar. Lacan se refere ao real como sendo a estrutura: “A estrutura deve ser tomada no sentido em que é mais real, em que é o próprio real [...] A estrutura, portanto, é real. Em geral, isso se determina pela convergência para uma impossibilidade. É por isso que é real” (LACAN, 1968-69/2008, p. 30).

Ao se referir à relação sexual, Lacan se utiliza do teorema de Gödel, cuja inconsistência no campo da matemática é afirmada. Teorema com o qual ele se instrumentará quando for subverter a lógica de Aristóteles na construção das fórmulas da sexuação. O real marca o impossível da relação sexual. Frisa que no que diz respeito ao posicionamento sexual e, portanto, ao gozo sexual: a referência é à lógica da castração e àquilo que dela resulta, o falo. Onde o gozo sexual é para os seres falantes gozo fálico. “Este é, nomeado, o ponto que cobre a impossibilidade da relação sexual como tal. O gozo, enquanto sexual, é fálico, quer dizer, ele não se relaciona ao Outro como tal” (LACAN, 1972-73/1985, p. 18-9).

Tomando a copulação como ponto de partida, Lacan demonstra que se tem algo que não está em jogo no gozo sexual é a reprodução, e nos adverte:

(...) a lógica freudiana, se assim posso dizer, indica-nos com clareza que não pode funcionar em termos polares. Tudo o que ela introduziu como lógica do sexo decorre de um único termo, que é realmente seu termo original, que é a conotação de uma falta, e que se chama castração. Esse menos essencial é de ordem lógica, e sem ele nada pode funcionar. Tanto no homem quanto na mulher, toda a normatividade se organiza em torno da transmissão de uma falta (LACAN, 1968-69/2008, p. 216).

Advertência que se repete em *...Ou Pior (1971-72)*, referindo-se ao engodo de se tomar o sexual como a reprodução no sentido biológico do termo. Se há algo a que o sexo não visa é a reprodução. O que há de sexual no homem não é dado pelo biológico, e sim pela linguagem. Lacan chama a atenção para o fato de que por vezes se fez anedota do termo castração, mas ela, a castração, é o cerne da lógica freudiana.

Freud, em *O eu e o Isso (1923)*, nos diz que o eu é, antes de tudo, corporal. “O corpo é uma superfície” (FREUD, 1923/2006, p. 27). As superfícies no que tange à topologia são contadas por seus furos. “O corpo é esse campo topológico que Freud já contava em furos quando identificava explicitamente, o corpo, ele mesmo, como zona erógena” (ALBERTI, 2004, p. 39).

Para a psicanálise, não se trata do corpo tal como definido pela biologia, cuja função sexual é subordinada à reprodução. O corpo toma consistência no imaginário, porém há um real do corpo e o significante que o marca. Como nos esclarece Alberti (2004, p. 46):

Como nos disse Lacan, a relação entre o imaginário e o corpo é que o corpo entra na economia do gozo pela via do imaginário, ou seja, na economia do gozo o corpo é imagem do corpo. Isso, contudo, não o identifica com o imaginário; o corpo que faz furo no simbólico não é a imagem do corpo, mas o corpo como superfície e projeção de superfície, o que se conclui como sendo o próprio sistema nervoso.

Pensar o corpo é essencial no que tange ao gozo fálico, uma vez que é justamente o gozo fora do corpo. Sendo a pulsão aquilo que se satisfaz no gozo, podemos pensar que sua fonte é o corpo, ainda que no gozo fálico se goze a partir da fantasia. É um gozo que jorra dos furos do corpo, à medida que a fala o introduz dá a *dit-mension* do corpo. Conforme Lacan, em *O Seminário livro 20: mais, ainda (1972-73)*:

Essa hiância inscrita no estatuto mesmo do gozo enquanto diz-mansão do corpo, no ser falante, aí está o que torna a brotar em Freud por esse teste — não preciso dizer mais nada — que é a existência da fala. Aonde isso fala, isso goza. E isso não quer dizer que isso saiba de coisa alguma, porque, mesmo assim, até nova ordem, o inconsciente nada nos revelou sobre a fisiologia do sistema nervoso, nem sobre o funcionamento da ereção, nem sobre a ejaculação precoce (LACAN, 1972-73/1985, p. 156).

Ao falar do impossível de inscrever a relação sexual, Lacan (1972-73/1985, p. 164) aduz:

É por aí que se faz a abertura pela qual o mundo vem a ser nosso parceiro. É o corpo falante, no que ele só pode chegar a se reproduzir graças a um mal-entendido do seu gozo. O que quer dizer que ele só se reproduz graças a uma rata do que ele quer dizer – isto é, como bem diz alíngua, seu sem-tido — é seu gozo efetivo. E é ao rateá-lo que ele se reproduz — quer dizer, ao preparar.

Enquanto que a relação sexual é impossível, tal como Lacan formaliza nas fórmulas da sexuação, posto se tratar de seres de fala, o falo é o que permite o acesso ao gozo sexual.

De todo modo, é porque o corpo é estruturado como superfície e o inconsciente como linguagem, que o gozo determinado pela significação inconsciente é um gozo fora do corpo — o gozo fálico. Essa significação inconsciente que determina o gozo fálico é efeito da separação entre as cadeias associativas e *das Ding*. Lacan o observa em a terceira (1974), deduz a distância entre o corpo e o gozo fálico da interposição do objeto *a*. (ALBERTI, 2004, p. 45).

A operação de separação não se efetua na psicose, assim o objeto *a* não cai como resto dessa operação. Por não ter acesso ao falo que resultaria dessa operação, o psicótico não tem acesso ao gozo fálico. Eis onde se inscreve o gozo na psicose e na toxicomania, o que, no caso Marco Aurélio, não encontra ponto de basta. Por não ser um gozo fálico, porquanto a referência ao falo está zerificada pela não inscrição do Nome-do-Pai no simbólico, é o Outro que goza dele, e ele não tem como barrá-lo.

Eis também o porquê de a droga muito servir ao sujeito psicótico: perder-se nela é uma forma de gozar à qual o sujeito, por sua estrutura, já está habituado. Mas, ao mesmo tempo, usá-la é uma tentativa de se separar do Outro, na medida em que é um gozo interdito, uma forma de tentar colocar o bastão na boca do jacaré (LACAN, 1969-70/1992), na boca do Outro, para que ela não se feche definitivamente sobre o sujeito.

2.4 Que tratamento possível ao gozo nas toxicomanias?

Tomemos outro fragmento clínico, à guisa de pensar a questão posta. Marcelo, como o chamaremos, vinha sendo atendido há mais ou menos um ano no CAPSad. Dentro desse período, esteve internado em uma clínica de recuperação para usuários de drogas, de cunho religioso, e, ao retornar da clínica, está às voltas com a abstinência.

A abstinência, segundo ele, é o único tratamento possível contra o uso que faz de cocaína. Sua fala: “Sexta-feira tive uma recaída, quando eu acordei já sabia, meu corpo estava trêmulo, comecei ir toda hora ao banheiro, fiquei muito enjoado, depois foi só manipulação, não tinha outro jeito, eu ia usar”. Questionado sobre o porquê de ir tanto ao banheiro, responde meio irritado: “você não sabe que essa doença é espiritual, física e psicológica? Eu

tenho dor de barriga, tenho enjoo, não tem jeito, quando começa você já sabe que vai ter que usar”.

Após a internação, ancorado no referencial do discurso religioso, esse paciente trava, o que ele denomina, uma “luta diária” contra seu “vício” que consiste em “usar cocaína e ver pornografia”. Acha que se ficar abstinente de pensar em sexo e cocaína (posto que os dois para ele são duas faces da mesma moeda, o que corrobora a ausência da referência fálica, no caso dele que é de psicose) ficará curado. O problema, de que ele próprio se dá conta quando diz “é uma luta perdida”, é que, após a internação a que nos referimos acima, seu sintoma se agravou, pois agora pensa o tempo todo na droga, quando acorda diz: “Deus me dê força para mais um dia de luta”, pois o uso de cocaína se intensificou e as “recaídas” passaram a ser frequentes. Ele está desesperado, pois nem mesmo sua filha de seis anos é motivo para impedi-lo a usar, nem o pedido dela de que o pai não saia, que não use drogas. Segundo ele, a menina já percebe seu comportamento quando começa o que ele denomina de “fissura”, mas nada o detém, ele fica “frio”. Essa frieza o apavora.

Além da angústia, tão presente na clínica com as toxicomanias, também o empuxo ao gozo é algo bastante relatado por quase todos os autores que trabalham nessa clínica, podemos citar, por exemplo: Jesús Santiago (2001) e os vários autores, dentre eles Sinatra, Sillitti, Tarrab et al. (1995), que se dedicaram a escrever *Sujeto, Goce y Modernidad*. É uma clínica na qual a pulsão de morte mostra sua face de maneira muito extensiva. Verifica-se muitas vezes um gozo sem freio, de modo que uma das direções para o tratamento é a possibilidade de algo que faça barra, que corte esse gozo (SANTIAGO, 2001). A aposta é que o discurso da psicanálise sustentado pelo desejo do analista permita ao sujeito um tratamento do gozo.

A clínica borromeana na neurose e o sintoma enquanto metáfora ou enquanto nó que amarra os registros leva em conta o fato de que por vezes o sintoma claudica, não dá conta. Temos, então, o desencadeamento da neurose e os sintomas conversivos ou obsessivos aparecem no corpo ou no pensamento, mas sempre implicando um sofrimento e em uma ‘desregulação’ do sujeito com relação ao desejo e ao gozo. Entretanto, o fato de estar desregulado não desfaz a amarração, o desejo permanente referido ao Édipo e o objeto *a* funciona como causa, pois desde sempre se fizeram presente de forma destacada. No caso das toxicomanias — podemos dizer como Freud (1927/2004a), em *Futuro de uma Ilusão* (1927) — a neurose está narcotizada.

O tratamento do gozo em pacientes neuróticos que têm uma relação pulsional desregulada com a droga implica, digamos, em recolocar “o bonde do desejo” nos trilhos, como em todo tratamento possível da neurose. O desejo é freio do gozo, desde sempre a

introdução da lei fálica, a partir da instauração da metáfora paterna, foi o que permitiu a instauração do desejo como resultado da inscrição da castração. Essa lei que dá acesso ao desejo implica em uma perda de gozo, tal como Freud (1913/2005) o articula no mito da ordem primeva, em que a morte do pai organiza o acesso ao gozo por intermédio da lei.

E no que tange as psicoses? Como pensar um freio ao gozo? Seja ele o das drogas, que de certa forma são uma tentativa de apaziguar o gozo do Outro, tanto no sentido de uma automedicação, como no sentido da identificação com o nome, “sou toxicômano”; ou ainda quando não mais recorrendo às drogas, como no caso de Marco Aurélio, o Outro o invade, “implica” com ele o tempo todo.

Se na psicose a operação de separação não se efetua e, portanto, não há extração do objeto *a* do campo do Outro, implicando que a castração não se inscreva no simbólico, como pensar os conceitos de desejo, fantasia e sintoma na psicose?

Sonia Alberti, em trabalho apresentado no VII Encontro da IF- EPFCL, em julho de 2014, relata o caso de um rapaz cuja hipótese diagnóstica é de psicose e que inicia sua experiência com as drogas na adolescência, momento de seu primeiro surto, caso que, segundo a autora, permite verificar no campo clínico o desejo e o *fallasser*. Diz ela:

Se, como se diz, a clínica da psicose não exclui o desejo, é preciso retomar as definições deste, tanto em Freud, quanto em Lacan, visando disjuntá-lo dos efeitos da castração simbólica — aquela que identificávamos, inicialmente, como abrindo a possibilidade de fazer surgir um sujeito desejante. Daí a pergunta: seria ainda em referência a castração? E de que castração se trataria no caso? (ALBERTI, 2014).

Segundo a autora, o desejo nesse caso “não é edípico, mas, por um lado, incrementa sua fantasia” (ALBERTI, 2014). É um caso que, diferentemente do de Marco Aurélio, tem um longo trabalho de análise e, portanto, como diz a autora, avança: “ele obtém recurso no jogo de *lalangue*, que lhe permite fazer alguma coisa com todos esses significantes mal-amarrados, do mesmo modo como Joyce se viu apaziguado com os textos que pode escrever”.

Parece, portanto, que o desejo nesse caso é efeito de uma amarração, não da amarração do Nome-do-Pai, da castração simbólica, recurso que o rapaz não tem, mas de um trabalho de amarração a partir da análise. Da clínica borromeana surge a indicação do tratamento de gozo nas psicoses a partir da construção de uma amarração singular que permita diminuir a angústia promovida pelo desencadeamento da psicose, isto é, pelo desenlaçamento dos registros real, imaginário e simbólico, antes enlaçados através de uma mera identificação imaginária. Trata-se de o sujeito poder inventar uma forma particular de estar na vida que lhe permita o reestabelecimento dos laços sociais. Uma amarração, um *sinthoma* que permita o estabelecimento do desejo, que, como bem esclarecido por Alberti (2014), nesse caso “não é

edípico”, mas nem por isso impede, ao contrário, “incrementa uma fantasia” que faça barra ao gozo invasivo do Outro. Também nas psicoses podemos pensar o desejo, embora não edípico, como a possibilidade de fazer barra ao gozo com a droga nas toxicomanias.

2.5 Considerações finais

A angústia, como pudemos desenvolver nessas linhas, é um afeto inerente ao humano, ao ser de fala, e que se faz presente de forma contundente na clínica com as toxicomanias, sendo o recurso ao uso de drogas uma forma de remediá-la, como Freud já observara em 1930/2004.

Dependendo do uso que se faça da droga, o sujeito é relançado em uma angústia ainda maior, o que demonstra a ineficácia, como já nos dissera Freud (1930/2004), de tentar responder às agruras da vida de forma exclusiva. Isso é o que ouvimos cotidianamente da boca de nossos pacientes: eles pedem ajuda, querem saber como prescindir de gozar com a droga, nos falam da profunda angústia que os aflige após o uso, mas não conseguem abrir mão do gozo que lhes toma o corpo durante esse mesmo uso. Sensação inigualável, que muitos tentam pôr em palavras, mas não há palavras para aquilo que não se inscreveu no simbólico. Lançar mão do gozo no real do corpo em detrimento do gozo fálico pode ter efeitos incríveis, inenarráveis, mas também mortíferos, pois é justamente o falo que dá significação à vida, é o desejo que move o sujeito.

Se “o toxicômano é uma figura de gozo”, tal como o define Soler (1998, p. 50), é preciso para tratá-lo, antes de tudo, saber a posição singular de gozo de cada sujeito, o que de fato só é possível sob transferência. De toda forma, essa singularidade se insere no universal da estrutura, permitindo-nos pensar diferentes direções para o tratamento de sujeitos neuróticos e de sujeitos psicóticos que consomem drogas, mas que acabam consumindo a si mesmos, isto é, em uma compulsão à repetição em que a satisfação da pulsão de morte pode levar à própria morte. Além disso, por vezes, se consomem em culpa.

Nossa experiência clínica aponta para o fato de que, com relação à neurose, é a trilha do desejo que pode fazer barreira ao gozo da droga e diminuir a angústia. Já com relação às psicoses, trata-se, muitas vezes, da possibilidade de o sujeito inventar um recurso para barrar o gozo do Outro. O uso de drogas, em alguns casos, funciona como moderador do gozo do Outro que invade o sujeito, por exemplo, como a identificação a um nome – viciado, drogado, entre outros – que pode ser estabilizadora para o psicótico, como Viviane Martins (2004) já observara em sua dissertação de mestrado.

Quando mencionamos a invenção, estamos falando de um passo além, isto é, da criação de algo singular que promova uma solução mais estável, menos frágil para o sujeito psicótico se manter na corda bamba da vida.

A clínica borromeana relê a realidade com o real, o imaginário e o simbólico como três consistências que se equivalem, e cujo enlaçamento permite que não se perca um fragmento da realidade, tal como Freud (1924/2006) descreveu o desencadeamento da psicose.

Na neurose, essa amarração se dá pelo sintoma advindo da inscrição do Nome-do-pai; o psicótico “constrói um sintoma novo, exterior à civilização comandada pelo Nome-do-Pai” (QUINET, 1997, p. 102). Ao mudar a concepção de sintoma, Lacan de certa forma aproxima a neurose da psicose, pois “permite uma generalização do conceito de suplência”. Nesse sentido, levantamos a hipótese de que também para as psicoses é o desejo que pode frear o gozo com a droga. Um desejo não referido ao falo, não edípico, mas que pode sustentar uma fantasia que permita ao sujeito proteger-se do gozo do Outro.

Nem sempre é possível para o sujeito inventar algo da ordem de um *sinthome*, mas essa é uma indicação clínica, uma direção do tratamento. Para alguns sujeitos a estabilização se dá com a construção de uma metáfora delirante, tal como proposta por Lacan (1958/1998b), que permite a reconstrução do mundo; a realidade perdida, de acordo com Freud (1924/2006). De toda forma, a análise muitas vezes permite ao sujeito criar pequenas estratégias que promovam uma barreira entre ele e o Outro. Uma espécie de tela de proteção, ali onde lhe falta o anteparo da tela da fantasia como efeito da castração. Esse escudo protetor ante o gozo do Outro de que o sujeito é objeto, viabiliza a diminuição do uso de drogas que ali estava com a mesma função.

Marco Aurélio, como pudemos ver, se utilizava de algumas dessas estratégias, ele conseguia apaziguar a invasão das vozes com as letras das músicas em inglês, ouvidas às alturas. Durante a análise foi criando outras. Quando sua irmã fazia encontros religiosos em sua casa, o que era frequente, ele interpretava que o “urro” das mulheres significava que elas estavam gozando, ele ri meio constrangido e pergunta à analista se ela está entendendo. Diz que é sexo, que parece que estão morrendo. É insuportável para ele, ouve o urro dentro da cabeça, como se ele estivesse gozando ou elas estivessem “gozando em mim”. Resolve que também nesse momento pode ouvir música, bem alto, para “abafar o urro”, ou então pode sair de casa. Tem medo de sair enquanto elas estão lá, fica “preso”, mas pode perceber a movimentação para o culto e sair antes de elas chegarem.

Um dos efeitos que pudemos ver do estabelecimento da transferência com a “psicóloga”, no caso de Marco Aurélio, a partir do significante “psisma”, foi justamente a diminuição das alucinações durante as sessões. Ele não precisava mais responder a tantas vozes que tornavam a sessão uma loucura, e pode contar sua história de maneira – se podemos dizer assim – mais organizada, menos angustiada. Corroboramos com a hipótese levantada por Ribeiro (2002, p. 139), segundo a qual “a análise, mesmo no fracasso da construção da metáfora delirante pelo esquizofrênico, pode operar por si mesma como função de suplência, como lugar de produção de sentido, a partir do significante, que ajuda a amarrar imaginário, simbólico e real”.

3 A LOUCURA: UM CASO

3.1 Introdução

Lacan se aproxima da psicanálise a partir de seu interesse pela paranoia, inaugurando assim o primeiro tempo do seu ensino. Nele, a elaboração do registro imaginário supõe a alienação à *Imago* como matriz fundante do eu enquanto causalidade psíquica (LACAN, 1946/1998; 1949/1998). Num segundo tempo de seu ensino, o imaginário subordina-se às coordenadas simbólicas, sendo a inscrição, ou não, do significante do Nome-do-Pai no registro simbólico, o divisor de águas entre a neurose e a psicose (LACAN, 1958/1998b). Curiosamente, naquele que é considerado seu último ensino, Lacan (1975-76/2007, p. 91) retoma o termo loucura, e a partir da obra de James Joyce propõe o *Sinthome* como quarto nó que enlaça os registros Real, Imaginário e Simbólico, isto é, como aquilo que articula a realidade psíquica. Longe de anular o desenvolvimento teórico anterior, as reformulações teóricas permitem novas possibilidades na direção do tratamento. O fato de podermos pensar que é possível ao sujeito inventar uma amarração singular dos três registros – seja na vida, tal qual Joyce, seja como efeito do tratamento analítico –, não exclui a possibilidade, por exemplo, da construção de uma metáfora delirante ser estabilizadora para o sujeito.

De acordo com a utilização que Lacan faz da teoria dos nós, existem enlaçamentos que permitem certa suplência a um erro na constituição da entrançada, que por esse fato não entrelaça os registros borromeamente. Neste caso, que é o das psicoses, o Nome-do-Pai não é o sintoma que advirá como o quarto elo borromeano a sustentar a realidade, que é sempre psíquica. A possibilidade da invenção de um enlaçamento que, embora não seja borromeano, amarre os três registros, permite uma aproximação entre psicose e neurose, entretanto não anula a referência à inscrição do Nome-do-Pai como norteador para o estabelecimento do diagnóstico diferencial. O fato de a teoria dos nós não invalidar as elaborações teóricas sobre a loucura anteriores a ela, não implica em que não se inaugure novas possibilidades de operar clinicamente, pois como nos lembra Quinet (1997, p. 56):

A partir da teoria dos nós, Lacan faz do Édipo uma costura que permite a amarração dos três registros e abre a possibilidade de se pensar outras soluções que não a edipiana. Essa teoria, por um lado, aproxima neurose e psicose e, por outro lado, inaugura uma clínica diferencial: a clínica das suplências.

Miller (2009) também se posiciona diante da questão dos avanços teóricos de Lacan de forma semelhante a Quinet. Em um esforço de delimitar o inconsciente como

transfereencial (p. 14-8), ou “como discurso do Outro” (p. 38), do Inconsciente real, ao diferenciar o verdadeiro do real, Miller é bastante instrutivo. Diz ele:

(...) a teoria do inconsciente-história tem muitas coisas a seu favor. Nem se pode pensar em esquecê-la. *Não se devem conceber os termos que uso, tais como primeiro e último Lacan, no sentido de uma teoria sobrepujar a outra.* Isso obedece mais propriamente ao tipo de formação evocada por Freud a respeito da neurose, ou seja, uma superposição e uma acumulação de teorias que, de certa forma, se encontram copresentes. E hoje, quando escutamos um paciente em análise, quando relatamos seu caso, existe, claro, uma dimensão que é a do inconsciente-história (MILLER, 2009, p. 43, grifo nosso).

Soler (2018b, p. 47) nos parece seguir a mesma linha de raciocínio. Em um capítulo intitulado *De RSI a... RSI*, aborda a “sintomatologia borromeana de Lacan”; ao fazê-lo, questiona se operar a partir da estrutura da linguagem ou das categorias de imaginário, simbólico, real – como Lacan fez a partir de 1973 –, implicaria em uma mudança de paradigma. Para ela, isso tem importância, não apenas por colocar questões epistemológicas, mas também clínicas. Ou seja, importância no âmbito de avaliar se “o novo esquematismo borromeano é mais fecundo do que a cadeia significante e os discursos. Ele permite ordenar mais fenômenos, novos fenômenos inclusive, e permite integrar toda a clínica?” (p. 48). Ou ainda: haveria um “corte”, ou uma “continuidade” entre esses dois esquematismos? Soler sinaliza que: “Lacan tentou preferencialmente articular os dois esquematismos entre si; ele não sublinhou uma descontinuidade, mas, antes, tentou mostrar conexões” (idem).

A autora salienta a “assonância” do nome do seminário proferido por Lacan em 1973-1974, *Les non-dupes errent* — em português, *Os não tolos erram* —, mas que na língua francesa equivoca com *Les Noms-du-Père, Os Nomes-do-Pai*, seminário em que Lacan faz várias “tentativas de retradução clínica”. Dentre os exemplos utilizados por Soler (2018b), escolhemos as frases interrompidas da psicose de Schreber que, “em 1973, são a ilustração mais simples de uma ruptura do enodamento entre imaginário, simbólico e real, o que, evidentemente nos obriga a pensar o enodamento borromeano [...] como a condição da cadeia significante” (p. 49). Não devemos, entretanto, perder de vista a advertência feita pela autora ao falar dos três registros: “se as categorias estão ali desde o início, elas, porém, não são pensadas da mesma forma” (p.50).

Neste capítulo, partiremos da obra freudiana, posto que ela fundamenta todas as possibilidades de articulação teórica via teoria psicanalítica; obra sobre a qual Lacan se apoia para responder às questões que o instigam sobre a clínica com as psicoses, desde sua atuação como psiquiatra (LACAN, 1932/1987). Percorreremos a teoria lacaniana sobre a paranoia com o intuito de, por um lado, fundamentar teoricamente a condução de um caso clínico

atendido no CAPSad, e, por outro, pensar em que sentido essa teorização nos permite avançar na clínica com psicóticos usuários de drogas.

O caso de Uribe nos servirá como ponto de amarração entre teoria e clínica. Nossa hipótese diagnóstica para esse caso é de esquizofrenia paranoide. A partir do seu tratamento, pudemos acompanhar uma sistematização do delírio megalomaniaco, com a temática persecutória e de reivindicação. Essa sistematização veio acompanhada da missão de se inocentar dos crimes dos quais havia sido acusado. O Outro lhe imputava crimes que não havia cometido, na medida em que isso o impediria de desvendar a “Organização” da qual era vítima. A escrita produzida durante o período do tratamento foi um verdadeiro documentário de sua inocência.

Esse caso nos fez repensar várias questões: a paranoização da esquizofrenia como via do manejo da transferência pela analista; o efeito de enlaçamento dos registros real, imaginário e simbólico para esse sujeito, por meio do estabelecimento da transferência com alguns membros da equipe; a rapidez com que esse sujeito pode deixar de utilizar múltiplas drogas, principalmente a cocaína, sem que isso fosse falado como algo difícil de suportar pelos efeitos sentidos no corpo, em verdade, sem isso nem mesmo fazer questão alguma para esse sujeito; a identificação imaginária com um nome “maconheiro” como possibilidade de sustentação do tratamento em um CAPSad. Enfim, trata-se de um caso atendido por nós durante quase dez anos e que nos permite pensar o tratamento possível para um sujeito psicótico usuário de drogas em um CAPSad, tema sobre o qual nos debruçamos nesta tese desde o início.

3.2 As psicoses narcísicas: o eu e o uso das palavras

Freud descobriu o inconsciente e inventou a psicanálise a partir do tratamento das histéricas. Embora seu interesse se voltasse principalmente para as neuroses, fez grades contribuições ao entendimento das psicoses. Como observa Alberti (2002, p. 68): “Já em 1899, Freud observava que as pessoas, por terem enorme dificuldade de abrir mão do curativo delirante para a ferida que não cicatriza, amam a seu delírio como a si mesmas”.

Em 1910, Freud se dedica à análise do caso Schreber avançando na teorização sobre a paranoia (FREUD, 1911[1910]/2005). Em 1915, seu foco recai sobre o estudo comparativo entre o luto e a melancolia (FREUD, 1917 [1915]/2006) e, além de delimitar a diferença da perda de objeto na neurose e na psicose – que no caso da melancolia é identificado ao próprio eu –, ele se pergunta por que é necessário adoecer tanto para se dar conta de uma “verdade

assim”, isto é, das “debilidades de sua condição” (p. 244) – que podemos dizer, da condição humana e, com Lacan, condição de *fallasser*. Em 1923, tendo concluído as reformulações da segunda tópica, e já de posse do conceito de pulsão de morte (FREUD, 1920/2006), bem como das instâncias psíquicas de o *Eu e o Isso* (1923/2006), Freud destina dois textos à diferenciação da constituição da realidade na neurose e psicose (FREUD, 1924 [1923]/2006; 1924/2004).

As psicoses servem em diversos textos freudianos como uma forma de apreender o que ocorre na “normalidade”, isto é, para aqueles inseridos na norma fálica. Em *Introdução ao Narcisismo*, por exemplo, Freud (1914/2006, p. 79) nos diz que:

(...) assim como as neuroses de transferência nos possibilitaram rastrear as moções pulsionais libidinosas, a *dementia praecox* e a paranoia nos permitem entender a psicologia do eu. De novo teremos que inferir a simplicidade aparente do normal desde as desfigurações e exagerações do patológico.

Podemos inferir da citação acima: tanto o lugar reservado às questões concernentes ao sexo nas neuroses enquanto núcleo das questões sintomáticas, quanto as consequências da formação do eu nas psicoses, cuja imagem ao não ser lastreada pelo Édipo encontra-se no cerne dos sintomas psicóticos.

O texto *Introdução ao narcisismo* data de 1914, contudo o termo é fartamente utilizado na elaboração do caso Schreber, publicado em 1911, onde podemos ler em várias notas de rodapé que o que Freud está dizendo naquele momento será desenvolvido no trabalho sobre o narcisismo. Freud escreve, em 1911, por exemplo, que a maioria dos paranoicos apresenta em algum grau o delírio de grandeza e aduz que “o delírio de grandeza pode constituir por si só uma paranoia” (FREUD, 1911 [1010]/2005, p. 67). A explicação para tal fato advém justamente do narcisismo, pois, na medida em que o delírio de grandeza pode ser uma paranoia, Freud infere que “a libido liberada se volta ao eu, se aplica na ampliação do eu” (idem). Esse retorno da libido ao eu é o retorno ao narcisismo, “estágio em que o próprio corpo era o único objeto sexual” (idem). Donde, baseado nesses dados clínicos, Freud conclui “que os paranoicos levam consigo uma *fixação no narcisismo*, e declaramos que o *retrocesso desde a homossexualidade sublimada até o narcisismo* indica o montante da regressão característica da paranoia” (idem, grifo do autor).

O inconsciente descoberto por Freud obedece a determinadas leis, constituídas pelo processo primário de pensamento e que incidem justamente nos representantes representativos das pulsões. Em *A interpretação dos sonhos* (1900), Freud (1900, 2005a; 2005b) já adverte que o texto é a parte analisável do sonho, é preciso que ele seja falado, a interpretação

incidindo justamente sobre o significante. O acesso ao inconsciente se dá, principalmente, através de suas formações: os sonhos, os sintomas, atos falhos e chistes. Nas psicoses o inconsciente está a céu aberto.

Um ano após a *Introdução ao narcisismo* (1914), no capítulo VII do texto *O Inconsciente* (1915), em um de seus artigos dedicados à metapsicologia, Freud tratará do “discernimento do inconsciente” (FREUD, 1915/2006b, p. 193). Nele, Freud diz que até esse ponto vem elucidando o inconsciente principalmente a partir dos sonhos e das neuroses de transferência. Aponta para o fato de que às vezes fica difícil coordenar alguns achados com o que já havia teorizado, ou seja, que há momentos em que se depara com “algo não esclarecido e confuso”. Propõe que sejam justamente as psiconeuroses narcisistas que vão possibilitar o acesso a “esse enigmático *Ics*” (idem).

É interessante notar como Freud, já tendo desenvolvido o conceito de narcisismo (FREUD, 1914/2006) e também se debruçado sobre as *Memórias*¹⁴ do presidente Schreber (FREUD, 1911 [1910]/2005), vai cernindo cada vez mais a especificidade da constituição do eu nas psicoses. Nelas, o eu é um lugar de investimento pulsional privilegiado, entretanto, sem a mediação fálica. Na paranoia, quando Freud põe em relevo o mecanismo da projeção ao discutir o caso Schreber, ele mostra a relação entre o eu e o outro a partir da formulação gramatical que baseia tanto o delírio de perseguição, como o de ciúmes ou o erotomaníaco.

Na melancolia, diferentemente do luto em que “o mundo se fez pobre” (FREUD, 1917 [1915]/2006, p. 243), é o próprio eu que empobrece, isto é, perde o investimento libidinal. Entretanto, o eu é – como podemos reler o investimento pulsional descrito nesse texto a partir da segunda tópica freudiana – objeto da pulsão de morte. Objeto de um supereu tirânico, posto que sem a introdução da lei, sem a inscrição da castração. Nas palavras de Freud: “A sombra do objeto caiu sobre o eu, quem, sucessivamente, pode ser julgado por uma instância particular, como um objeto, como o objeto abandonado” (FREUD, 1917 [1915]/2006, p. 246).

Na esquizofrenia, o investimento pulsional retorna ao autoerotismo, promovendo um desmantelamento da imagem do eu que não ficou assegurada na constituição do narcisismo.

Já em 1915, Freud (1915/2006b) deixa claro aquilo que retomará na segunda tópica (FREUD, 1924/2006b): há uma diferença nas consequências da perda da realidade, quer se trate de um sujeito neurótico ou psicótico. Afirma que “a denegação do objeto gerava o

¹⁴ (Cf. SCHREBER, D.P. *Memórias de um doente dos nervos*. Traduzido por Marilene Carone do original alemão: *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*. Leipzig: Ed. O Mutze, 1905. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984).

estalo¹⁵ da neurose”, portanto, o desencadeamento da neurose. Ainda que diante da “renúncia ao objeto real” (FREUD, 1915/2006b, p. 193) e do desinvestimento de libido nesse objeto, o neurótico reinveste em objetos da fantasia e, portanto, no recalcado, o que ele chama de introversão. Não há na neurose desinvestimento no objeto, ainda que esse se dê no inconsciente. Na esquizofrenia, entretanto, esse investimento se “refugia no eu” (idem) o que tem como consequência um abandono dos “investimentos de objeto e se reproduz um estado de narcisismo primitivo, carente de objeto” (p.194).

Nesse mesmo texto, *O inconsciente (1915)*, é impressionante a delicadeza e a precisão de Freud ao delimitar o trato das palavras nas psicoses. Ele chama a atenção para o fato que toda a ligação de pensamento inconsciente determinante para o sintoma na neurose, por exemplo uma conversão que atinja os olhos, fica recalcada. Entretanto, demonstra que na esquizofrenia, diferentemente da neurose, o órgão – que no exemplo tomado por Freud da paciente de Tausk, é o olho – “se constituiu como substituto de todo o conteúdo [de seus pensamentos]. O dito esquizofrênico tem aqui o viés hipocondríaco, tornou-se *linguagem de órgão*” (FREUD, 1915/2006b, p.195). O que chama a atenção de Freud, e que marca a diferenciação diagnóstica nessa paciente esquizofrênica, é que todo o pensamento permanece consciente. Ela é capaz de dizê-lo imediatamente quando questionada, diferentemente da histérica que necessitaria um bom tempo de análise para decifrá-lo.

Lacan (1932/1987), ao analisar o delírio de sua paciente Aimée, nos fornece um exemplo do inconsciente a céu aberto, isto é, o pensamento do sujeito sem a censura implicada no processo secundário. A fala delirante de Aimée leva a marca da falta do recalque. As representações não se contradizem. No processo de pensamento inconsciente, o processo primário, tal como Freud (1900/2005a; 2005b; 1915/2006b) o formula, implica que não haja contradições, apenas afirmações. Isso fica claro na explicação que Aimée dá para seu delírio, que consiste na ideia de que há uma ameaça à vida de seu filho. Ela é capaz de sustentar duas explicações, incompatíveis uma com a outra. Eis a análise de Lacan:

Diante do enigma que um delírio como este coloca, não podemos nos impedir de repetir à doente a mesma questão aparentemente vã: “Por que, perguntaram-lhe um dia pela centésima vez em nossa presença, você acredita que seu filho está ameaçado?” Impulsivamente ela responde: “Para me castigar.” “Mas de quê?” Aqui ela hesita: “Porque eu não cumpria minha missão ... “Mas logo depois: “Porque meus inimigos se sentiam ameaçados por minha missão” ... Apesar de seu caráter contraditório, ela mantém o valor destas duas explicações (LACAN, 1932/1987, p. 253).

¹⁵ A palavra em espanhol é *estalido*, que significa um estalido, um estouro. Tem o sentido do que deflagra algo.

Retomando o texto sobre o inconsciente, nele Freud (1915/2006b, p.197) se questiona sobre a estranheza concernente à “formação substitutiva e ao sintoma da esquizofrenia”. De acordo com Freud, isto se deve ao fato de que na esquizofrenia há um “predomínio da referência à palavra sobre a referência à coisa” (idem). “*As palavras são reais*” (GUERRA, 2010, p.14, grifo nosso). Ao final desse capítulo, Freud (1915/2006b) se pergunta se o processo que ele chamou de recalque na esquizofrenia se parece, se “tem algo em comum” (p.199) com o que ele vem descrevendo como recalque nas neuroses de transferência, e faz as seguintes considerações:

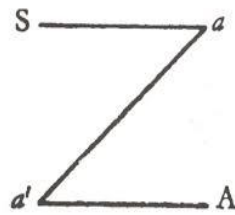
A fórmula segundo a qual a repressão é um processo que ocorre entre os sistemas *Ics e Prcs* (o *Cs*), com o resultado de que algo é mantido fora da consciência, sem dúvida tem que ser modificada para incluir o caso de *dementia praecox* e de outras afecções narcisistas. Porém o intento de fuga empreendido pelo eu, que se exterioriza ao deixar o investimento consciente¹⁶, segue sendo de qualquer modo o comum [a ambas as classes de enfermidade]. E a reflexão mais superficial nos mostra que esse intento de fuga, essa fuga por parte do eu, se põe em obra **nas neuroses narcisistas de maneira muito mais radical e profunda** (FREUD, 1915/2006b, p. 199-200, grifo nosso).

3.2.1 Freud com Lacan

A radicalidade apontada por Freud no cerne das neuroses narcísicas é retomada por Lacan, principalmente no momento em que ele se dedica a teorizar sobre o simbólico, inclusive, subordinando o imaginário a ele. A radicalidade desses fenômenos na psicose é identificada ao fato de que há uma rejeição, uma forclusão da castração, e não um recalque, defesa neurótica (LACAN, 1958/1998b). A psicose, implica em um uso das palavras, ou do significante, sem a ordenação fálica, que é efeito da inscrição do Nome-do-Pai. A forclusão tem consequências na formação do eu, pois o imaginário no momento da ruptura da realidade, por não ter estofa no simbólico, dele se desata.

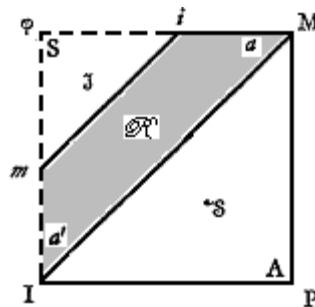
Lacan (1958/1998b), em seu escrito *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, lança mão de três esquemas: com o Esquema L, demonstra que o que acontece com o sujeito depende do que se passa no Outro; com o Esquema R, articula o triângulo imaginário ao simbólico; e o Esquema I demonstra, tomando como exemplo o caso Schreber, o desatamento da realidade – imaginário e simbólico – na psicose.

¹⁶ Em espanhol: “*Em el quite de la investidura*”.



Esquema L

S é o sujeito em sua “inefável e estúpida existência”; a - a’ é a constituição do eu, ou dos objetos cujo eu é o protótipo; “A é o lugar onde pode ser formulada a questão sobre a existência” (LACAN, 1958/1998b, p. 555). O Outro (A) é o lugar do inconsciente, do saber inconsciente e, portanto, da articulação significante ($S_1-S_2\dots S_n$). O primeiro par significante é o par mínimo (S_1-S_2) para a constituição do sujeito, em que o sujeito se faz representar por um significante para outro significante, ficando ele próprio fora da cadeia. Isto é, o sujeito se aliena ao significante, mas também dele se separa, tal como Lacan demonstra em 1964, quando se utiliza dos círculos de Euler para explicar as operações de alienação e separação (LACAN, 1964/1988). Então, o que acontecerá com o (S) depende do que se desenrola no Outro, no que nele se inscreve. A inscrição do Nome-do-Pai em (A) implica que em (S) se positive o falo. A operação de separação promovida pela lei simbólica permite que o sujeito se faça representar por mais de um significante na cadeia.



Esquema R

Lacan sobrepõe o triângulo simbólico ao do imaginário, no esquema R, implicando em uma duplicação da linha imaginária a-a’. Ele diferencia “i (imagem especular) de m (*Urbild*, especular): i está para a como m está para a’” (QUINET, 1997, p.51).

As identificações imaginárias se constituem no eixo que vai do (S) passando pelo (i) ao (a) – constituindo o (i(a)) – até o (M), isto é, do sujeito ao significante do objeto primordial, aí representado pela Mãe. O eixo que vai do (S) ao (I) marca as identificações

imaginárias suportadas pelo simbólico, “onde o eu se identifica, desde sua *Urbild* especular até a identificação paterna do ideal do eu” (LACAN, 1958/1998b, p. 559, grifo do autor), portanto, uma identificação fundada no Nome-do-Pai. Esse Ideal do eu enquanto advindo de uma inscrição simbólica implica no supereu herdeiro do complexo de Édipo proposto por Freud.

O quadrilátero formado por (mi-MI) forma uma banda de Moebius, correspondente à realidade psíquica, à tela da fantasia, que protege o sujeito de um desenlaçamento dos registros diante de uma irrupção de real. No caso da neurose, há a inscrição do Nome-do-Pai em (A), o que implica que o falo se positive no imaginário. A não inscrição do significante do Nome-do-Pai no campo simbólico – triângulo (IMA), pois $P=0$ –, implica na zerificação do ϕ . Quando a identificação imaginária que mantinha a realidade do pré-psicótico quebra, a realidade desaba, se desata.

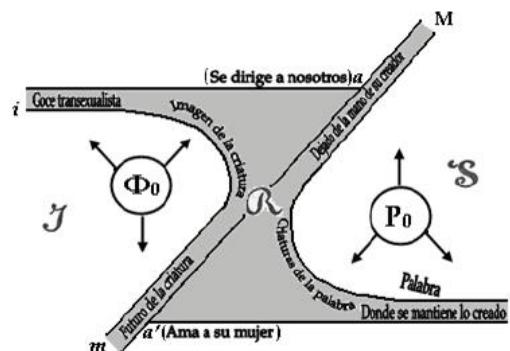


Figura 2. Esquema I (Lacan, 1998, p.578)

I

Esquema I

A irrupção do real, no caso da psicose, rompe a frágil sustentação da ligação entre o imaginário e o simbólico. O Esquema I nos mostra esse rompimento no caso de Schreber, em que, por se tratar de paranoização da esquizofrenia, conserva um gozo narcísico. De acordo com Lacan (1958/1998b, p. 578): “Toda a espessura da criatura real, ao contrário, impõe-se para o sujeito entre o gozo narcísico de sua imagem e a alienação da fala em que o Ideal do eu assumiu o lugar do Outro”. O que podemos associar ao supereu na psicose, tal como o articulamos no capítulo dois, o supereu como Outro, no caso da psicose sem a interdição do Nome-do-Pai. Um supereu sem lei.

Lacan demonstra que é da relação do sujeito com o Outro, portanto, “da relação do homem com o significante” que se situa o “drama da loucura”. Conforme Guerra (2010, p. 34-5) esclarece:

A ausência do Nome-do-Pai, sua não operatividade no Édipo, provoca um efeito, uma coincidência entre os campos do imaginário e do simbólico, como se o ser se resumisse ao seu organismo ou à sua própria imagem. Há uma alteração no nível mesmo do sujeito da linguagem.

Freud não dispunha da teoria da linguística e do movimento do estruturalismo para o auxílio de sua elaboração teórica. Coube a Lacan relê-lo à luz de novos conhecimentos. Se Lacan pôde falar de estruturas clínicas, o fez decantando-as do texto freudiano. Lacan extraiu da obra de Freud os termos *Verwerfung* (rejeição, forclusão), *Verleugnung* (desmentido) e *Verdrängung* (recalque), que correspondem às três formas de negação da castração, promovendo três tipos de estruturação da realidade e, conseqüentemente três estruturas clínicas, respectivamente, a psicose, a perversão e a neurose.

Também da obra freudiana advém o material que tornou possível a formulação feita por Lacan dos registros simbólico, imaginário e real que ele próprio, aliás, reformula durante seu ensino.

Na pena de Freud podemos, sobre o nome de narcisismo, ou da formação do eu e do ideal, encontrar as bases da formulação do imaginário. O uso das palavras, o saber inconsciente, suas leis, foram apreendidas com rigor do livro dos sonhos (FREUD, 1900/2005a; 2005b), no dos chistes (FREUD, 1905/2004) e no da *Psicopatologia da vida cotidiana* (FREUD, 1901/2004), como nos lembra o próprio Lacan: são livros que podemos dizer “canônicos em matéria de inconsciente” (LACAN, 1957/1998, p.526). Eles possibilitaram a Lacan formular a teorização sobre o simbólico e o inconsciente estruturado como uma linguagem (LACAN, 1953/1998; 1957/1998; 1965-66/1998), pois “não passam de um tecido de exemplos cujo desenvolvimento se inscreve nas fórmulas de conexão e substituição [...] que fornecemos do significante em sua função de transferência” (LACAN, 1957/1998, p.526).

Quanto ao conceito de real, ele procede do pulsional, do que da pulsão não se inscreve em palavras. Nos primeiros seminários, muitas vezes o real se confunde com a realidade, entretanto, Lacan avança muito na delimitação desse conceito no decorrer de seu ensino. O real é, por exemplo, no seminário sobre a ética (LACAN, 1958-59/2016), da ordem de *Das Ding*. Mais para o fim de seu ensino, ele o identifica ao impossível ou, mais especificamente, ao impossível da relação sexual (CHAVES, 2006). “O real [diz Lacan] é o mistério do corpo falante, é o mistério do inconsciente” (LACAN, 1972-73/1985, p. 178). O corpo falante, seu mistério, fez com que Freud inventasse a psicanálise. Os termos *Das Ding* e impossível não apenas são termos que encontramos na obra freudiana, mas dizem respeito ao pulsional. É a face real da pulsão. O que também encontramos em outras definições de real, como por

exemplo, sendo o que retorna sempre ao mesmo lugar (LACAN, 1958-59/1997; 1964/1988). Afinal, a característica da pulsão de morte (FREUD, 1920/2006) não é o retorno ao inanimado?

Encontramos ainda a definição de real como impossível, em que o real já aparece como o que obstaculiza, nesse caso, o princípio de prazer. “O real se distingue [...] por sua separação do campo do princípio do prazer, por sua dessexualização, pelo fato de que sua economia, em seguida, admite algo novo, que é justamente o impossível” (LACAN, 1964/1988, p. 159). É no *Seminário 11 (1964)*, em que justamente se dedica aos *quatro conceitos fundamentais*, ao parear o inconsciente e a repetição, que Lacan nos fornece várias definições do real. A repetição é da ordem da *tiquê*, isto é, do “*encontro com o real*” (LACAN, 1964/1988, p.56, grifo do autor). O inconsciente, por ser articulação de significantes, o inconsciente saber, é da ordem do *automaton*:

O real é o que está para além do *autômaton*, do retorno, da volta, da insistência dos signos aos quais nos vemos comandados pelo princípio de prazer. O real é o que vige sempre por trás do *autômaton*, e do qual é evidente, em toda a pesquisa de Freud, que é do que ele cuida (LACAN, 1964/1988, p.56, grifo do autor)

No fim de seu ensino, o “sentido do sintoma é o real” (LACAN, 1974/2019, p. 6), o real sendo aquilo que impede o andamento das coisas¹⁷. Não podemos deixar de lembrar como Freud (1916-17/2005a; 1916-17/2005b) já fora claro quanto a essa encruzilhada, que é o prazer do sintoma que o sujeito sente como um corpo estranho. Ele sofre e goza de seu sintoma, e do qual não quer abrir mão, ao mesmo tempo que quer se livrar dele, pois impede que as coisas andem. O núcleo real do sintoma é sua direção, seu sentido. No que tange o sonho, Freud (1900/2005a; 1900/2005b) nos fala de seu umbigo, dessa cicatriz deixada pela linguagem no humano, encerrando a possibilidade de dizer tudo de si. Há algo da verdade do sujeito que não pode ser dita, fica nesse furo não recoberto pelas palavras. Nos anos 1974-75, Lacan identifica o Édipo da teoria freudiana como o quarto elo do nó borromeano de quatro. Afirma que o nome desse quarto elo em Freud é a realidade psíquica. O Édipo ou realidade psíquica é o que enlaça o real, o imaginário e simbólico na neurose. Ao furo do simbólico, Lacan (1974-75/2019) faz equivaler o recalque originário. De maneira mais ampla podemos pensar em uma das faces da pulsão de morte que, em 1930, Freud (1930/2004) nos diz ser o grande impedimento à civilização. Esta face da pulsão de morte faz frente ao bom andamento das coisas.

¹⁷ No original: *Le sens du symptôme c'est le réel, le réel en tant qu'il se met en croix pour empêcher que marchent les choses*. (Cf. LACAN, J. La troisième. Disponível em: <staferla.free.fr/Lacan/La_Troisieme.pdf>).

O pulsional se faz presente em todos os registros. Lacan já fala sobre isso, em sua conferência sobre *O simbólico, o imaginário e o real* (LACAN, 1953/2005), em que apesar de assumir que falou pouco sobre o real, nos dá a seguinte definição: “o real é ou a totalidade ou o instante esvanecido”. O real é, nesse texto, aquilo que escapa. Em determinada parte dessa conferência, Lacan tece críticas aos analistas que trabalham exclusivamente com a análise das resistências, eles não levam muito em conta, segundo Lacan, a “função simbólica da linguagem” (LACAN, 1953/2005, p. 37) e descartam a pulsão de morte, pois para eles esse conceito “é uma noção sem razão de ser” (idem). Lacan localiza a pulsão de morte como sendo do registro do real, e fala de sua incidência sobre os registros imaginário e simbólico. Citemos Lacan:

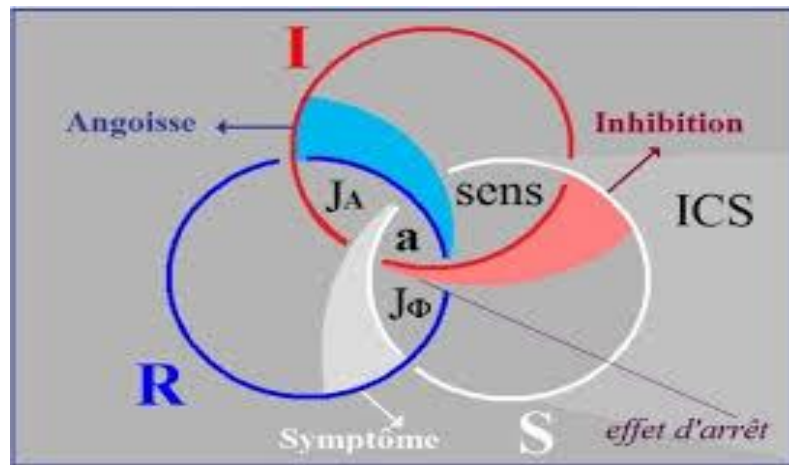
Realizar, no sentido próprio da palavra, reconduzir a um certo real a imagem, tendo nela incluído, naturalmente, um signo particular desse real como função essencial, reconduzir ao real a expressão analítica, é sempre correlato, naqueles que a desenvolvem sob esse registro porque dispõem apenas dele, da colocação entre parênteses, até mesmo da exclusão, do que Freud estabeleceu sob o comando do instinto de morte e que chamou, mais ou menos, de automatismo de repetição. [...] É na medida em que toda a experiência como simbólica é colocada entre parênteses que o instinto de morte é, ele próprio, excluído. **Evidentemente esse elemento da morte não se manifesta apenas no plano do símbolo. Manifesta-se também no registro narcísico.** Mas então é outra coisa que se trata. A morte no registro narcísico está bem mais perto desse elemento de nadição final ligado a toda a espécie de deslocamento e sobre o qual se pode conceber, como já indiquei, que é a origem, a fonte da possibilidade de transação simbólica do real. (LACAN, 1953/2005, p.37, grifo nosso).

Lacan (1953/2005) está criticando a imaginarização promovida pelos analistas que não levam em conta a pulsão de morte, portanto, aquilo que ele está, nesse momento, identificando ao real. Nessa conferência, discorre sobre a incidência de um registro sobre o outro, só que nesse momento o faz em relação ao desenvolvimento do processo analítico. Chega mesmo a propor um esquema para a análise do início ao fim: “rS – rI -iR -sS -SI -SR -rR -rS, ou seja, realizar o símbolo” (LACAN, 1953/2005, p.39).

De alguma forma, nos parece que aí Lacan antecipa a teorização do final de seu ensino, quando diz que o real é o três (LACAN, 1973-74/2019, p.125) que amarra a realidade psíquica, que é constituída pelo imaginário e pelo simbólico.

No *Seminário R.S.I. (1974-75)*, Lacan não está ocupado com o desenrolar da análise, mas com a constituição da realidade psíquica a partir do enodamento das três consistências R.S.I. Entretanto, não deixa de frisar que “É da experiência analítica que ele [o nó borromeano] dá conta, e é nisso que está seu valor” (LACAN, 1974-75/2019, p. 14). A noção do pulsional presente em todos os registros pode ser relida na teoria dos nós, no contexto da neurose, a partir da localização do objeto *a* no ponto central do nó borromeano. Convém

lembrar que o objeto ainda não havia sido formulado na época da conferência sobre *O simbólico o imaginário e o real* (1953)



A imagem acima foi retirada da lição de 10 de dezembro de 1974, na qual Lacan (1973-74/2019) articula a incidência de um registro sobre o outro com a inibição, o sintoma e a angústia. Será que a “nadificação”, a que Lacan se refere em 1953, quando o “elemento da morte” se apresenta no imaginário, poderia ser lida como essa invasão de real no imaginário, cujo efeito é a angústia?

3.2.2 O eu: a homossexualidade e a megalomania nas psicoses

Neste ponto, cabem duas pontuações a partir da leitura do texto *Os paranoicos e a psicose*, de Sonia Alberti (2002). A primeira delas é sobre a homossexualidade. A autora vai destacar que Freud, com base em suas teorizações sobre o narcisismo, pôde abordar a homossexualidade em Schreber, não como uma escolha de objeto à maneira da neurose, mas como “uma tentativa de manter a integridade narcísica” (ALBERTI, 2002, p. 67). O investimento libidinoso em outro homem se dá, como explica Alberti, “porque o encontro com o Outro sexo destrói toda a sua identificação masculina, levando-o ao empuxo-à-mulher” (idem). A gramática da paranoia descrita por Freud no texto de 1911 implica que, para Schreber, “a frase ‘Eu o amo’ tem um ‘eu’ e um ‘o’ que são a mesma coisa, do mesmo modo que o eixo a-a’ no ‘esquema L’ de Lacan” (p.68), mantendo uma identificação, apesar de ser delirante.

A segunda observação de Alberti (2002) diz respeito ao delírio de grandeza, que como vimos, para Freud, pode constituir uma paranoia, estando presente, em algum grau, em quase

todos os casos desse tipo clínico. Seguindo o raciocínio da citação acima, Alberti (2002, p.68) faz a seguinte afirmação:

Em outras palavras, tal equivalência [‘eu’ e ‘o’] constrói a base de um delírio que sustenta a própria *Gestalt* do sujeito no centro das atenções, permitindo o surgimento da interpretação megalomaníaca. A megalomania na paranoia não exige um delírio de grandeza, mas antes refere-se ao fato de que todo delírio está centralizado no eu do sujeito”.

A respeito do delírio de grandeza, Dalgarrondo (2008, p. 220) pontua que a pessoa se acha especial, com poderes especiais, “um ser superior” fazendo com que o delírio seja “dominado por idéias de poder e riqueza”, além disso, “o sujeito pensa que pode tudo, que tem poderes mentais, místicos ou religiosos, além de conhecimentos superiores especiais. A autoestima pode estar extremamente aumentada. Os delírios de grandeza ocorrem tipicamente nos quadros maníacos”.

O delírio de grandeza a que Freud se refere (1911 [1910]/2005, p. 67), pode estar presente em muitos casos de paranoia, mas se sustenta em uma “ampliação do eu” como investimento libidinal, portanto, nos parece que é exatamente isso ao que Alberti (2002) está se referindo como megalomania. Presumivelmente, a autora está diferenciando a megalomania como sendo a inflação do eu, uma vez que nesse estado tudo é autorreferente, não havendo assim separação entre o eu e o outro. Se a megalomania sempre está presente na paranoia, isso não necessariamente exige, como nos diz Alberti (2002, p. 68), que um delírio de grandeza daí advenha:

O eu megalomaníaco, aquele que interpreta todas as identidades a partir de seu próprio diapasão, projeta no outro o que lhe é particular [...]; a integridade narcísica na paranoia sustenta um eu fragilizado, identifica o outro a partir de suas próprias referências, o que justifica, por exemplo, a expressão de Pierre Bruno: “o delírio do narcisismo absoluto”.

No texto *Neurose e psicose (1924 [1923])*, Freud retoma as relações entre as três instâncias psíquicas que ele havia proposto em 1923 (FREUD, 1923/2006) – o eu, o isso e o supereu –, com o intuito de pensar que tipo de conflito entre elas resultaria em uma psicose ou em uma neurose. Propõe a seguinte fórmula, que diz ser simples: “A neurose é o resultado de um conflito entre o eu e o isso, enquanto que a psicose é o desenlace análogo de uma similar perturbação nos vínculos entre o eu e o mundo externo” (FREUD, 1924 [1923])/2006, p.155, grifo do autor). Nesse mesmo texto, Freud ressalta a importância do supereu, segundo ele: “Em todas as formas de enfermidade psíquica deveria se levar em conta a conduta do supereu” (p.158). Propõe que as perturbações que ele chama de “neuroses narcisistas” sejam resultado de um conflito entre o eu e o supereu. Em verdade, aduz Freud: “não contrastaria

com nossas impressões que achássemos motivos para separar das outras psicoses estados como o da melancolia” (FREUD, 1924 [1923])/2006, p.158). Preconiza, então, um acréscimo à sua fórmula inicial: “A neurose de transferência corresponde ao conflito entre o eu e o isso, a neurose narcisista ao conflito entre o eu e o supereu, a psicose ao conflito entre o eu e o mundo exterior” (idem).

Nesse texto de 1924, Freud está identificando a neurose narcisista à melancolia. Ocorre que, nesse tipo clínico das psicoses, o eu é objeto do supereu. O sujeito não conta, como na paranoia, com um “eu forte”, como defesa diante do Outro que dele goza. Na *Apresentação das Memórias de um doente dos nervos*, em 1966, respaldado na relação de Schreber com Deus, nesse caso o Outro gozador, Lacan (1966/2003, p. 221) propõe “uma definição mais precisa da paranóia como identificando o gozo no lugar do Outro como tal”. O supereu gozador na paranoia se apresenta, diferentemente da melancolia, localizado no Outro.

Quinet (2002a), na apresentação do livro *Na mira do Outro: a paranoia e seus fenômenos*, define o paranoico como sendo “fundamentalmente um interprete, que em tudo vê sinais que se referem a sua pessoa [...] Nada acontece por acaso, tudo adquire sentido, e esse sentido se refere a ele” (p.7). Esse sentido – como veremos ao revisitar o papel da personalidade na teoria de Lacan sobre a paranoia – toma essa magnitude na paranoia posto que “seu narcisismo é absoluto” (idem), isto é, a relação imaginária a-a’ sustenta a realidade na paranoia, registro em que justamente se produz o sentido. De acordo com Quinet (idem):

Freud a chamava [a paranoia] psicose intelectual, podendo apresentar-se com discretos fenômenos de interpretação delirantes e mesmo grandes construções fantásticas e megalomaniacas de redenção do mundo, e a descreveu de acordo com três formas clássicas: o delírio de perseguição, a erotomania, o delírio de ciúmes. Em todas elas, o paranoico elege um Outro do qual é um objeto especial: o perseguidor, aquele que o ama e aquele que o trai. Eis sua lógica gramatical: na mira do Outro, na ira do Outro, o sujeito é objeto.

O paranoico “não admite o erro e a falta, daí a ênfase que lhe é característica, sua presunção que chega ao delírio de grandeza” (QUINET, 2002a, p. 7). Na mania, o delírio de grandeza se constitui de forma diferente, pois não se apoia na relação a-a’, não há o “outro” equivalente ao “eu”; o eu na melancolia é o próprio objeto dejetado. A mania é um triunfo, consiste em transformar esse dejetado em um objeto especial, o sujeito acha que é muito rico etc. De toda forma, o fato de a megalomania na paranoia não exigir um delírio de grandeza não significa que em muitos casos ele não se constitua, mas que a ênfase do eu como defesa diante do real da castração é o que está na base da formação delirante na paranoia, e não apenas no delírio de grandeza, também está na erotomania e no delírio de perseguição.

Essa discussão é importante nesta tese porque no caso que abordaremos nesse capítulo justamente poderemos ver essa autorreferência hiperbólica que faz com que Uribe seja o centro do mundo. Todas as coisas no mundo acontecem por causa dele, são mensagens, “sinais” que ele deve interpretar, pois indicam que algo vai acontecer. A megalomania é, como conclui Alberti (2002, p. 68): “Defesa contra um possível despedaçamento e, portanto, tentativa de cura, tal como Freud a define [...] o delírio busca obturar uma ferida que traz grande sofrimento ao sujeito”.

Freud é bastante enfático ao abordar a reconstrução da realidade na psicose via delírio: é um trabalho contra forças poderosas. Em suas palavras:

Se em tantas formas e casos de psicoses as paramnésias¹⁸, as formações delirantes e alucinações apresentam um caráter penosíssimo e estão unidas a um desenvolvimento de angústia, este é o indício cabal de que todo o processo de remodelamento se consuma contrariando forças poderosas (FREUD, 1924/2006, p.196)

Podemos inferir, a partir teoria pulsional, que essas forças são justamente as da pulsão de morte e que um trabalho de re-ligação com o mundo, após a perda da realidade, depende de um incremento de Eros, pois desde 1920, na obra freudiana, as pulsões de vida são responsáveis pela ligação do sujeito com o mundo. A injúria advinda do supereu, ainda que incarnado em um Outro na paranoia, é extremamente penosa para o sujeito, deriva da parte mortífera do supereu, quando este tem um incremento da pulsão de morte, conforme discutimos nos capítulos anteriores.

Essa ferida penosa que o delírio tenta remendar é a castração, cuja representação encontra-se recalcada na neurose, mas que foi abolida na psicose, motivo pelo qual Freud pôde fazer uma analogia entre as duas formas, a neurótica e a psicótica, de estruturação da realidade. Nas duas afecções há perda da realidade, a diferença se dá na forma de reconstruí-la. “É provável que na psicose o fragmento da realidade rechaçado vai se impondo cada vez mais na vida anímica, tal como na neurose o fazia à moção reprimida, e por isso as consequências em ambos os casos são as mesmas” (FREUD, 1924/2006, p.196).

Essa analogia freudiana que aproxima neurose e psicose, no sentido de que nos dois casos se faz necessário uma reconstrução da realidade perdida – ainda que no primeiro caso,

¹⁸ Na edição da Ammorrtu, o termo é *espejismos del recuerdo*. *Espejismo*, de acordo com a definição da Real academia española (RAE), significa ilusão (conceito ou imagem sem verdadeira realidade). Portanto o termo *espejismos del recurdo* se refere a um tipo de ilusão de memória. A tradução da Imago, que adotamos para esse termo, é paramnésia. De acordo com Dalgalarondo (2008, p.147), as paramnésias ou as alterações qualitativas da memória “envolvem sobretudo a deformação do processo de evocação de conteúdos mnêmicos previamente fixados[...] 1. Ilusões minêmicas. Nesse caso, há acréscimo de elementos falsos a um núcleo verdadeiro de memória. Por isso a lembrança adquire caráter fictício”.

tendo como estofos a fantasia e, no segundo, a construção de uma nova realidade (delírio) – nos leva a pensar na teoria dos nós, na qual Lacan também aproxima as duas estruturas, uma vez que tanto em uma como em outra é necessário uma amarração da realidade psíquica.

No primeiro caso, a amarração é dada pelo Nome-do-Pai, o quarto nó, o que faz sintoma na neurose, pois ele é resultante do complexo de Édipo. O que poderíamos pensar, com Freud, sobre o papel da fantasia na amarração proposta por Lacan, diante do desencadeamento da neurose? Já na psicose, nos casos em que não houve desencadeamento, o sujeito pode inventar algo que supre a falta do Nome-do-Pai, para amarrar os três registros — RSI? Quando a psicose é desencadeada, poderíamos pensar o delírio como uma tentativa de amarração? Isso aproximaria da proposta da metáfora delirante como indicação para a direção do tratamento, por Lacan, na década de 1950? Da suplência proposta a partir da teoria dos nós? Ou são duas coisas diferentes, podendo inclusive o sujeito fazer uma reconstrução do mundo via delírio, num momento e, em outro, encontrar algo que lhe permita fazer suplência à falta do Nome-do-Pai? Retomaremos essas questões mais à frente, quando discutiremos um caso clínico acompanhado em um CAPSad.

3.3 A paranoia, o imaginário

Em sua tese de doutorado, *Da Psicose Paranoica e suas relações com a personalidade*, Lacan (1932/1987) sustenta que todo desenvolvimento da personalidade é paranoico, e dedica o capítulo 3 da primeira parte de sua tese justamente à exposição desse tema. Nela já encontramos as bases para a teoria do imaginário que Lacan irá desenvolver, principalmente com sua concepção do estádio do espelho (LACAN, 1949/1998) e da causalidade psíquica (LACAN, 1946/1998), na qual, fala, na verdade, da causalidade da loucura. De acordo com Gonçalves e Teixeira (2019), a partir da análise do caso Aimée e da possibilidade da reversibilidade do quadro delirante sobre a qual recai o foco de Lacan, ele proporá:

(...) a paranoia como uma síntese discordante da personalidade de desenvolvimento normal, como um fenômeno cognitivo total, ou seja, como fenômeno do conhecimento. Afasta, dessa forma, a paranoia de um déficit, aproximando-a do conhecimento, como uma constituição histórica das inter-relações entre o indivíduo e seu meio, endereçando a questão da origem à interface com o campo social (GONÇALVES & TEIXEIRA, 2019, p. 103).

O estudo do eu está na base das elaborações de Lacan sobre o imaginário, pois é justamente sua formação que implica em um conhecimento baseado no ideal e

consequentemente em um desconhecimento daquilo que fica escamoteado pela relação do eu com o outro (a-a'). O conhecimento do eu se estabelece na imagem que faz de si a partir do outro, imagem que recobre o sujeito. O conhecimento do eu promove um desconhecimento do sujeito. O eu é paranoico, pois está sempre posicionado em comparação ao outro, seu ideal.

No primeiro momento da teorização de Lacan sobre a loucura, mais especificamente sobre a paranoia, podemos ver a importância do imaginário na base da explicação dos sintomas psicóticos. O interessante é: se Lacan introduz sua teorização pela relação do sujeito paranoico com a personalidade, para num segundo momento reler a relação imaginária a partir do simbólico, ao final de seu ensino, ele retorna ao imaginário e à personalidade, não mais em relação com a paranoia, mas sendo equivalente a ela. Tanto Soler (2002) como Alberti (2002) frisam o percurso lacaniano, dizendo que ele vai do imaginário ao imaginário em relação à teorização da paranoia. Ambas tomam as elaborações de Lacan em 1975 (1974-75/2019; 1975-76/2007), para demonstrar seu retorno ao Imaginário.

Alberti (2002, p.67) nos diz que, em 1975, Lacan “radicaliza: não há diferença entre a paranoia e a personalidade”. Ela está se referindo à seguinte passagem de *O Seminário, livro 23: o sintoma (1975-76)*, em que Lacan diz ter resistido muito tempo em fazer uma nova publicação de sua tese “porque a psicose paranóica e a personalidade não têm, como tais, relação, pela simples razão de que são a mesma coisa” (LACAN, 1975-76/2007, p.52). De acordo com Alberti (2002), esse retorno de Lacan ao imaginário se dá devido:

(...) à importância que o imaginário adquire para o sujeito humano na formação de seu aparelho psíquico, [isso porque] o imaginário modifica a relação do sujeito com o real que é absolutamente diferente no caso da neurose e no caso da psicose. (ALBERTI, 1994 *apud* ALBERTI, 2002, p. 71).

Soler (2002) se empenha em decifrar a seguinte proposição de Lacan, da aula de 8 de abril de 1975¹⁹: “A paranoia é um visco-imaginário, uma voz que sonoriza, um olhar que aí é prevalente, trata-se de um congelamento do desejo” (LACAN, 1974-75/2019 *apud* SOLER, 2002, p. 59). A autora comenta ainda que:

O itinerário de Lacan começa com o imaginário. O itinerário concernente à paranóia, vale dizer, começa no imaginário, segue com o simbólico e imaginamos que terminará com o real, porém a frase que lhes citei faz objeção a isso. Nela, Lacan retoma a dimensão imaginária da paranoia (SOLER, 2002, p. 60).

Faremos um pequeno histórico desse percurso de Lacan, salientando em seu ensino os pontos que nos ajudam em nosso trabalho.

¹⁹ No seminário RSI: *La paranóia c'est pas ça, la paranóia c'est un engluement Imaginaire. C'est la voix qui sonorise, le regard qui devient prévalent, c'est une affaire de congélation d'un désir.* (Cf. LACAN, 1974-75, p.67).

3.3.1 A personalidade

Logo na introdução de sua tese, onde irá definir o escopo de seu estudo, Lacan (1932/1987) aborda a distinção feita pela psiquiatria entre “dois grandes grupos mórbidos”, apesar das diferentes nomenclaturas que foram dadas às morbidades pertencentes a um ou outro grupo, eles pertencem ao “grupo das demências” e ao “grupo das psicoses” (p.1). O “*déficit capacitário*” (idem, grifo do autor) seria cada vez mais, para a psiquiatria, índice de demência, estabelecendo-se uma ligação “no mínimo grosseira” entre ele e os “distúrbios demenciais” (idem). De tal forma que:

A psicose, tomada no sentido mais geral, assume aí, por contraste, todo seu alcance que é o de escapar a este paralelismo e revelar que, na ausência de qualquer déficit detectável pelas provas de capacidade (de memória, de motricidade, de percepção, de orientação e de discurso), e na ausência de qualquer lesão orgânica apenas provável, existem distúrbios mentais que relacionados, segundo as doutrinas, à "afetividade", ao "juízo", à "conduta", são todos eles distúrbios específicos da síntese psíquica. (LACAN, 1932/1987, p. 1)

Essa síntese deve ser delimitada, sem o que as psicoses permaneceriam, segundo Lacan, enigmáticas, a síntese é a personalidade, e é justamente o que irá definir em sua tese. Ele faz uma observação de que não se trata de desconhecer “*fatores orgânicos*”:

(...) mas é ressaltar o caráter propriamente orgânico deles e defini-los por esse meio, assim como não é negligenciar a base biológica dos *fenômenos ditos da personalidade*, mas é levar em conta uma coerência que lhes é própria e que se define por essas *relações de compreensão*, em que se exprime a medida comum das condutas humanas. O determinismo desses fenômenos, longe de se desvanecer, aí surge reforçado (LACAN, 1932/1987, p.2, grifo do autor).

Abrir um pequeno parêntese se faz necessário, devido ao fato de Lacan nesse momento dar importância à compreensão. Sabemos que ele não só abandonará, como criticará posteriormente, a tentativa de compreender o outro, o paciente. Entretanto, já em 1932, encontramos uma ressalva à compreensão. A propósito da análise do caso Aimée, aduz: “Observemos, pois, a conduta de nossa paciente, sem medo de *compreendê-la* demasiado, mas, para nos resguardarmos das ‘projeções’ psicológicas ilusórias, partamos do estudo da psicose plenamente manifesta” (LACAN, 1932/1987, p. 249, grifo do autor).

De acordo com Izcovich (2002, p.49), a relação que Lacan faz da paranoia com o social — que como veremos faz parte de um dos itens que compõem a personalidade para Lacan — se mantém como eixo de sua pesquisa durante todo o seu ensino. Entretanto, com a reformulação da teoria a partir da introdução do significante, o social na verdade passa a caracterizar o que passa na constituição do sujeito, na sua estruturação da realidade que vai

depende do que ocorre no Outro, implicando em uma escolha forçada, seja a neurose ou a psicose.

Se, como veremos, Lacan (1932/1987) se utiliza da teoria de Kraepelin para assegurar a relação da paranoia com a personalidade, segundo Izcovich (2002), ele se distancia desse autor ao recusar “uma concepção baseada na progressão insidiosa da doença” (p.49). Nesse ponto, Lacan concordaria com o termo *reação* proposto por Jaspers “que indica a dimensão de descontinuidade presente na doença” (idem), e com Kretschmer, “o caráter sensitivo, preconizado como uma variante da paranóia, pois designa um laço específico do sujeito com o semelhante que antecipa a concepção paranóica do eu” (idem).

As relações de compreensão que Lacan utiliza nesse momento são propostas principalmente por Jaspers e sua teoria fenomenológica, da qual Lacan se afastará em prol de uma teoria estrutural. Conforme Izcovich (2002, p. 49): “Dito de outro modo a partir do momento em que começa a conceber a categoria de significante, ele se separa de Jaspers, passando de uma concepção baseada na compreensão para outra fundamentada na explicação”. Outros motivos alegados por Izcovich para o distanciamento de Lacan com respeito à teoria de Jaspers são a negligência desse autor quanto ao fator causal, importante para a pesquisa de Lacan, e a objeção de Lacan quanto ao fato de haver um traço de caráter determinante na paranoia, tal como postula no caso Aimée, no qual afirma que “os traços clássicos que permitem definir a paranoia [...] são secundários à eclosão delirante” (idem). Fechamos assim o parêntese sobre as relações de compreensão.

Em sua tese, Lacan (1932/1987) diz definir seu problema em termos de *ordem dos fatos*, ou seja, o que está em jogo é a causalidade, ou como define Lacan, a *tópica causal*. Dentre as psicoses, Lacan escolhe o tipo clínico da paranoia, introduzindo uma questão:

Representa ela o *desenvolvimento* de uma personalidade, e então traduz uma *anomalia constitucional*, ou *deformação reativa*? Ou a psicose é uma *doença autônoma*, que remaneja a personalidade quebrando o curso de seu desenvolvimento? Este é o problema que a própria exposição das doutrinas coloca (LACAN, 1932/1987, p. 3 grifo do autor).

Em 1932, portanto, tomando o caso Aimée como ancoragem para sua teorização sobre a paranoia de autopunição, Lacan vai, por um lado, fazer uma revisão dos autores clássicos da psiquiatria, de modo a sustentar sua tese de que a paranoia tem íntima relação como desenvolvimento da personalidade; por outro lado, se volta à leitura do texto freudiano para fundamentar a autopunição na paranoia.

O primeiro item do capítulo 3 da tese de Lacan intitula-se *As psicoses paranóicas afetam toda a personalidade* (LACAN, 1932/1987, p.45). Lacan introduz o tema justamente

criticando a interpretação organicista da paranoia. Aduz ele: “não estamos mais no tempo das localizações mitológicas das imagens e dos conceitos e esses fenômenos se aparentam aos mais originais do domínio psicológico”. Na paranoia a realidade se mantém, tem uma “ordem” que fica “conservada no pensamento, na ação e na vontade” (KRAEPELIN, 1915 *apud* LACAN, 1932/1987, p.45). Lacan conclui que “A transformação de toda a personalidade não é separável, portanto, do distúrbio primitivo, se é que existe algum” (idem, p.46). De toda forma ele observa que independentemente das relações do delírio com a personalidade, “o primeiro conserva a economia geral da segunda” (idem).

Lacan isolou uma tripla função estrutural da personalidade: 1. De um desenvolvimento; 2. De uma concepção de si mesmo; e 3. De uma certa tensão das relações sociais (LACAN, 1932/1987, p. 46). A paranoia, ou a “economia do patológico”, estaria “calcada sobre a estrutura normal”, isto é, seria um tipo de desenvolvimento da personalidade.

Para sustentar sua tese de que a paranoia é um desenvolvimento da personalidade e não herdeira apenas de “tendências da personalidade” (LACAN, 1932/1987, p. 47), Lacan recorre ao avanço das teorias psiquiátricas sobre a paranoia. Kraepelin é, sem dúvida, um marco teórico, na opinião de Lacan, pois “transforma o estudo dos delírios, dirigindo sua atenção, não mais, como seus predecessores, para seus conteúdos ou suas estruturas, mas para sua evolução” (p.48). A origem da concepção de Kraepelin sobre a paranoia, e também sobre as parafrenias, adviria, segundo Lacan, justamente dessa mudança de foco.

O posicionamento teórico de Kraepelin é “surpreendente”, pois imprime um rigor à “concepção das relações entre o delírio e a personalidade” (LACAN, 1932/1987, p. 48), o que leva a uma segunda questão que diz respeito à relação “entre o delírio e o caráter anterior do sujeito”. Ou seja, Kraepelin legitima a relação entre personalidade e paranoia, na qual Lacan fundamenta sua tese naquele momento.

Kraepelin vai, o que é importante para Lacan, na direção de um caráter psicogênico da paranoia. A gênese da paranoia em Kraepelin “nos remete ao núcleo das funções da personalidade: conflitos vitais, elaboração íntima desses conflitos, reações sociais” (LACAN, 1932/1987, p. 49). Portanto, está de acordo com a própria concepção de personalidade isolada por Lacan, a qual citamos acima.

Existem duas ordens de fenômenos, de acordo com Kraepelin, na psicose:

(...) os distúrbios elementares e o delírio. Dentre os primeiros, ele concorda com Sérieux para notar a ausência ou o caráter inteiramente episódico das alucinações, mas insiste na frequência das *‘experiências visionárias’* sob a forma onírica ou vígil e as descreve nesses termos que a fazem corresponder aos sentimentos de influência,

às ‘auto-representações aperceptivas’, às ‘inspirações’, às intuições delirantes que aprendemos a isolar. (LACAN, 1932/1987, p.15, grifo do autor).

Na construção do delírio, Lacan ressalta o papel das *ilusões de memória* (LACAN, 1932/1987, p. 15 grifo do autor). Depois a ênfase recai sobre o *delírio de relação*, que corresponde, de forma mais objetiva, ao “sintoma *interpretação*” de Sériex e Capgras (p.16). Propõe como “sintoma comum da psicose as *imaginações mórbidas*” recusando o termo “*delírio de imaginação*”, por não encontrar comprovação clínica.

Os delírios, de acordo com Kraepelin, têm “duas direções opostas que freqüentemente se combinam entre si” (KRAEPELIN, 1915 *apud* LACAN, 1932/1987, p. 16). A primeira direção corresponderia ao delírio de prejuízo, que “agrupa o delírio de perseguição, de ciúmes e de hipocondria”. A segunda corresponde ao delírio de grandeza e agrupa “os delírios dos inventores, dos interpretadores filiais, dos místicos, dos erotômanos” (*idem*). Haveria uma estreita ligação entre as diversas formas de manifestação delirantes descritas.

O delírio é, em regra, sistematizado. Ele é ‘elaborado intelectualmente, coerente numa unidade, sem grosseiras contradições internas’. É, diz Kraepelin, ‘uma verdadeira caricatura egocêntrica de sua situação nas engrenagens da vida’ que o doente compõe para si, numa espécie de ‘visão do mundo’. Finalmente, o delírio é assimilado à personalidade intelectual, da qual se torna uma das constantes (LACAN, 1932/1987, p. 16).

Vemos a influência de Kraepelin na teorização de Freud, para quem essas ilusões de memórias (paramnésias), as formações de delírios e as alucinações, como vimos acima, conservam para um caráter penoso. Para Freud — como podemos ler em sua análise de Schreber (FREUD, 1911 [1910]/2005) e também em seu texto sobre a perda da realidade (FREUD, 1924/2006) —, o delírio tem uma lógica, e a construção delirante provém daquilo que foi rejeitado na realidade e tem a ver com as experiências do sujeito. E, finalmente, o fator intelectual, que é posto em relevo por Freud no que tange à paranoia.

Lacan percorre a obra de vários psiquiatras, tanto da escola francesa como da escola alemã, cernindo o conceito de paranoia e sua relação com a personalidade. Nós privilegiamos no texto de Lacan (1932/1987) dois teóricos, Kraepelin e Kretschmer. O primeiro deles, conforme vimos, propiciou, com sua mudança teórica sobre a paranoia, pensá-la como de etiologia psicogênica. Sendo Kraepelin um autor referenciado tanto por Freud como por Lacan.

Lacan usa a teoria psicanalítica, principalmente a teorização de Freud sobre o supereu, para falar da autopunição na paranoia, justamente comparando-a com a neurose obsessiva, por conta das ideias obsedantes. As representações obsedantes, de acordo com Kretschmer, estão à disposição dos sensitivos, o que Lacan diz estar de acordo com seu próprio pensamento:

‘Esta tendência não é um mecanismo psíquico inato, autônomo, que já teria uma significação fisiológica e estaria mais ou menos exagerado no mórbido; desse ponto de vista ela deveria entrar nas malformações psíquicas. Nós não o consideramos como alguma coisa que é constituída, mas que se desenvolve, e, para ser mais preciso, que se desenvolve segundo um modo psicopático reativo a partir do caráter e dos acontecimentos da vida’ (KRETSCHMER, 1927 *apud* LACAN, 1932/1987, p. 82).

Quinet (2002) utiliza o termo retenção, recolhido por Lacan da obra de Kretschmer, para falar do que acontece com o significante na paranoia em comparação ao mecanismo do recalque na neurose obsessiva. Ao reler a obra de Kretschmer juntamente com a teoria psicanalítica, Quinet coloca em evidência uma importante contribuição ao entendimento da paranoia, que discutiremos em seguida.

3.4 A autopunição: recalque e retenção

Kretschmer isolou um subgrupo dentro dos delírios paranoicos, o fez por conta tanto do que identificava como sendo sua causa e também pelo tipo de evolução. A esse grupo ele nomeou de “*Sensitive Beziehungswahn*, termo que podemos traduzir por ‘*delírio de relação dos sensitivos*’” (LACAN, 1932/1987, p. 81, grifo do autor). Kretschmer sustentava a existência de causas biológicas, propondo que houvesse uma “hereditariedade psicopática” relevante nesses casos, haveria “uma disposição congênita” que os levaria a manifestar “sintomas de esgotamento nervoso” acarretado por questões concernentes tanto ao trabalho, como de cunho afetivo. “Mas toda a manifestação clínica do delírio, suas causas, seus sintomas e sua evolução estão presos a determinações puramente psicogênicas. É o que demonstra Kretschmer” (idem).

“*O caráter, o acontecimento vivido, o meio (social)*” são os três elementos que compõem as “causas determinantes do delírio”, segundo Kretschmer (1927 *apud* LACAN, 1932/1987, p. 82, grifo do autor). Com relação ao caráter, são propostos quatro tipos: primitivo, expansivo, astênico puro e sensitivo. Esses tipos de caráter foram definidos por Kretschmer de acordo com as “reações psíquicas totais ao acontecimento” (idem) apresentadas por esses sujeitos. Assim:

(...) o caráter diz respeito à personalidade, para a qual Kretschmer propõe um mecanismo que caracteriza a subjetividade do sensitivo. É ‘o conceito de personalidade individual no aspecto de sentimentos e vontade, ou seja, no aspecto mais essencial para todos os desvios psicopatológicos’, e se caracteriza pela maneira que o sujeito reage aos acontecimentos com forte carga afetiva, que poderíamos qualificar de traumáticos (QUINET, 2002a, p.13).

A respeito do caráter dos sujeitos pertencentes ao grupo isolado por Kretschmer, o sensitivo, Lacan coloca a seguinte nota de rodapé:

Sobre o caráter sensitivo, e sua disposição às representações obsedantes, Kretschmer escreve [...]: ‘Esta tendência não é um mecanismo psíquico inato, autônomo, que já teria uma significação fisiológica e estaria mais ou menos exagerado no mórbido; desse ponto de vista ela deveria entrar nas malformações psíquicas. Nós não a consideramos como alguma coisa que é constituída, mas que se desenvolve, e, para ser mais preciso, que se desenvolve segundo um modo psicopático reativo a partir do caráter e dos acontecimentos da vida’. Nada está em melhor acordo com nossas observações [...] sobre as necessidades estruturais de toda teoria da personalidade’ (LACAN, 1932/1987, p. 82).

Reproduzo as palavras de Lacan quanto à definição dos sensitivos e do mecanismo de retenção que estaria na base da formação delirante, isto é, do delírio de relação dos sensitivos:

O tipo sensitivo de que nos ocupamos é definido, ele também, por reações próprias em relação a acontecimentos de forte carga afetiva: essa reação na ordem do comportamento se distingue por uma *falha de condução* que detém a descarga pela ação; a essa detenção corresponde a repressão (*Verhaltung*) na consciência das representações correspondentes. Essa *repressão* nada mais é do que a exacerbação da função de *retenção* (*Retention*) dos complexos ideio-afetivos na *consciência*. A representação do acontecimento e o estado afetivo desagradável que está ligado a ela tendem a se reproduzir indefinidamente na consciência. Assim sendo, esse modo reacional da *repressão* é completamente oposto ao do *recalcamento* que na histeria, por exemplo, repele a "lembrança" penosa para o inconsciente (LACAN, 1932/1987, p.83, grifo do autor).

Temos na citação acima dois mecanismos distintos: o do recalque, na histeria, e o da retenção, na paranoia; bem como o fator desencadeante do delírio de relação, isto é, a intensa carga afetiva do acontecimento, ou acontecimento traumático, como o relê Quinet (2002a). À retenção dos complexos ideio-afetivos na consciência, podemos fazer corresponder, em termos psicanalíticos, a representação rejeitada da castração, que se reproduz indefinidamente ou, conforme Freud (1924/2006, p.196): “na psicose o fragmento da realidade rechaçado vai se impondo cada vez mais na vida anímica”. “Portanto, a cada fracasso vital, a retenção [para Kretschmer] reanima o acontecimento traumático” (QUINET, 2002a, p.13). De acordo com Lacan, Kretschmer teria criticado Freud, por não reconhecer o mecanismo de retenção no que tange o estudo dos “obsedados”, distinguindo-o do recalque.

Em sua tese, Lacan recorrerá à teoria psicanalítica, principalmente porque, segundo ele, “a análise dos determinismos autopunitivos e a teoria da gênese do supereu que ela engendrou representam na doutrina psicanalítica uma síntese superior e nova” (LACAN, 1932/1987, p. 251). A interpretação que Lacan dá ao fato de o delírio de Aimée ter cedido após ter sido punida – isto é, ter sido presa após ter atacado com uma faca “uma das atrizes mais apreciadas pelo público parisiense” que “chegava ao teatro onde se apresentaria” (idem,

p.149) – é congruente com a teoria pulsional, ela “atingiu a si mesma”, que de acordo com Lacan possibilitou “a queda brusca do delírio que caracterizam a satisfação da obsessão passional” (idem). Podemos vislumbrar aqui o caráter mortífero do narcisismo, que já havia sido teorizado por Freud e que Lacan desenvolverá principalmente a partir de *O estágio do espelho como formador do eu (1949)*.

Para Lacan, o sentimento de culpa e a autopunição são mecanismos cuja gênese é social. Motivo de se preocupar com as ideias obsedantes prevalentes, tanto no delírio como no sintoma obsessivo, que se desencadeariam a partir de um acontecimento. Para os sensitivos, o delírio seria o resultado desse acontecimento em relação à autopunição ensejada pela culpa, cuja determinação é de ordem social. Donde se pode supor que o efeito do acontecimento sobre a ideia obsedante ligada ao sentimento de culpa dependerá, em 1932, do desenvolvimento da personalidade.

Faz-se necessário uma diferenciação entre o acontecimento e o social em Kretschmer. O acontecimento, como já dito, diz respeito à situação com forte carga afetiva, portanto, ao traumático. Isto é, a uma experiência em que se dá a conhecer ao sujeito “sua própria insuficiência, humilha-o no plano ético” (KRETSCHMER, 1927 *apud* LACAN, 1932/1987, p. 85). Essas experiências são provocadas, de acordo com Kretschmer, “por conflito éticos de ordem sexual” [ou] “fracassos profissionais” (idem). O meio social é determinante para o desencadeamento da psicose, “segundo uma fórmula única: tensão do amor-próprio numa situação opressora” (idem). Os exemplos fornecidos por ele são: “moças celibatárias que têm uma atividade profissional, [das] solteironas provincianas à antiga, [dos] autodidatas ambiciosos oriundos do proletariado” (idem).

Mesmo se mais tarde (a partir da década de 1950) a noção de estrutura poderá ser muito mais esclarecedora, já há nesse momento (1932) o entendimento de que é sobre algo na relação do sujeito com o social — que podemos reler como a relação do sujeito com o Outro —, que dependerá o desencadeamento ou não da paranoia, diante de um determinado acontecimento da vida. Acontecimento em que o sujeito é convocado a responder às demandas do Outro social.

Em sua tese, Lacan (1932/1987) aponta que acontecimentos da vida estariam ligados com o início do delírio paranoico, referindo-se ao que foi observado por autores como Kraepelin, Gaupp, ou seja, situações em que se tem de assumir um trabalho, mudança de domicílio etc. É também o que a nossa clínica nos ensina, são muitos os jovens que chegam ao CAPSad tendo desencadeado uma psicose, pois diante das demandas do Outro social, referente aos estudos, vida sexual etc., sem esteio simbólico advindo de sua relação com o

Outro, rompem com a realidade. Só que nesses casos geralmente trata-se de um surto esquizofrênico. A falta de lastro simbólico é comum a todos os tipos clínicos das psicoses.

Ora, o supereu é, na teoria freudiana, o agente censor, é também o representante psíquico das introjeções daqueles que cuidaram do sujeito. O que é muito interessante, pois se esse fator social se mantém, tal como proposto por Izcovich (2002), na pesquisa de Lacan sobre as psicoses, podemos pensar a partir da conceituação do Outro, como vimos acima, que a forma como esse sentimento de culpa e essa punição incidem sobre o sujeito dependem do que desenrola no Outro. Inclusive do Outro enquanto supereu, tal como desenvolvemos no segundo capítulo.

É interessante lembramos que Freud, a propósito de sua análise do *Homem dos ratos* (1909), demonstra que os pensamentos obsessivos são, como ele os chama, delirantes. Nesse caso, ele diz ter encontrado uma *forma de delírio ou formação delirante* de raro conteúdo, a saber, os pais saberiam seus pensamentos, porque ele os havia declarado sem ouvi-los ele mesmos” (FREUD, 1909/2005, p. 131). A interpretação de Freud é que esse tipo de explicação infantil implica em uma suposição dos processos inconscientes. Pontua Freud: “Declaro meus pensamentos sem ouvi-los’, soa como uma projeção para fora do nosso próprio suposto, a saber, que ele tem pensamentos sem saber nada sobre eles: como uma percepção endopsíquica do reprimido” (idem). Freud mostra a face louca de tal neurose que, no entanto, não implica em um desencadeamento da psicose, posto que o Nome-do-Pai é operante nele. No *Homem dos ratos*, opera uma dívida simbólica. Quanto aos pensamentos, é o *Homem dos ratos* quem os declara, não lhes são roubados, não ficam sendo repetidos por uma voz de fora, não há eco dos pensamentos, fenômenos típicos nas psicoses. Há uma implicação do sujeito no caso do *Homem dos ratos*, é ele quem fala.

3.4.1 A retenção do S1 na paranoia

Quinet (2002a, p. 11) definiu o paranoico, conforme o título de seu texto, como *O número um, o único*, justamente por conta da retenção do S1, significante do ideal ao qual o paranoico se identifica. Lacan (1946/1998) diz tratar-se, no caso da loucura, de uma identificação sem mediação, sendo o “imediatismo da identificação” o que leva à enfatuação. O sujeito acredita ser. O que Lacan ilustra dizendo que “se um homem que se acredita rei é louco, não menos o é um rei que se acredita rei” (p. 171).

Vejamos como Quinet (2002a) retoma a retenção proposta por Kretschmer — “retenção dos complexos ideo-afetivos na *consciência*” (KRETSCHMER, 1927 *apud*

LACAN, 1932/1987, p. 83) —, já de posse do desenvolvimento da teoria lacaniana, portanto, de um Lacan já bem distinto desse jovem psiquiatra da tese sobre a paranoia, digamos, de um Lacan, sobretudo, psicanalista. Quinet introduz a questão diferenciando dois tipos clínicos das psicoses, em ambos o Nome-do-Pai está foracluído do campo do Outro, entretanto, ele chama a atenção para o fato de que “há diferenças clínicas fundamentais que clamam por uma distinção mais estrutural” (QUINET, 2002a, p.11).

Na esquizofrenia, como já foi dito, de acordo com Freud, há um retorno ao autoerotismo, enquanto que na paranoia esse retorno se dá no eu. A imagem do eu recobre o corpo, promovendo uma *Gestalt* ali onde o corpo era despedaçado, motivo do júbilo da criança diante dessa imagem (LACAN, 1949/1998). Dessa forma, quando do surto esquizofrênico e do conseqüente retorno ao autoerotismo, o sujeito apresenta fenômenos do corpo despedaçado. De forma diferente, o retorno ao eu na paranoia fixa a imagem do sujeito à do outro, soma-se a isso “o congelamento do sentido e a enfatuação do eu que chega à megalomania” (QUINET, 2002a, p. 11). Dessa mesma forma, nos diz Quinet (*idem*):

(...) o estilhaçamento do gozo no esquizofrênico (gozo no corpo, na injúria alucinatória, na fala) se opõe à concentração, no paranoico, do gozo no Outro (o perseguidor, a amada). A dificuldade daquele de se deixar representar por um significante se opõe à fixação deste ao significante ideal.

A especificidade proposta por Quinet, para além das diferenciações feitas até agora, “é a retenção do um”, significante mestre ou significante do ideal ao qual o sujeito “adere firmemente” (QUINET, 2002a, p. 11). E então, aborda justamente a esquizofrenia paranoide, que é a hipótese diagnóstica de Uribe (caso clínico apresentado mais adiante), ao processo de estabilização nesse caso. Quinet equivale à paranoização, que “se dá pelo advento do significante que o sujeito adota para se constituir como tal” (*idem*).

Quinet (2002a, p. 14) estabelece, apoiado na obra de Krestchmer e de Lacan, “como mecanismo específico para a paranoia: a *Vehaltung* [retenção]”. Ou seja, a paranoia consistiria na foraclusão do Nome-do-Pai mais a retenção. Em sua tese, Lacan (1932/1987) quis demonstrar que a autopunição de Aimée cessou ao ser presa (punida). “É o que ele chama [...] de evolução curável do delírio” (QUINET, 2002a, p.13). A interrupção do delírio não seria, conforme Kraepelin havia postulado inicialmente, impeditivo para o diagnóstico de paranoia. Kretschmer, por seu turno, afirmava que o delírio dos sensitivos pode desaparecer, mas a retenção permanece. O próprio Kraepelin “abandonou o postulado a cronicidade da paranoia devido a casos em que o delírio desaba” (*idem*).

No que tange o caso Aimée, primeiramente, a retenção é utilizada por Lacan para “se referir à permanência na consciência [...] do amor-ódio ao primeiro amor” (QUINET, 2002a, p.14). A retenção em seguida aparece como explicação da fixação da autopunição ligada à ideia central do delírio, isto é, a ideia de que querem matar seu filho.

Como vimos na citação acima, do texto de Lacan (1932/1987, p.253), em que ele demonstra que à ideia delirante correspondem duas explicações contraditórias, sendo que as duas interpretações dadas por Aimée — a de que não cumpriu sua missão, e a de que seus inimigos se sentem ameaçados por ela — se ligam à ideia de punição. Em verdade, a resposta de Aimée diante da pergunta sobre o porquê de ela acreditar que seu filho está ameaçado é “*Para me castigar*” (LACAN, 1932/1987, p.253). As interpretações contraditórias vêm em resposta à segunda questão do porquê querem castigá-la. Lacan afirma: “Muitas das interpretações delirantes da doente, como já assinalamos de passagem, não exprimem mais do que seus escrúpulos éticos: faz-se alusão às menores faltas de sua conduta, mais tarde a desordens secretas” (idem). Trata-se, portanto, de uma falta moral e do castigo.

Ao discorrer sobre os delírios ditos *passionais*, Lacan (1932/1987, p. 50) menciona que a queda do delírio estaria ligada à “realização de sua obsessão assassina”, o assassinato traria um “alívio”. Essa realização não acontece no caso de Aimée, a vítima – a atriz – não morre, ao contrário, se recupera bem da agressão. Onde Lacan conclui que não foi a agressão em si, a passagem ao ato, que fez com que o delírio cessasse, “alguma coisa mudou do lado do agressor”, nos diz ele, e continua, “A doente ‘realizou’ seu castigo” (LACAN, 1932/1987, p.251). Aduz: “O que ela ‘realiza’ ainda é que *atingiu a si mesma* e paradoxalmente é apenas então que ela sente o alívio afetivo (choros) e a queda brusca do delírio que caracterizam a satisfação da obsessão passional” (idem, grifo do autor). A retenção recai sobre a ideia autopunitiva, como bem nos esclarece Quinet (2002a, p. 14):

É a essa autopunição, ou seja, à representação de um gozo de punição que advém do real de seu aprisionamento, que Aimée se encontra retida. Trata-se de uma retenção que a fixa como a que será punida, maltratada e então perseguida pelo Outro da maldade.

Lacan (1932/1987) se utiliza da retenção em Kretschmer e da fixação (teoria pulsional) em Freud para falar da autopunição, mas não desenvolve conceito de retenção a partir da psicanálise, o que Quinet (2002) se dispôs a fazer.

Quinet retoma o *Rascunho K* (FREUD, 1896/2005), anexo à Carta 85 endereçada à Fliess, texto em que Freud buscou definir o que havia de comum e de específico no que denominou de neuroses de defesa. Freud diz só poder estabelecer uma comparação entre a

“histeria, neurose obsessiva e uma forma de paranoia” (FREUD, 1896/2005, p. 170), apesar de existirem, segundo ele, quatro tipos de neuroses de defesas. A paranoia toma aqui um lugar diferente das outras psicoses, por conta do tipo de defesa que Freud encontra nesse tipo clínico. Defesas com as quais os outros tipos clínicos da psicose não contam. Esse posicionamento da paranoia ao lado das neuroses de defesa na teoria freudiana já foi desenvolvido por nós, no segundo capítulo.

Freud começa por apontar os diferentes aspectos que as neuroses de defesa têm em comum. Diz ele: “São aberrações patológicas de estados afetivos psíquicos normais: de *conflito* (histeria), de *recriminação* (neurose obsessiva), de *afronta* (paranoia), de *luto* (amênia alucinatória aguda)” (FREUD, 1896/2005, p.170, grifo do autor). Esses afetos produzem uma modificação no eu e retornam toda vez que uma determinada situação acontece, tal como ocorrera na ocasião em que surgiram esses “afetos-modelo”. Para que isso ocorra são necessárias duas condições, da “*sexualidade e do infantil*” (idem, grifo do autor). Ou seja, que as primeiras experiências que despertaram esse afeto sejam de cunho sexual e que tenha ocorrido na infância.

A defesa é uma tendência normal diante do desprazer, o que está em acordo com o princípio de constância, isto é, de que o aparelho psíquico deve manter um nível de excitação baixo para que não haja produção de desprazer. Freud é claro ao dizer que a defesa não é contra a percepção, que isto seria inócuo, ela incide sobre as representações, portanto, não sobre a experiência em si, mas o que dela pode se inscrever simbolicamente. A defesa se torna nociva, segundo Freud, justamente quando incide sobre “representações que ainda como recordações podem desprender um desprazer novo, que é o caso das representações sexuais” (FREUD, 1896/2005, p. 171).

Freud tenta responder à questão sobre o que faria com que a representação sexual implicasse em desprazer e ainda se pergunta o porquê de situações análogas poderem ter efeitos distintos, produzindo em alguns casos a neurose, mas em outros a perversão ou a imoralidade (FREUD, 1896/2005, p.171). A resposta freudiana é: “Minha opinião é que na vida sexual tem que existir uma fonte independente de despreendimento de desprazer” (p.172), é isso que permite o aparecimento do asco e que incrementa a moral, e não o contrário.

Sobre o desencadeamento da neurose, Freud (1896/2005, p. 172) diz que ela se inicia com as experiências sexuais prematuras. Experiências traumáticas que devem ser recalçadas. Há, portanto, um período de defesa contra as representações dessas experiências, que Freud faz corresponder à saúde ou ao “sintoma primário”. A neurose propriamente dita seria fruto da “luta” entre o retorno do recalçado e o eu. Como resultado do conflito, novos sintomas se

formam. O desfecho, segundo Freud é “um estágio de nivelção, de avassalamento do eu ou da cura defeituosa”. Freud adverte que o comum a todos os tipos de neurose é o recalque, e o que as diferencia é a forma como o recalcado retorna na formação do sintoma.

A proposta freudiana implica em que, na neurose, há uma experiência traumática de cunho sexual, e a forma como o sujeito lidará com ela implicará em um tipo de escolha da neurose. Ou seja, Freud, “no intuito de abordar a origem sexual e traumática dos sintomas, propõe uma repartição clínica a partir da primeira experiência de gozo e das vicissitudes desse encontro do sujeito com o sexo” (QUINET, 2002a, p.14).

Com relação à experiência traumática, Freud (1896/2005, p. 173), ao falar da neurose obsessiva, já anuncia algo anterior à experiência de prazer, nos diz ele:

(...) em *todos* meus casos de neurose obsessiva se descobriu em uma idade muito precoce, anos antes da vivência prazerosa, uma vivência *puramente passiva*, o que dificilmente é casual. Se pode pensar que o posterior encontro com dessa experiência passiva com a vivência prazerosa o que agrega desprazer à recordação de prazer e possibilita o recalque (Grifo do autor).

Podemos reler com Lacan que o encontro traumático do sujeito com a linguagem promove um resto, um gozo, que marca o sujeito. O encontro posterior com o sexo reatualiza essa experiência traumática. O encontro sexual é traumático. A representação da castração é o que se inscreve simbolicamente desse encontro traumático na neurose. É também o que é recalcado.

O falo advém justamente dessa operação da castração no Outro. “Que o falo seja um significante impõe que seja no lugar do Outro que o sujeito tem acesso a ele” (Lacan, 1958/1998a, p.700), ou seja, que o acesso ao significante fálico depende do que se desenrola no Outro. O falo é “o significante do desejo do Outro” (idem, p. 701). Significante da falta no Outro, de sua divisão. Sua função, enquanto um significante no campo do Outro é justamente a de promover a significação. Como somos seres de fala, o significante e o significado não são colados, ao contrário, são disjuntos. Daí a impossibilidade de tudo dizer, de se dizer sempre mais, menos ou diferente do que se gostaria. Como diz Lacan nesse mesmo texto, é o complexo de castração que “tem uma função de nó” (idem, p. 692). Quer dizer que os neuróticos contam com o significante fálico para enodar o significante com um sentido, isto é, de dar uma consistência imaginária ao significante.

Esse encontro traumático com o sexo, Lacan, ao final de seu ensino, explicitou como a impossibilidade da relação sexual. A forma como cada um vai responder a esse impossível — visto que a relação com o outro é sempre intermediada pelo Outro da linguagem —, a essa

experiência traumática que implica a castração, determinará não apenas o tipo clínico, mas a especificidade do desejo e do gozo de cada sujeito.

Retomando o texto freudiano, após esclarecer a origem sexual do conflito neurótico, Freud (1986/2005) descreve as vicissitudes do encontro traumático com o sexo. Aborda primeiro a neurose obsessiva, depois a paranoia e por último a histeria. Ao falar da paranoia, Freud a compara sobretudo com a neurose obsessiva. É justamente esse cotejamento que servirá a Quinet para demonstrar a retenção na paranoia, diferentemente do mecanismo do recalque na neurose obsessiva. Em ambas, nos diz Quinet (2002a, p.14), “a experiência de gozo foi vivenciada como prazer e deixa uma recordação que, ao ser evocada posteriormente, acompanha-se de uma recriminação que origina desprazer”.

Na neurose obsessiva, há uma experiência primária prazerosa. Mais tarde, ao ser recordada, essa experiência produz desprazer, gerando uma recriminação, assim, de início tanto a representação quanto a recriminação são conscientes. “Depois, os dois — sem que se acrescente nada de novo — são reprimidos e, em troca, se forma na consciência um *sintoma contrário*, algum matiz de *escrupulosidade da consciência moral*” (FREUD, 1896/2005, p.173). Como Freud supõe uma experiência anterior a essa que produz prazer, que seria desprazerosa, propõe a seguinte fórmula: “*desprazer – prazer- recalque*” (idem. Grifo do autor). No desencadeamento da neurose, a recriminação se mantém inalterada, apresentando-se como sentimento de culpa “sem conteúdo” (idem). Esse sentimento é ligado a uma representação, que como toda substituição sintomática vem deslocada, desfigurada.

Na neurose obsessiva, “o sujeito se autorecrimina pelo gozo experimentado” (QUINET, 2002a, p.14). Quinet relê o que apresentamos do texto de Freud (1896/2005) com Lacan. A recordação da experiência é nomeada como “significante do gozo” e a autorecriminação como “significante que representa a lei indicando que o gozo é proibido, S1” (idem. pp.14-5). Ambos são recalcados, em seu lugar vem a escrupulosidade. Os sintomas obsessivos, a culpa de que o sujeito se queixa, ligados a representações deslocadas, “anódinas”, como diz Quinet, substituem a culpa de ter gozado. “A autorecriminação é um representante da lei, inscrita para o sujeito na neurose obsessiva, e ele fará um sintoma que sempre tem articulação edípica” (idem, p.15).

Como se pode ler no texto freudiano, o paranoico “não acredita na recriminação que acompanha a experiência de gozo” (QUINET, 2002a). Nas palavras de Freud (1896/2005, p.176, grifo do autor):

A vivência primária parece ser semelhante à da neurose obsessiva, a repressão acontece depois que essa recordação desprende desprazer, não se sabe como.

Porém não se forma nenhuma recriminação que seja reprimida depois, senão que o desprazer gerado é atribuído ao próximo segundo o esquema psíquico da projeção. *Desconfiança* (ressentimento para com os outros) é o sintoma primário formado. Em razão disso se negou a crença a uma eventual recriminação.

Essa descrença na autorrecriminação, no significante da lei, é reflexo da não internalização do significante da lei, isto é, do Nome-do-Pai. “A recriminação retorna no real da alucinação incidindo sobre o sujeito” (QUINET, 2002a, p. 15).

O “esquema de constituição do sintoma” (QUINET, 2002a, p. 15) ou da escolha da neurose relido por Quinet, corresponde ao encadeamento de dois significantes: significante do gozo e significante da lei, ou Nome-do-Pai. Como tudo em psicanálise é ressignificado *a posteriori* — *Nachträglich* — “o significante da lei transforma em retrospecto o significante do gozo no significante do traumatismo” (idem). Esses dois significantes, o do trauma e o da lei, representam “o par mínimo necessário para a constituição do sujeito: St – SI” (idem).

Como vimos na pena de Freud, os dois significantes são recalçados e surge em seu lugar a escrupulosidade. Na paranoia, o Nome-do-Pai (SI) é foracluído e o do trauma (St) retido. “O St não é submetido ao recalque, não se desloca, não desliza na cadeia significante. Ele congela, retendo o sujeito, preso então a esse significante que traz um gozo conotado como excessivo e desprazeroso” (QUINET, 2002a, p. 15). Estando o significante da lei foracluído, a recriminação retorna de fora do simbólico, seja na alucinação, seja na interpretação delirante em que tudo se transforma em sinal vindo do Outro que o persegue, ama ou trai. “O retorno do significante (SI) no real recompõe a cadeia significante, ao se ligar ao significante traumático (St) retido que fixa o sujeito: St – (SI)” (idem).

Podemos nos perguntar o por que de o retorno do significante no real, isto é, do significante fora da cadeia, não reconstituir a cadeia significante em outros tipos clínicos da psicose. Isso acontece pois nelas não há um significante retido ao qual o SI foracluído venha se ligar. Essa retenção do Um só acontece na paranoia. Esse Um, SI enquanto “o significante que comemora a irrupção de gozo” (QUINET, 2002a, p.16), tal como definido por Lacan em 1969-70/1992, marca a fixação, o congelamento do desejo na paranoia.

A tese de Quinet se associa, como ele próprio indica, à de Soler. A tese de Soler (2001) utiliza a operação da metáfora paterna para explicar a diferença do que ocorre na paranoia em relação aos outros tipos clínicos da psicose.

$$\frac{S}{S'} \cdot \frac{S'}{\alpha} \rightarrow S \left(\frac{I}{s} \right)$$

Figura 3. Fórmula da metáfora (Lacan, 1998, p. 563)

Essa é a fórmula da metáfora paterna apresentada por Lacan (1958/1998b, p.563), em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*. Como se pode ler, S é a letra que corresponde aos significantes, x a incógnita, à “significação desconhecida”. Lacan nos diz que o sucesso da metáfora depende da “elisão de S”, o que é representado graficamente pelo risco. Matematicamente falando, em uma multiplicação de frações, anula-se os termos semelhantes do numerador e do denominador. A substituição metafórica implica em um a mais de sentido. Na metáfora paterna o desejo da mãe é substituído pelo Nome-do-Pai, o falo é o resultado dessa operação produzindo a significação.

$$\frac{\text{Nome-do-Pai}}{\text{Desejo da Mãe}} \cdot \frac{\text{Desejo da Mãe}}{\text{Significado para o sujeito}} \rightarrow \text{Nome-do-Pai} \left(\frac{A}{\text{Falo}} \right)$$

Metáfora paterna (LACAN, 1958/1998b, p.563)

Para que o Nome-do-Pai possa advir como significado do desejo da mãe, é necessário que tenha havido uma primeira simbolização do Desejo da Mãe, metáfora cuja eficácia é justamente sua elisão. Quinet (2002a, p. 16) propõe que sua construção teórica está em acordo com a de Soler, “que para diferenciar o paranoico do neurótico, em que a inclusão do Nome-do-Pai barra o Desejo da Mãe (NP/DM), identifica-o na fração da metáfora paterna em que há Desejo da Mãe e sua significação enigmática (X): DM/X”.

Na paranoia, como nas outras psicoses, o Nome-do-Pai está foracluído, sua especificidade é de que há um significante do desejo da mãe, só que ele não é elidido, condição segundo Lacan para a eficácia da metáfora. Esse significante do Desejo da Mãe, nos diz Quinet (2002a, p. 16): é aquele ao qual “o paranoico está fixado, um significante mestre ‘retido’”, significante da irrupção de gozo.

3.5 Caso clínico

Traremos para o contexto desse trabalho todas as informações clínicas que julgemos necessárias para avançarmos na teoria, sempre tentando preservar ao máximo a identidade do paciente. Uribe estava com 34 anos no momento em que começamos a atendê-lo. O tratamento com a analista durou quase dez anos, durante esse tempo outros profissionais do CAPSad também conduziram o caso, e o trabalho da equipe, como veremos, foi de extrema importância.

Uribe nos foi encaminhado devido ao uso de múltiplas drogas, porém, na verdade, a queixa trazida pelo pai (que o acompanhou na primeira entrevista) não era de uso de drogas,

mas sim da falta de uso de drogas medicamentosas. Uribe já havia feito tratamento medicamentoso, quando esteve internado em um hospital psiquiátrico judiciário. Lugar em que cumpriu pena por um delito de cunho sexual e onde recebera o diagnóstico de esquizofrenia.

Tempos depois, quando já conseguia articular melhor sua fala, Uribe nos explicou que deixou de utilizar os remédios assim que saiu do hospital, pois não era esquizofrênico, e afirmou que o diagnóstico que lhe haviam dado estava errado. “Esquizofrênico”, nos disse ele, “é louco... eu não sou louco”. Explica que a “Organização” quis que ele fosse chamado de louco para que não acreditassem no que ele dizia, ele sabia do “decreto” que renderia a “eles” milhões. Ao invés da medicação, ele começou a usar drogas ilícitas em muita quantidade, diz que aí sim, que naquela época era muita “doidera”, muita “confusão com as mulheres”, “muitas brigas”. Ele próprio diz não saber contar direito os acontecimentos daquela época, o que interpreta como sendo efeito do uso de drogas. Mas ele conseguia usar seu corpo, não se lembra de ter impedimentos corporais para fazer as coisas nesse período.

Muito pequeno, Uribe tivera um problema nas pernas, e, segundo contou, teve que ficar meses sem andar, completamente “engessado”. Por vezes algo intervinha em seu corpo, dores que o impediam de andar. Apresentava vários fenômenos no corpo, por exemplo, seu joelho girava, isso acontecia para que ele não pudesse jogar futebol. Ele era “muito bom jogador”. Diz que quando jovem era professor de educação física, dava aulas de futebol. Se não fosse seu joelho, ele teria sido o melhor jogador do Brasil. Por vezes apontava para o joelho e dizia para a analista: “está vendo?”. Dizia que aquilo – a torção em seu joelho – era uma das coisas que aconteciam com o seu “corpo humano”.

3.5.1 Uribe, o não Gallo²⁰

Faremos um pequeno resumo da história de Uribe e num segundo momento falaremos do desenrolar do tratamento. Nós praticamente não tivemos contato com a família, que se manteve durante bastante tempo afastada do tratamento, aproximando-se apenas na época em que a equipe conseguiu com que Uribe utilizasse uma medicação, e apenas com essa visada.

Seu pai chamava-se Uribegallo, e ele dizia ter o mesmo nome que o pai só que sem gallo, era “Uribe sem Gallo”. Em uma única entrevista que tivemos com alguém próximo a

²⁰ Os nomes utilizados são fictícios, representando, no entanto, as conotações dos verdadeiros nomes.

Uribe, a pessoa nos disse, a propósito dos delitos de cunho sexual cometidos por ele, que o pai dele tinha o costume de mostrar o pênis para as meninas.

Toda a fala de Uribe gira em torno do pai. Seu pai tinha uma profissão, mas fazia algo para o qual não estava apto em termos de diplomação, precisava que outros assinassem por ele. Uribe não conta dessa forma, pois para ele, aqueles que assinavam eram incompetentes, e seu pai sabia fazer tudo. Todos tinham inveja dele. Em certo momento do tratamento, diz que desde pequeno “os sinais” dessa inveja, de que os vizinhos queriam o lugar de seu pai, já apareciam nos números das casas do lugar onde morava, eles, os vizinhos, queriam fazer mal a seu pai porque ele era o melhor, o único que tinha capacidade de fazer o que ele fazia. Chega a pensar que talvez sua doença e o fato de ter ficado engessado já fosse efeito da inveja dos outros para com seu pai. Fala de seu avô paterno que também era alguém admirado, grande na profissão e possuidor de todas as mulheres, um verdadeiro Gallo. Ele próprio tinha tido muitas mulheres quando era novo, pois diz que foi muito bonito.

Quanto à sua mãe e à família materna, ele é escasso em palavras. Uma vez apenas, disse que em certa situação precisou bater na cara de sua mãe, por alguma coisa que ela havia dito. Explica que ela não podia ter aberto a boca e ele teve que fazê-la parar de falar. Em geral, a única coisa que fala de sua mãe é que ela é “dona de casa”. Apenas a avó paterna tem um lugar diferenciado: ela era espírita e via coisas, sabia das coisas, achava que ela também sabia ler “os sinais”.

Uribe casou-se muito novo e teve uma filha. Um dos motivos — ao qual atribuía grande importância — de querer provar sua inocência era para se aproximar da filha. Sua ex-mulher conseguiu judicialmente um impedimento de visitação, ele só podia vê-la em presença de seus pais, quando a filha ia à casa deles. Ele queria muito que a filha trabalhasse com ele, que construíssem uma grande empresa e ficassem “milionários”. Uma ideia que não lhe saia da cabeça era o fato de que o novo marido da ex-mulher assediasse sexualmente sua filha.

Ele respondeu judicialmente por alguns delitos de ordem sexual, segundo ele contava, ocorriam sempre em ambientes públicos, envolvendo meninas. Na verdade, ou não entendia o porquê de dizerem que o que ele havia feito era um crime ou dizia que o outro teria feito com ele aquilo de que era acusado. Em uma determinada situação, em que teria posto a mão de uma menina em seu pênis, ele demonstra, inclusive com desenhos, como a mão da menina teria batido em seu pênis. A forma como falava da mão era de causar estranheza, como se fosse um órgão destacado do corpo, como se a mão fizesse algo sozinha, independente dele, o mesmo ocorrendo com a mão do outro, nesse caso a da menina. A mãe da menina viu a situação da janela de sua casa que dava para a piscina do prédio. De acordo com Uribe, da janela ela não

tinha o ângulo de visão para ver o que realmente acontecera. Ele sim tinha sido vítima da mão da menina, que poderia tê-lo “machucado” ao “bater” em seu pênis enquanto estava “distraído nadando”.

Não vamos discorrer sobre todos os delitos, porque exporiam muito o paciente e não caberiam na proposta desse trabalho, mas queremos frisar que na produção dos documentos que criara, a prova de sua inocência vinha justamente do fato de que o outro era quem havia feito aquilo de que o estavam acusando. Por isso, dizia necessitar de uma sexóloga, dizia que se lhe permitissem fazer algumas perguntas à suposta vítima diante de uma sexóloga ela iria ver que seria impossível que ele tivesse feito aquilo de que era acusado. Uribe tinha três perguntas que o inocentariam, mas não lhe deixavam fazê-las, pois se fosse inocentado poderia reivindicar tudo que lhe fora roubado. Ele mostraria que vários agentes da justiça faziam parte da “Organização”, motivo de nunca terem lhe dado a chance de se defender e fazer as perguntas certas.

Em uma sessão, Uribe nos conta um episódio que parece ter sido o fator desencadeante de sua psicose. Um tio morreu queimado ao tentar salvar pessoas em um incêndio. Ele não sabe dizer exatamente o que aconteceu. No desenrolar do tratamento vai construindo uma história delirante que se inicia com um decreto a que esse tio teria tido acesso. Um decreto cujo teor daria àquele que o conhecesse a oportunidade de montar toda uma estrutura de prevenção de incêndios e permitiria que a pessoa ficasse “milionária” ao implantar esse sistema. Chega a pensar que o tio teria sido queimado, teria sido “eliminado” por conta de ter tido acesso ao decreto.

Conta que começou uma empresa com um primo, pouco tempo após a morte desse tio, eles teriam ganhado milhões juntos caso tivessem implantado o sistema. Mas houve toda uma conspiração para afastá-lo da empresa. Por isso ele foi acusado e condenado por um crime que não cometera. Roubaram tudo dele. O diagnóstico de esquizofrenia lhe teria sido dado para que ele fosse considerado incapaz e não lhe permitissem recuperar o que lhe fora roubado.

Segundo ele, a “Organização” sabia daquele decreto. Muitas pessoas no mundo todo faziam parte dessa organização. “Eles” estavam nas delegacias, nos fóruns, nos hospitais, em toda parte. O vigiavam o tempo todo, modificavam seus “documentos” — processos que ele abria contra pessoas ou órgãos públicos ou processos em que ele era réu.

Certa vez disse que entraram em sua casa para pegar os “documentos” — folhas em que ele escrevia todas as provas de sua inocência para entregar para a analista — e ele vira os “sinais” que eles deixaram. Todos os sinais que lhe enviavam foi para que ele soubesse que queriam matá-lo, mas matavam outras pessoas para que Uribe não esquecesse o quão

poderosos eles eram. Por exemplo, houve uma situação em que um prédio pegou fogo, ele chegou à sessão extremamente atordoado, com muitos papéis em que desvendava todos os “sinais” que a “Organização” lhe teria enviado para que ele soubesse que aquelas pessoas morreriam por culpa dele.

Segundo Uribe, tudo funcionava por “onomástica”. Por exemplo: um determinado nome que ele tenha escutado em noticiário de jornal, em uma propaganda, enfim, em qualquer lugar, passa a se referir a vários nomes da vida dele próprio. Podemos citar a vez em que havia uma notícia sobre alguém que se chamava Geralda, essa notícia havia sido implantada por “eles”, pois Geralda se referia à “geral – da”, como a geral do Maracanã, e ao fato de ele estar impossibilitado de jogar futebol e daí por diante. Os significantes, principalmente os nomes próprios e os números, eram decompostos, recompostos, a partir da junção de pedaços de um com pedaços de outros, bem aos moldes do processo primário, de tal forma que, não havendo ponto de basta, as combinatórias iam num sem fim, sendo bastante difícil qualquer intervenção por parte da analista, até mesmo no sentido de terminar a sessão, pois sempre havia mais a ser dito.

Numa certa ocasião, a “onomástica” feita com o nome da analista fez com que Uribe caísse na “armação deles”. Uma moça no porto se apresentou com o nome de Adriana e ele entendeu que era um sinal: ele deveria ajudá-la, pois ela disse que estava sem dinheiro e não tinha para onde ir. Uribe a levou para a casa dele e no dia seguinte ela foi embora, não sem levar alguns de seus pertences. De acordo com a interpretação de Uribe, “eles” usaram o nome da analista para avisá-lo que sabiam que ele estava se tratando, como “eles” não podiam usar a analista, usaram o seu nome. Apesar de ter ficado muito chateado com o roubo, o fato de “eles” não terem influência sobre a “psicóloga” e precisarem usar o nome, de acordo com ele era a única coisa que eles podiam fazer, teve o efeito de acalmá-lo.

O nome “Adriana” não surgiu sem razão. Na realidade concidentemente, Uribe se tratava no CAPSad com três Adrianas: a analista, a assistente social e a enfermeira, mas as distinguia bem. Com o decorrer do tratamento dizia tratar-se com “suas” Adrianas, o que como veremos teve um efeito muito positivo no caso dele, e não só sua fala ficou muito mais organizada, como já não era angustiante para ele o término do atendimento.

3.5.2 Uma hipótese diagnóstica: esquizofrenia paranoide

Em relação ao diagnóstico de esquizofrenia paranoide, pinçamos na obra de Freud seu diagnóstico para o caso Schreber com a seguinte explicação:

Nossos supostos sobre as fixações predisponentes na paranoia e na parafrenia permitem facilmente entender que um caso possa começar com sintomas paranoides e, entretanto, se desenvolver na direção de uma demência; que fenômenos paranoides e esquizofrênicos se combinem em todas as proporções, e possa se produzir um caso como o de Schreber, que merece o nome de ‘demência paranoide’: da parte (*da razón*) do parafrênico pela relevância da fantasia de desejo e das alucinações, e do caráter paranoide pelo mecanismo de projeção e o desenlace (FREUD, 1911 [1010]/2005, pp.71-2).

Ao questionar o diagnóstico possível para o caso princeps de sua tese, o caso Aimée, Lacan faz as seguintes observações:

A psicose paranóide esquizofrênica, de Claudel, deve ser deixada de lado [...]. Nossa paciente conservou nos limites normais a noção de sua personalidade; seu contato com o real manteve uma eficácia suficiente; a atividade profissional prosseguiu até a véspera do atentado. Estes sinais eliminam tal diagnóstico. [...] Paranoia (*Verrücktheit*), este é o diagnóstico ao qual nos prenderíamos a partir de agora, se uma objeção não nos parecesse poder ser levantada em virtude da evolução curável do delírio em nosso caso. (LACAN, 1932/1987, pp. 199-200).

Apesar da possível objeção a que se refere Lacan, isto é, de a de Kraepelin não incluir a possibilidade de cura na paranoia, Lacan sustentou o diagnóstico de paranoia de autopunição.

Nosso paciente chega ao CAPS com uma fenomenologia esquizofrênica. Sua fala se apresenta sem nenhum ponto de basta, afetado por “sinais” diversos e dispersos que se referem a ele. Não referia estar ouvindo vozes, mas parecia estar respondendo a elas. Era muito difícil acompanhar sua fala, pois quicava de um significante ao outro, sem nenhum nexos aparente, cada percepção promovendo uma nova fala que nunca se concluía. Havia uma pulverização de significantes, não conseguindo fixar sua fala a partir de nenhum deles. Além disso, fazia um uso intenso de drogas, especialmente a cocaína. Rapidamente largou o seu uso, passando a utilizar, esporadicamente, a maconha. No momento em que, durante o tratamento, ele se identificou como inocente dos crimes que lhe eram imputados e começou a escrever documentos para a psicanalista que o inocentariam – “psicóloga” a quem atribui o poder de não ser atingida por aqueles que lhe querem fazer mal –, foi se promovendo uma diminuição da angústia e uma localização do gozo no Outro, no caso a “Organização”. O que permitiu, por exemplo, que ele pudesse falar com pessoas que ele identificasse como não fazendo parte dessa organização.

Não nos parece que os fenômenos esquizofrênicos tivessem a ver com as drogas, que seriam elas que provocassem uma pulverização e mascarassem a paranoia. Em nossa experiência, na maioria das vezes, o uso de drogas, especialmente a cocaína, promove fenômenos psicóticos do tipo da paranoia, principalmente ideias delirantes de perseguição ou de ciúmes, a pessoa fica “ligada”. A cocaína é utilizada, segundo o relato de muitos pacientes,

para cortar o efeito do álcool, efeito de sono, de não saber mais o que está fazendo, enfim o “porre”. Dizem que utilizam a cocaína para ficarem “zerados” e poder começar a beber novamente. Ou seja, a cocaína geralmente promove uma ligação, e não uma dispersão. Além disso, rapidamente Uribe parou o uso intenso de cocaína e a fenomenologia esquizofrênica permaneceu. Ainda que desde o início do tratamento Uribe se mostrasse perplexo diante dos sinais que lhe eram enviados pelo Outro, pensamos que a saída dessa perplexidade para a construção delirante que lhe permitiu organizar essa enxurrada de “sinais”, ou seja, a paranoização, foi efeito do trabalho analítico.

3.5.3 Uso de drogas e fenomenologia psicótica

Gostaríamos de fazer referência a um fato clínico: alguns pacientes psicóticos suportam com muita “facilidade” os sintomas de abstinência que afetam o corpo. Temos verificado que isso ocorre, na maioria das vezes, quando esse uso está servindo de moderador do gozo do Outro e o sujeito começa a prescindir desse recurso. Nossa hipótese é de que essa “facilidade” é em verdade fruto de seu corpo já ser o lugar do gozo do Outro, o que lhe causa tanto sofrimento, como indicam inúmeras falas recolhidas de nossos pacientes, as quais revelam o tratamento do corpo na esquizofrenia: “nasceram ossos de galinha”; “pegou algo de dentro da minha cabeça”; ou mesmo um paciente que é obrigado a ficar pelado com a cabeça dentro da terra para “não ver o olhar de Deus”. Parece-nos que para esses pacientes os sintomas de abstinência no corpo são bem menos invasivos que o gozo do Outro.

Nossa hipótese é de que o tratamento analítico aparecia como uma barreira para Uribe, como um moderador do gozo do Outro, ao mesmo tempo em que o gozo sai da dispersão e se localiza na “Organização”, permitindo com que algumas pessoas se localizem fora dela, o que promoveu uma pequena diminuição da angústia. Desse modo, Uribe pode prescindir das drogas, que para ele tinham essa função. A nós, nos parece que isso ocorreu com o estabelecimento da transferência, em que a analista é suposta não poder ser atingida pela Organização, o que posteriormente é ampliado para o CAPSad como um todo. Em momento algum ele reclamou dos sintomas de abstinência, nem mesmo a abstinência lhe fora demandada, foi ele quem disse que não estava usando drogas, usava apenas maconha, às vezes. Isso ocorreu logo no início do tratamento. Mais tarde, ele se identificou como maconheiro, dizia se tratar no CAPSad por fazer uso, mesmo que só às vezes, de maconha. A identificação com o nome maconheiro, paradoxalmente, por um lado, o identifica com um usuário de drogas, por outro, permitiu uma primeira estabilização por conta de um nome que

lhe dissesse quem ele era. Ser maconheiro permitiu a Uribe fazer tratamento em um CAPSad, apesar de ter deixado o uso de múltiplas drogas.

3.5.4 Esquizofrênico não, maconheiro sim

Com o termo estabilização pretendemos nos referir àquilo que Lacan (1955-56/1988, p. 231) ilustra com o tamborete que deveria ter quatro pés, o que daria uma certa estabilidade ao sujeito, mas alguns, segundo ele, contam com apenas três pés. Nessa passagem de seu seminário sobre as psicoses, Lacan está se ocupando com o que denomina a pré-psicose, “a saber, o sentimento de que o sujeito chegou à beira do buraco” (p. 230). A falta desse pé, isto é, de um significante que sustente a referência fálica, está dada de saída, ou melhor, na própria estruturação da subjetividade, porém, até determinado momento de sua vida, o sujeito consegue manter uma certa estabilidade usando uma bengala no lugar do pé que lhe falta. Nas palavras de Lacan:

É possível que de saída não haja no tamborete pés suficientes, mas que ele fique firme assim mesmo até certo momento, quando o sujeito, numa encruzilhada de sua história biográfica, é confrontado com esse defeito que existe desde sempre. Para designá-lo, contentamo-nos até o presente com o termo *Verwerfung* (LACAN, 1955-56/1988, p. 231)

Após o momento do desencadeamento da psicose, como nos ensina Freud (1924/2006), a reconstrução da realidade não conta, como na neurose, com o auxílio da fantasia, isto é, lhe falta o Édipo como referência à qual possa recorrer. Esse buraco com que o sujeito se depara, tal como nos adverte Lacan, é o buraco da ausência do Nome-do-Pai, que por não fazer sua inscrição no campo do Outro implica em uma série de efeitos no que diz respeito à significação que, nesse caso, não é basteada pelo falo. Lacan aduz:

Na psicose, é o significante que está em causa, e como o significante não é nunca solitário, como ele sempre forma alguma coisa de corrente – é a significância mesma do significante – a falta de um significante leva necessariamente o sujeito a reconsiderar o conjunto significante (LACAN, 1955-56/1988, p. 231).

Alguns sujeitos conseguem fazer um “remendo”, como nos diz Freud (1911 [1910]/2005), sendo o delírio, não a doença, mas uma tentativa de cura. O que se apresenta na clínica é que nem todos conseguem fazer uma metáfora delirante que lhes sirva como remendo diante desse buraco e, mesmo para os que conseguem, ela ainda comporta uma fragilidade, tal como qualquer remendo. De toda forma, a proposta de Lacan no seminário sobre as psicoses é de que a orientação do tratamento seja a da construção de uma metáfora

delirante como possibilidade de estabilização para o psicótico. O caso *princeps* para a articulação teórica de Lacan nesse momento é Schreber, a metáfora delirante “a mulher de Deus” tendo sido a possibilidade da estabilização de sua psicose.

O nome “maconheiro”, a nosso ver, permitiu uma identificação imaginária, uma primeira estabilização durante o tratamento. Essa identificação era muito importante para ele e foi respeitada pela equipe. Num determinado momento do tratamento, a assistente social verificou a possibilidade de ele se aposentar. Ele queria se aposentar por conta de um problema na coluna, não por ser louco. Entendeu-se que para ele seria insuportável que lhe fosse oferecido tentar se aposentar por conta da esquizofrenia.

O uso da medicação também foi algo que precisou ser trabalhado a partir dessa identificação. Logo no início do tratamento, a recusa em tomar medicação se acirrou, pois ele interpretou que haviam adulterado o remédio que o psiquiatra passou para ele. “Eles” trocaram o medicamento que a mãe comprou na farmácia, e o medicamento provocou um “estalo” em seu ouvido, a partir daí relata ficar ouvindo um “ruído” em sua cabeça. “Eles” têm acesso a tudo. Uribe resolveu que não iria tomar nenhum medicamento, pois “eles” iriam adulterar todos os remédios que sua mãe comprasse.

Só depois de muitos anos de tratamento e muitos documentos escritos, foi possível que Uribe aceitasse uma terapêutica medicamentosa, desde que essa fosse administrada no CAPSad, uma vez que ali “eles” não tinha como intervir. Esse é um momento importante no tratamento, Uribe havia estabelecido transferência com a assistente social e com a enfermeira, além da analista. “Suas Adrianas”: uma cuidava de seus “documentos”, outra da “documentação”, dos papéis dele, e a terceira de seu “corpo humano”.

Como não tinha problemas mentais, era apenas maconheiro e não esquizofrênico, dizia não precisar tomar remédio. Foi preciso muito trabalho para que ele entendesse que o uso de drogas havia deixado algumas sequelas que a medicação poderia ajudar a resolver, por exemplo, a dificuldade de ele conciliar o sono. Dessa forma, Uribe aceitou ser medicado desde que na instituição e pela Adriana-enfermeira, pois ela sabia tratar o “corpo humano” dele e o medicamento não seria adulterado. Assim foi feito, ele ia ao atendimento para tomar haldol decanoato com a Adriana, e quando eventualmente, por férias ou algo do gênero, ela não podia aplicar a injeção, aceitava que a “assistente” dela o fizesse.

Questionamo-nos sobre a possibilidade de a identificação ao nome maconheiro, por ter permitido uma certa estabilização, ser uma metáfora delirante. A metáfora delirante a ser produzida pelo trabalho do delírio era a proposta do tratamento por Lacan em 1958 (LACAN, 1958/1998), promovendo uma estabilização no quadro psicótico e possibilitando o

estabelecimento de laços. Tendemos a pensar que não. De fato, essa identificação deu a ele uma certa estabilização e permitiu que sustentasse seu tratamento, mas toda a sua construção delirante se deu, como vimos, por outro viés, o de provar sua inocência. Talvez o trabalho de produção dos documentos, o que de fato pensamos que tenha sido estabilizador nesse caso, tenha permitido essa identificação, que lhe era apaziguadora, contribuindo, por sua vez com a estabilização do quadro.

Nossa hipótese é de que por não portar o Nome-do-Pai, os crimes de seu pai — burlar a lei em sua profissão e mostrar o pênis para as meninas — retornam nos delitos que o próprio Uribe comete em público, e na incessante tentativa de provar que aqueles que portam a lei, delegados, juízes etc., na verdade a burlam, adulteram documentos para obterem vantagens.

Retomando a proposta de Quinet (2002a), que considera que a paranoização da esquizofrenia é diferente da paranoia pura, o que pudemos ver acima, é a diferença com que Freud e Lacan diagnosticam seus casos princeps, demência paranoide para Schreber e paranoia para Aimée: “Em ambos os casos, contudo, há a fixação de um significante mestre que representa o sujeito, pois na paranoia, o significante representa o sujeito para outro significante” (QUINET, 2002a, p.21). A paranoização depende de que um significante mestre permita o remanejamento da cadeia significante, antes dispersa na esquizofrenia. No caso de Schreber, esse significante é o “*Luder*, que significa ordinária, vagabunda, e também engodo, logro, chamariz” (idem). Esse significante é o que permitiu a Schreber a produção da metáfora delirante “a mulher de Deus”.

Não conseguimos identificar uma metáfora delirante que tenha permitido a estabilização no caso de Uribe, tal qual a “Mulher de Deus” para Schreber. Entretanto, houve uma localização do gozo no Outro, a “Organização”, e se por muito tempo isso não foi capaz de promover um remanejamento significante capaz de permitir uma estabilização, função do delírio, em determinado momento do tratamento houve uma virada e Uribe conseguiu uma estabilidade. De toda forma, como bem lembra Maria Anita Carneiro Ribeiro (2002, p. 137): “(...) a construção delirante nem sempre leva à elaboração de uma metáfora satisfatória que faça suplência (...) [mas] o próprio trabalho do delírio endereçado a um outro que não julga nem interfere tem um efeito subjetivo”. Nosso trabalho de secretário do alienado, tal como proposto por Lacan (1955-56/1988), permite que o sujeito encontre suas soluções.

A paranoização da esquizofrenia, no caso de Uribe, se dá a partir da transferência. Mas diferia da forma que isso assume mais frequentemente, quando “O analista aparece, então, como um Outro de uma das formas da paranóia: como perseguidor, objeto da erotomania ou

alguém que trai o sujeito, colocando o analista em situação bastante difícil” (QUINET, 1997, p. 116).

Uma vez Uribe atribuiu à analista a beleza que atribuía a si mesmo. Disse que cuidava de seu físico, mas que as coisas que aconteciam com seu “corpo humano” não permitiam que ele ainda tivesse o mesmo físico de quando era jovem... que tinha sido professor de educação física... que ele tinha muitas mulheres dando em cima dele quando era jovem, pois era muito bonito. Mas diz que ainda olham muito para ele, faz poses, afirma: “você sabe como é”. Julga que todo mundo deve dar em cima da analista por ela ser bonita. O que precisou ser manejado no sentido de não se tornar uma erotomania. O que de fato não ocorreu. A transferência que poderíamos dizer negativa, nesse caso, impediria o tratamento.

Guerra (2010, p.20) nos diz que “a direção do tratamento com as psicoses parte da tentativa de operar alguma maneira de circunscrição do gozo e de intervenção sobre o Outro já que a interpretação não está do lado do analista, mas antes do lado do sujeito”. Isso porque, como adverte Quinet (1997, p.59): “interpretar enquanto busca de sentido é exatamente o que faz o sujeito a partir do trabalho delirante. E não cabe ao analista competir com o sujeito”. A transferência no caso de Uribe permite essa circunscrição do gozo do Outro, visto que a analista não pode ser atingida por “Eles”, permitindo que o sujeito inicie a produção dos “documentos” de sua “inocência” com a certeza, que o acalma, que dentro do CAPSad eles estarão salvaguardados da Organização.

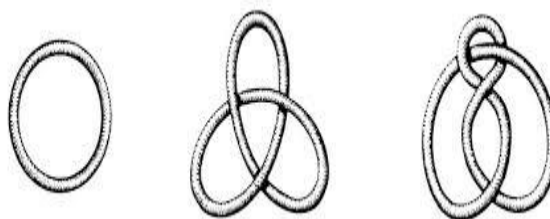
O analista, no trabalho com psicóticos:

(...) precisa se precaver de encarnar o Outro, buscando um lugar vazio de gozo que possa produzir um corte capaz de convocar o sujeito na psicose. É preciso barrar o gozo do Outro, criando intervalos nos quais o sujeito possa se alojar. Seja pela via imaginária, seja pela via simbólica, seja pela via real, orientar-se pelo estilo de construção de respostas de cada sujeito é o vetor que orienta a clínica das psicoses, após a coragem lacaniana de propor a elas um tratamento possível (GUERRA, 2010, p.21).

Se não foi uma transferência que incluiu a analista no delírio, se a paranoização de Uribe salvaguardou sua analista, e se não podemos identificar uma metáfora delirante no caso, o que então seria o “maconheiro” e como explicar a transferência na singularidade do caso?

3.5.5 Documentos, documentação e corpo humano: um nó

“Rodinhas de barbante” é como Lacan (1975-76/2007) denomina o círculo, ou seja, a figura com que se planifica o nó trivial.



A figura da esquerda corresponde à planificação do nó trivial, que é “uma espécie de ‘elemento neutro’, como o é o 0 nos números, ou o vazio na teoria dos conjuntos” (AMSTER, 2010, p.116). A teoria dos nós estuda a forma como eles submergem no espaço. O artifício para que se possa escrevê-los é justamente sua planificação. O espaço é tridimensional, diferentemente da superfície que tem duas dimensões, donde a planificação implica em um redimensionamento para que seja escrito em uma folha de papel. Amster (2010, p. 117) define o nó da seguinte forma: “um nó de n componentes é um conjunto de n circunferências disjuntas, submergidas no espaço tridimensional”.

O nó de trevo, figura central, “como objeto topológico é uma circunferência que tem o capricho de estar submergida de certa maneira particular no espaço” (AMSTER, 2010, p.117). Significa que a diferença entre o nó trivial e o nó de trevo é a maneira como eles estão submergidos no espaço. Eles são equivalentes, isto é, ao deformarmos um obtemos o outro. O mesmo acontece com o nó da direita.

Existem nós que não são equivalentes, o nó borromeano é um exemplo desse tipo de nó. Quando o laço que une os nós que o compõe se desata, no caso de ser um enlace de três, teremos três nós triviais, estes sim equivalentes. O que faz com que, ao identificar o imaginário, o simbólico e o real a cada um desses nós triviais que se enlaçam em um nó borromeano, Lacan (1974-75/2019) diga que são três consistências equivalentes.

A primeira vez que Lacan se refere ao nó borromeano é em *O Seminário, livro 19: ...Ou pior (1971-172)*, ao discutir a frase “*Peço-te que recuses o que te ofereço porque: não é isso*” (LACAN, 1971-72/2012, p. 7, grifo do autor). O nó é introduzido quando Lacan verifica que há um enodamento entre os três verbos da frase. Pergunta-se o que aconteceria aos outros dois verbos da frase caso um deles fosse retirado. Aduz: “Se retirarem a recusa, o que poderá significar a oferta de um pedido?” (p. 88). O desatamento de cada um desses verbos de seu nó, nos diz Lacan, revela “o que vem a ser esse efeito de sentido como o que chamo de objeto *a*” (idem).

A propriedade do nó borromeano é de que, ao se desatar um elo, uma rodinha de barbante, o nó se desfaz, todos os elos se desatam²¹, como na frase, o que faz com que Lacan evoque a cadeia significante, em que sempre implicou “essa concatenação” (LACAN, 1971-72/2012, p. 88). Se o nó borromeano necessita de no mínimo três, posto que é a terceira rodinha que os amarrará borromeamente, isso não impede que existam nós de n elos se enlaçando borromeamente.

No ano seguinte, 1973, em uma lição do *Seminário livro 20: mais, ainda*, intitulada “Rodinhas de Barbante”, Lacan (1972-73/1985) trabalha novamente o nó borromeano, dizendo que mostrará sua importância e sua relação com a escrita definida como “aquilo que deixa traço de linguagem” (p.167). Retoma a frase com a qual havia introduzido o nó no ano anterior, em resposta ao *porque: não é isso*, Lacan diz que sabemos o que é, “é o objeto a ”.

O objeto a não é nenhum ser. O objeto a é aquilo que supõe um vazio de um pedido, o qual, só situando-o pela metonímia, quer dizer, pela pura continuidade garantida do começo ao fim da frase, podemos imaginar o que pode ser de um desejo que nenhum ser suporta. Um desejo sem outra substância que não a que se garante pelos próprios nós (LACAN, 1972-73/1985, p. 171)

O desejo implicado no pedido da frase do seminário 19 é referido ao objeto a , objeto suposto satisfazer o gozo. O que está em questão é a não relação sexual. Diferentemente da suposta pulsão genital que permitiria uma complementariedade entre dois parceiros, a relação entre dois seres, Freud afirma que a fase fálica implica em que tanto a menina como o menino sejam falocêntricos, posto que no inconsciente o que se inscreve do sexo é o falo, objeto do desejo que levaria Lacan a criar o conceito de objeto a – objeto que causa o desejo.

À medida que a fala morde o ser, esse ser é furado. Como se diz na gíria que algo é uma “furada”, isto é um engodo, algo que já não acontecerá de saída. A relação entre dois seres é uma furada, um engano, pois, no homem, a linguagem faz com que o objeto seja perdido, *porque não é isso*, porque não se trata de um objeto do mundo sensível, dos objetos de troca que permitiriam ao sujeito esse gozo do ser. O ser se perde junto com a perda de seu objeto suposto fazê-lo gozar de ser Ser.

O furo no simbólico é o recalque original, cujo efeito é o sujeito dividido. Sujeito, em que o objeto que lhe causa o desejo, o objeto a , é o resto da castração no Outro. Outro que “só se apresenta para o sujeito numa forma a -sexuada” (LACAN, 1972-73/1985, p.172). Lacan

²¹ De acordo com Amster (2010, p. 117): “(...) é importante observar que o espaço tridimensional é o único apropriado como ‘espaço ambiente’ dos nós. Como se menciona em RSI, é fácil ver que no espaço quadrimensional (calculável mas não imaginável, segundo Lacan) duas ou mais circunferências, por mais enodadas que estejam, sempre podem se separar. Essa é uma das virtudes mais celebradas da quarta dimensão: a possibilidade de desfazer uma cadeia sem romper os elos”.

está preocupado, nessa lição, com a existência do Um, do Há Um que ele havia frisado no ano anterior. Se o homem é *falasser*, isso implica em que há inscrição dos S1, desses Uns que, como já foi mencionado, comemoram a irrupção do gozo (LACAN, 1969-70/1992).

O nó borromeano, afirma Lacan, “é a melhor metáfora do seguinte: que nós procedemos do Um” (LACAN, 1972-73/1985, p.174). Há uma preocupação, nessa lição, em diferenciar a “solidão” do Um — posto que não há uma amarração verdadeira “com nada que pareça o Outro sexual” — da cadeia significante, “cujos Uns são feitos da mesma maneira, de não serem outra coisa senão Um”. Os Uns da cadeia se enodam, pois são Uns. O Um não se amarra ao Outro, ele não é Um, ele “é o Um-a-menos” (idem). Ou seja, “esse Outro na medida em que se inscreve a articulação da linguagem deve ser barrado”, quer dizer que falta um significante no Outro S (\bar{A}). Dessa forma, o “Um é algo que se sustenta [...] que se conta sem ser” (idem, p.178).

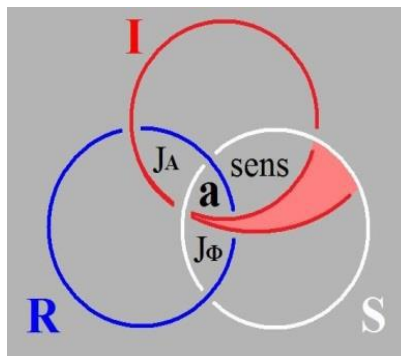
A rodinha de barbante é “a mais eminente representação do Um, no sentido em que ela encerra apenas um furo” (LACAN, 1972-73/1985, p.173). Lacan se pergunta para que serve o nó borromeano, a resposta que é dada nesse ponto é “para representar para nós essa metáfora tão divulgada para exprimir o que distingue o uso da linguagem — a cadeia, precisamente” (idem). O exemplo que Lacan nos fornece do rompimento de um dos elos da cadeia soltando todos os outros é justamente a psicose, as frases interrompidas de Schreber, em que a exigência da frase não é cumprida, pois falta um elo.

Ao articular os três registros em RSI, Lacan dirá que a linguagem não é “simplesmente um tampão, ela é isto onde se inscreve a não relação sexual” (LACAN, 1974-75/2019, p. 16).

Em 1974-75, Lacan propõe uma constituição borromeana do sujeito. “O Um do sujeito [...] é equivalente ao Um do nó borromeano” (QUINET, 2006, p.118). O entrelaçamento dos três registros Real, Imaginário e Simbólico, dos três nós triviais, formam um só nó, o nó Borromeano.

Logo na primeira lição (10 de dezembro de 1974) desse seminário, Lacan (1974-75/2019) localiza o objeto *a* no furo central do nó borromeano. É ele quem inscreve a função do sentido, tanto no imaginário quanto no simbólico. “As outras duas funções, que se revelam disso que deve ser definido a partir do ponto central, permitindo acrescentar três outros pontos”²² (LACAN, 1974-75/2019, p. 10). Lacan diz tratar-se, nesses pontos, do gozo.

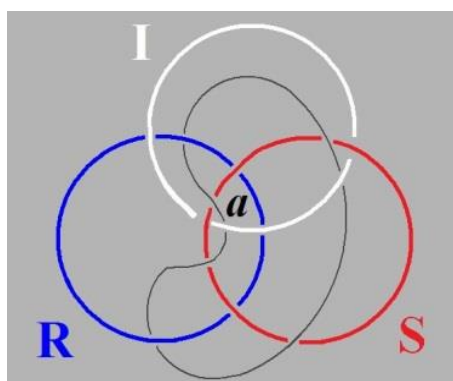
²² No original: *Les deux autres fonctions, celles qui relèvent de ce qui est à définir comme au regard du point central permettant d'y ajouter trois autres points, ceci est quelque chose à définir.*



Ao se questionar sobre o gozo da vida, Lacan identifica a vida ao real, ao que ex-siste, o que podemos interpretar como uma releitura da mortificação da linguagem sobre o ser, a que nos referimos anteriormente como a mordida da fala no ser. Essa vida participa do imaginário e do simbólico, de tal forma que o gozo da vida se situa nesse ponto central, no objeto *a*, que “conjuga as três superfícies que igualmente se cruzam” (LACAN, 1974-75/2019, p. 10).

Se os três registros são três nós triviais, então cada um tem um furo, o que, segundo Lacan (1974-75/2019, p. 24), Freud percebeu, tanto que “precisou tudo que há de pulsões no corpo como estando centradas em torno da passagem de um orifício ao outro”.

No que tange a neurose, Lacan (1974-75/2019) infere que Freud propõe um nó de quatro, o quarto elo sendo a realidade psíquica que corresponde ao Édipo. O enodamento do real, imaginário e simbólico se dá por uma “função suplementar: em suma de um toro a mais, aquele cuja consistência seria referir-se à dita função do pai²³” (idem, p.39). Os Nomes-do-Pai, suas versões são o quarto nó que enlaça os registros na neurose.



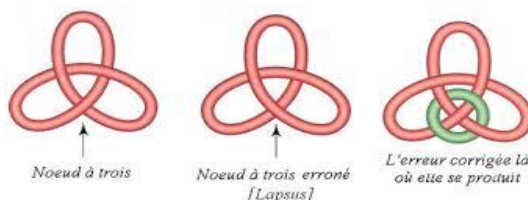
O sintoma é uma ação suplementar. No caso da neurose essa suplência é dada pelas versões do Nome-do-Pai, cuja função é de nomeação, portanto, tem a ver com o simbólico, o

²³ No original: Cette fonction supplémentaire: en somme d'un tore de plus, celui dont *la consistance* serait à référer à *la fonction dite du Père*.

que faz com que Lacan diga que o sintoma é uma forma de se gozar do Inconsciente (LACAN, 1974-75/2019, p.47).

Em uma sessão do *Seminário RSI*, Lacan faz um erro no momento de fazer o nó borromeano, que teria sido notado por dois de seus alunos. Observa então que esse erro demonstra que, ao se trançar os nós, se pode fazer um falso nó borromeano, isto é, não todos os elos ao se soltarem soltam todos os outros, mas isso acontece caso o elo se solte em um determinado sentido. No ano seguinte, Lacan (1975-76/2007) retoma essa possibilidade de haver uma falha ao se trançar o nó.

No caso da paranoia, Lacan propõe um enodamento dos registros a partir do nó de trevo. Afirma: “ele [o sujeito] é suportado apenas pela continuidade deles. O imaginário, o simbólico e o real são uma única consistência, e é nisso que consiste a psicose paranoica” (1975-76/2007, p. 52). Da mesma forma, as três modalidades de gozo, o do sentido, o gozo do Outro e o gozo fálico estão em continuidade, “O paranoico, apesar da elisão do falo [...] tem o gozo fálico à sua disposição, o que lhe permite ter parceiros sexuais, porém à custa de ter seu desejo congelado no imaginário” (QUINET, 2006, p.122). Lacan indica o *sinthoma* como uma correção, “supondo produzir-se no lugar exato, digamos, do traçado do nó que sai errado” (idem, p.94), exatamente no lugar onde se produziu o lapsus.



Apesar de não dizer que Joyce era ou não psicótico, Lacan propõe nesse seminário (1975-76/2007), que a obra de Joyce é seu *Sinthome*.

No caso de Uribe, quando do início de seu tratamento, os três registros estavam desatados promovendo toda a sorte de efeitos do rompimento, como vimos, fenômenos de fala e de corpo. Nesse caso, “A direção do tratamento visa, então, a uma construção simbólica — metáfora delirante ou ego — que restitua a coesão dos três registros e permita ao sujeito se orientar no sentido da realidade” (RIBEIRO, 2002, p.139). No caso de Uribe nos parece que a solução foi sua nova versão de ego: Gallo.

Houve uma paranoização da esquizofrenia durante o tratamento de Uribe, mas isso não foi suficiente para constituir uma metáfora delirante e de fato localizá-lo na cadeia significante. Sua intensa produção de documentos lhe permitiu ir organizando sua história, mas não funcionou de fato como uma suplência, um ego. A identificação imaginária com o

nome maconheiro teve muitos efeitos no caso de Uribe, permitiu, junto com o trabalho do delírio, que ele não necessitasse do recurso ao uso intenso de drogas como moderador do gozo do Outro.

Por outro lado, o que realmente funcionou como uma amarração para Uribe foi sua transferência com as três Adrianas da equipe. O que inclusive dilui a onipotência do Outro, que não pode tudo, A Adriana dividida em três. Cada uma das Adrianas identificada como num determinado registro, cada uma “organizando” uma parte de sua vida. Espelhando a própria organização da realidade para Uribe.

A escrita de seus documentos lhe possibilitava uma escrita de sua história, algo em torno desse Gallo que não lhe foi dado e que retornava em seus atos. A organização de sua documentação (que ele não tinha), lhe dando uma identidade, ele queria votar. O cuidado com seu corpo humano como que dando uma consistência, permitindo inclusive o tratamento medicamentoso.

Desse modo, Uribe pode esvaziar bastante seu delírio. Conseguiu terminar de escrever os documentos comprovando sua inocência. No dia em que ele entregou o último documento de sua “defesa” à analista, disse estar “livre”. Os documentos iam ficar ali, e se um dia fosse possível, ele os usaria para provar sua inocência na Justiça, quem sabe quando uma sexóloga fosse contratada para a equipe do CAPSad.

Sabia que era dono de uma grande empresa, que havia sido roubado, e que podia fazer uma outra grande empresa, mas não tinha capital para começar. Queria trabalhar, ganhar um dinheiro. Começou a pensar em conseguir um trabalho, e se deparar com a dificuldade de encontrar um com o currículo que tinha. Fala de sua dificuldade no relacionamento com as mulheres, diz que não dá certo. Resolve se dedicar a cuidar de seus gatos. Ele sempre gostou de bichos. Certo dia, um de seus gatos sumiu, Uribe ficou extremamente triste. Disse que seus pais não entendiam o porquê de tanta tristeza por causa de um bicho, então ele diz para a analista que tem muito amor nele e que precisa dar esse amor a alguém, senão ia “pirar”.

Não sabemos por quanto tempo essa solução funcionou para ele. Mas, ao final do tratamento, apesar de ainda manter um núcleo delirante, algo que ficou retido, Uribe conseguiu dar outra orientação no sentido da realidade.

3.6 Considerações finais

A construção do caso de Uribe nos fez retomar toda a teorização sobre a paranoia como suporte para pensarmos a paranoização da esquizofrenia. O fato de – após um longo

percurso de tratamento – Uribe ter organizado sua realidade, de ter conseguido fazer uma amarração que lhe possibilitou participar do laço social, ainda que de uma forma singular, nos fez levantar a hipótese de essa amarração ter permitido uma continuidade entre os registros real, imaginário e simbólico, tal qual o nó de trevo na paranoia.

O que nos foi possível inferir desse caso foi que Uribe encontrou diversas formas de lidar com a falta de representação por um significante, para a falta do Gallo em seu nome que lhe daria um lugar no lado “homem” de sua família, essa falta do falo como ordenador de sua existência. Antes do surto sua “beleza”, o fato de ser assediado pelas mulheres, nos parece lhe servia como uma identificação imaginária que o colocava imaginariamente no lugar do “homem”, do “Gallo” que, como seu avô, “comia” todas as mulheres. O tio que faleceu era muito próximo de Uribe, lhe “ensinava” coisas, a morte desse tio, pouco tempo depois do nascimento da filha (que de acordo com a fala de Uribe, já havia desarrumado um pouco seu arranjo com a forma de lidar com as mulheres), parece ter sido absolutamente catastrófica para ele.

Durante o tratamento, o estabelecimento da transferência com a analista permite uma certa circunscrição do gozo do Outro e a escrita dos documentos corresponde a uma organização de sua própria história. É uma primeira tentativa de lidar com essa falta de representação, com essa fala absolutamente fragmentada, de lhe dar algum contorno.

A identificação com o nome maconheiro foi outro recurso com que Uribe pode contar, lhe dando um lugar, não entre os loucos, mas entre os “normais”, porque, segundo ele, seu tratamento para uso de drogas foi muito bom, ele só usava maconha de vez enquanto, “todo mundo faz isso... é normal”. Conta que usava maconha às vezes, quando estava muito triste, ou quando (o que de acordo com ele, infelizmente estava sendo raro) fazia sexo, diz: “sabe como é... as mulheres gostam”.

Por fim, a transferência com as três Adrianas permitiu a Uribe, se podemos dizer dessa forma, uma amarração extima, sua realidade se remodelando concomitantemente ao remodelamento de sua vida. A reconstrução dos diferentes âmbitos da vida suposta por ele estar sendo dada pelas Adrianas, o que, em verdade é ao mesmo tempo sua própria construção de uma maneira de estar na vida. No que tange à teoria dos nós, nos parece que esse elo, esse ego que ele constrói, ainda que preservando toda esquisitice que ele próprio revela na fala dos outros, de seus vizinhos, por exemplo, lhe permite estabelecer alguns laços sociais. Eis onde se constitui seu sintoma: Gallo é o ego que constrói, amarrando de algum modo os três registros, real, simbólico e imaginário que, no nó da paranoia, poderiam, sem esse Gallo, facilmente deslizar, desfazendo-se, ou seja, desenlaçando-se.

4 QUAL AGENDA PARA AS TOXICOMANIAS NO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS?²⁴

4.1 Introdução

A questão que trata a segunda parte de nossa tese, mais especificamente este capítulo, é a da agenda de saúde pública para o campo de álcool e outras drogas. Agenda cujo posicionamento discursivo que a sustenta incide diretamente nas formas de tratamento ofertadas pelo poder público aos usuários de drogas.

A primeira parte desta tese foi dedicada à especificidade do uso de drogas na psicose, bem como suas possibilidades de tratamento. O fizemos a partir das coordenadas da teoria psicanalítica, a qual nos serve de sustentação para a orientação de nosso ofício. Abordamos a forma como se estabeleceu nossa “agenda da psicose” como instrumento de trabalho em um CAPSad. Se, por um lado, houve todo um trabalho de nossa parte em fazer presente o discurso do analista na instituição em que trabalhamos, por outro, isso só foi possível porque na época em que passamos no concurso público, isto é, no ano de 2005, a Atenção Psicossocial e, mais especificamente, a política de Redução de Danos (RD) estava sendo implementada. Não esqueçamos que com a lei 10. 216 de 2001, que regulamentou a Reforma Psiquiátrica — lei que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” —, e a política de redução de danos, consagrada como tal em 2003, foi o momento em que o Ministério da Saúde a tornou uma diretriz para o tratamento de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2017f; MJSP, 2017a).

A partir do final da década passada, pudemos perceber algumas modificações no direcionamento público, principalmente com a introdução do crack no cenário brasileiro como uma droga que toma relevância, para as ações das políticas públicas de saúde. Temos gradativamente assistido à implementação de um discurso repressivo aliado à política proibicionista no que tange a direção do tratamento para usuários de drogas. Esse redirecionamento discursivo tem tido efeitos nefastos na saúde mental como um todo, porém no campo de álcool e outras drogas ele se faz sentir de forma contundente, sendo o usuário de drogas o novo alvo de políticas de segregação, lugar outrora ocupado pelos loucos, que eram

²⁴ Parte do que desenvolvemos aqui são recortes de trabalhos apresentados em um congresso de Psicopatologia Fundamental, assim como no VII Simpósio do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ, em coautoria com Irene Beteille, Monica Bernardo e Sonia Alberti.

apartados do convívio social e internados em manicômios. Hoje, os “drogados” são o grande perigo à ordem social, eles devem ser separados, pois não correspondem, como veremos, à ordem homogeneizante do gozo apregoada pelo discurso capitalista. Surgem no horizonte as Comunidades Terapêuticas (CTs) como nova modalidade de tratamento subsidiada pelo poder público.

Tomaremos o Estado do Rio de Janeiro, local em que exercemos nossa clínica, como ponto de partida para uma leitura da agenda política que atualmente promove uma tensão entre dois tipos de tratamento: aqueles fundamentados na atenção psicossocial e, portanto, na redução de danos, e o modelo da abstinência, hoje representado principalmente pelas CTs. Sendo nós psicanalistas na polis, nos sentimos convocados a abordar essa agenda da saúde pública e nos perguntarmos, com Lacan (1967/2003, p. 361), “como responderemos nós, os psicanalistas: a segregação trazida à ordem do dia por uma subversão sem precedentes”?

4.2 Para onde vai o capital?

No intuito de nos acercarmos da discussão que tem sido feita sobre o tratamento a ser oferecido aos usuários de drogas pelo poder público, nos utilizaremos de um depoimento que ouvimos na Assembleia Pública da Câmara dos Vereadores do Município do Rio de Janeiro, no dia seis de junho de 2017, em reunião realizada pela Comissão Permanente de Prevenção às Drogas da Câmara, com o intuito de “debater o papel das entidades sociais religiosas na prevenção e recuperação à dependência química”. Nessa ocasião, “o debate foi conduzido pela vereadora Veronica Costa (PMDB), presidente da Comissão, e pelo vereador Otoni de Paula (PSC), vice-presidente. Foram convidados a compor a mesa: a psicóloga Gisele Aleluia, o psicólogo Hermes Fernandez e a assistente social Ana Ruth Nogueira”. (CMRJ, 2017a).

Após o pronunciamento da mesa, que de fato nos impactou, principalmente pelo depoimento proferido do início ao fim em nome de Deus pelo psicólogo Hermes Fernandez, pôde-se ouvir a intervenção dos presentes. Dentre essas falas, nos reportamos especificamente ao testemunho de um usuário de CAPSad e morador de rua. Ele dizia estar sem fazer uso de drogas há quatro anos, porém, apesar de ser trabalhador, precisava morar na rua, pois mantinha a moradia de sua família em Niterói e não tinha como pagar o transporte para voltar para casa todos os dias. Além da denúncia que faz ao relatar que teve filhos retirados dele e de sua mulher por conta de serem usuários de drogas, um inclusive na hora do nascimento, também relatou as dificuldades que teve em Comunidades Terapêuticas. Ele frequenta o CAPSad diariamente e diz ser essa a possibilidade de se tratar, pois, dentre outras coisas, ele

precisa trabalhar para sustentar sua família, não pode ser recolhido da rua. Encerra seu depoimento dizendo que ele, um morador de rua, está ali dentro da Assembleia dos vereadores sendo ouvido e que esse é um dos resultados do tratamento que realiza no CAPSad.

Fosse esse sujeito internado para tratamento, teria sido na realidade *des-tratado*. No lugar de internação, ele precisa de políticas de habitação, de melhorias no acesso ao transporte urbano, de acesso à educação e outras políticas de inclusão social, garantias dos direitos constitucionais, enfim.

A internação não é sem consequências, e na maioria das vezes se torna um ir e vir, num círculo vicioso de internação-alta-recaída-internação. Fato mais que propalado pela saúde mental: a internação não é tratamento padrão e deveria ser uma exceção, pois ela não resolve o problema ou, se assim não fosse, não seria esmagador o número de reinternações.

Sendo assim, retomemos o tema que foi debatido na Assembleia, visando estabelecer os recursos que a sociedade tem para fazer frente ao “problema drogas”, conforme a expressão de Alarcon (2012, p. 46) — “papel das entidades sociais religiosas na prevenção e recuperação à dependência química” (CMRJ, 2017a) —, e perguntarmos: o que está acontecendo? A quem serve esse número cada vez mais alto de internações? A quem serve a proliferação das ditas “Comunidades Terapêuticas”? O “papel das entidades” já não está definido nas leis que foram promulgadas como resultado das reformas sanitária e psiquiátrica? Não se lê na lei 10.216/2001 que o Estado garante “a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental... *sem qualquer forma de discriminação*” (BRASIL, 2017f, grifo nosso), inclusive religiosa? Portanto, a lei não pressupõe um Estado laico?

As entidades religiosas, bem como as praças públicas, os clubes, as associação de moradores, as escolas etc., não são todos recursos da comunidade? Recursos que compõem a rede, que é maior que o somatório de equipamentos de saúde? De acordo com a “lógica ampliada de redução de danos” esses recursos auxiliam, ou melhor, fazem parte do tratamento, porquanto a saúde não é apenas ausência de doença (BRASIL, 1990/2017e), e as ações em saúde devem ser de base comunitária, ou seja, se deem no território. É próprio à redução de danos realizar “uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos” (MS, 2003/2017c, p. 6). Dito de outra forma: as entidades religiosas não são recursos a serem utilizados no campo da saúde mental, uma vez que fazem parte dos laços sociais? Por que tanto *re-esforço* para incluí-las como equipamentos de saúde?

Se as diretrizes para o tratamento daqueles que sofrem com o uso de álcool e outras drogas têm como uma de suas visadas a reabilitação, essa não pode ser pensada sem os conceitos de território e rede. Entretanto, é preciso estar atento, tal como nos indica Furtado et al., às “concepções explícitas ou tácitas de território” nos documentos oficiais do SUS, pois sua “importância reside justamente em sua capacidade indutora de práticas”, quando é preciso ainda ressaltar que “trabalhos de reabilitação psicossociais devem superar as tendências a normatizarem e encaixarem os supostos desviantes, avançando para a transformação da sociedade visando ao convívio com as diferenças” (SARACENO, 1999 *apud* FURTADO et al, 2017, p. 3).

Dito isso, continuemos a acompanhar a reunião do dia 6 de junho de 2017, realizada pela Comissão Permanente de Prevenção às Drogas da Câmara, cujo vice-presidente na ocasião era o Vereador Otoni de Paula (PSC), “Pastor evangélico, teólogo, casado com a Pastora Silvana de Paula e pai de três filhos, nascido em Niterói e líder da Assembleia de Deus Ministério Missão Vida, em Colégio e filiais...” (CMRJ, 2017b). Com esse perfil, o vereador atua por centros e iniciativas de recuperação de usuários de álcool e drogas. De acordo com o resumo daquela reunião, comunicado pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro, para o vereador “as entidades religiosas, por meio da compaixão e da empatia, têm atuado na recuperação dos dependentes químicos”; mesmo sofrendo algumas críticas “é um grupo social que está efetivamente trabalhando e que tem feito esse papel sem nenhum investimento do poder público” (CMRJ, 2017a). Com esse discurso, o vereador pretende afirmar as comunidades como serviços de saúde, e desse modo mobilizar o poder público para que se façam investimentos financeiros nesse trabalho realizado pelas entidades religiosas.

Com discurso diferente, acompanhamos colegas que há anos vêm trabalhando na saúde mental com pouquíssimo investimento com os mesmos usuários de álcool e drogas, e que vêm recebendo, nos últimos anos, cada vez menos auxílio do “poder público”. Rodrigo Simas, assessor técnico na Superintendência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, atenta que apesar de o Ministério da Saúde observar que deveria haver trinta e dois CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) na Cidade do Rio de Janeiro, ela conta com apenas sete. E nestes, há mais de 3700 usuários graves cadastrados (CMRJ, 2017a), o que dá uma pequena noção da urgência em se investir no trabalho que a saúde mental pública vem fazendo há anos.

Então, por que agora o mesmo poder público está voltando a auxiliar entidades religiosas, e não trabalhadores do campo da saúde mental na árdua tarefa diária que cabe aos equipamentos montados, desde a Portaria de 2002 que instituiu os CAPSad (MS, 2017a)? Por

que se visa hoje auxiliar entidades religiosas que, por princípio, devem ser sem fins lucrativos, por terem o objetivo de investir em suas obras sociais, e por isso não pagam impostos? Por que, além da isenção de impostos, o governo deve lhes dar mais dinheiro? Como é essa associação a que passamos a assistir cada vez mais entre saúde e fé, sustentada pelo dinheiro público?

4.3 A “terapia” e a “cracolândia”

Estigmatizando o usuário como *cracudo*, segregando-o em gueto no discurso, o modo de tratar o “problema drogas” nos dias atuais permite cada vez mais perpetuar as medidas repressivas “pela ‘máscara’ do tratamento” (SILVA, 2014, p. 63). Não raras vezes, e cada vez mais, as propostas são belicosas, e apesar dos dados da saúde pública não corroborarem que se trata de uma epidemia — *as estatísticas o desmentem* —, o viés bélico termina por produzir mais danos do que tratamento, de modo que alguns autores começam a levantar a pergunta sobre a quem essa guerra interessa. Se não, vejamos: “se esta guerra interessa a alguém, com certeza esse alguém não se encontra no ‘front’” (ANDRADE, 2011, p. 4672).

O fato é que, a partir de 2009, um Plano Emergencial, implementado pelo Ministério da Saúde — PEAD 2009-2010 — (MS, 2017f), abriu as portas para um Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2017a), desta feita promovido pela Casa Civil da Presidência da República – subchefia para assuntos jurídicos. Em 2011, há uma alteração no Decreto de 2010, em que se estabelece as medidas cabíveis para tal “enfrentamento”, tendo como protagonista o Ministério da Justiça, em esforço conjunto com outros Ministérios (BRASIL, 2017b), movimentando um grande capital a ser investido nessa guerra, no Programa *Crack, é possível vencer*. Diferentemente do que apregoava a política pública de saúde, em 2003, isto é, que devemos diminuir o estigma que cerca o usuário de drogas, que devemos ter a *Redução de Danos* como estratégia, permitindo uma singularidade no plano de tratamento de cada usuário, diferentemente ainda do princípio do tratamento psicanalítico, que tem por visada o sujeito, configura-se um cenário no qual cada vez mais se confunde tráfico e uso de drogas, criminalizando cada vez mais o usuário.

Instala-se, a partir de 2009, um discurso, antes de qualquer coisa, segregacionista, mas revestido frequentemente pelo discurso religioso em associação com o tratamento medicamentoso. Este último, por não ser suficiente, evidentemente, dirige-se a terapêuticas comportamentais, que apesar de afirmarem o caráter multifatorial do uso de drogas, muitas vezes, e ao mesmo tempo, identificam a dependência química como “doença do cérebro” (FARENTINOS & LOPES, 2010), o que, por sua vez, incrementa a terapêutica medicamentosa.

Assim, se constroem modelos aparentemente científicos, que associam tratamento medicamentoso, terapêutica comportamental e internação. Causa-nos espécie que a apregoada ciência associe-se aqui, cada vez mais, a modelos sustentados originalmente pelo discurso religioso. Segundo Marques (2010), os tratamentos acompanham novas tendências em psicologia, isto é, as psicoterapias multimodais — dentre elas, o modelo “Matrix” —, ou ainda baseiam-se no método dos “Doze passos ou Minesotta”, que é bastante utilizado nas internações, sejam elas de cunho religioso ou não. Trata-se, na realidade, de terapêuticas que poderiam ser identificadas a uma educação para a doença, pois provocam cada vez maior dependência química e religiosa do usuário, mesmo se tais dependências são perfeitamente lícitas e cada vez mais sustentadas pelo Estado.

Analisemos cada um desses dois modelos aqui citados, que cada vez mais agem associados, apenas como exemplo.

“Matrix” é um modelo de psicoterapia multimodal que parte do princípio de que a dependência química é “uma doença do cérebro” (FARENTINOS & LOPES, 2010, p. 221 e seguintes.). De acordo com o *Lazarus Institute*²⁵, a terapia multimodal de orientação cognitivo-comportamental foi criada nos anos 1970, por Arnold A. Lazarus. Baseia-se na concepção de que, como seres biológicos, as manifestações nos humanos implicam que eles pensam, sentem, agem, percebem etc., e por isso, além do tratamento biológico, necessitam das diferentes dimensões — *modalidades* — de tratamento psicológico para dar conta dessas diversas manifestações, tendo como lema: *Think Well - Act Well - Feel Well - Be Well* (Pense bem – Aja bem – Sinta bem – Esteja bem), na crença de que o mal-estar na cultura — conceituado por Freud já em 1930 (FREUD, 1930/2004) — pode ser desbancado, ou seja, de que é possível orientar o paciente para parar a pulsão de morte, no lugar de assisti-lo para melhor lidar com ela. Em consequência, é inculcada, tanto aos pacientes quanto a seus familiares, uma neurobiologia da dependência: eles têm aulas sobre a importância do córtex pré-frontal, do sistema límbico; sobre genética, neurotransmissores e outras influências organo-químicas, de modo a aprenderem a lidar com a dita “doença do cérebro”. Trata-se, indiscutivelmente, de um tratamento moral, reeducador, que exclui a divisão subjetiva do usuário e impede a família de assumir qualquer posição que possa vir a contribuir com um reposicionamento subjetivo — afinal, tudo não passa de um problema neurológico ou comportamental, completamente fora do alcance de ser tratado via uma escolha subjetiva. Assim, ao familiar resta comprar remédios para seu usuário e compreender as dificuldades de ele ter que se ver diante o desejo de um *Outro biológico*, no mínimo sádico. Um *Deus ex machina*.

²⁵ *Lazarus Institute*. Disponível em: <<http://www.thelazarusinstitute.com/index.html>>.

O modelo dos “Doze passos ou Minesotta” foi originalmente criado para usuários de álcool no âmbito do movimento conhecido como Alcoólicos Anônimos. Sua origem estaria ligada à história de um paciente de Karl Gustav Jung, que era protestante. Este teria tratado, durante o ano de 1931, de um membro da família de banqueiros norte-americanos, Dupont. Sem resultado satisfatório, Jung recomendou a seu paciente que procurasse uma experiência espiritual ou religiosa, visando “uma conversão verdadeira” (KURT, 1979), o que levou seu antigo paciente a engajar-se num movimento evangélico elitista, o Oxford Group. Tendo se livrado de sua dependência, motivou a criação de um sub-grupo, o dos Alcoólicos Anônimos (AA), que depois se tornou independente daquele.

O AA foi fundado em Akron, Ohio, em 1935. As raízes religiosas continuaram presentes nesse movimento (HART, 2017). Já o NA — Narcóticos Anônimos — se criou nesse modelo e é hoje uma técnica bastante difundida e fartamente utilizada no tratamento de ‘dependentes químicos’. A proposta baseia-se em grupos de ajuda mútua — em seu início, sustentada pelos dogmas da igreja cristã —, constituindo-se como uma irmandade. A abordagem é a dos “Doze passos”, que se definem como “metas claras e objetivas a serem seguidas diariamente com o objetivo de manutenção da abstinência e resgate da espiritualidade” (GUIMARÃES, 2010, p. 185). Ainda hoje, esses grupos, mesmo que não sejam mais associados à Igreja, mantêm-se como tratamento espiritual, pois continua a ser ‘rezada’ a ‘oração da serenidade’ — acessível em inúmeros *sites*. Aqui, ao familiar resta, caso queira ajudar na ‘recuperação’ de seu ente querido atingido pela “doença da adicção” (sic), participar de grupos de anônimos para a família e amigos de dependentes químicos, na tentativa de apoiá-lo diante de um *Outro*, ao menos, *benevolente*.

Várias propostas de tratamento para dependentes químicos incluem, ou mesmo se fundamentam, no método dos doze passos, importado dos grupos de anônimos. Esse é o caso das Comunidades Terapêuticas. Nelas, esse método, somado a outras práticas, como a da oração, retoma com força suas origens evangélicas.

4.4 Rio de Janeiro, em que pé está o ‘problema drogas’?

O Estado do Rio de Janeiro encontra-se no momento em uma crise bastante grave: funcionários sem receber, órgãos públicos sem investimento, entre outras mazelas. No que tange a saúde pública, não apenas os serviços geridos pelo Estado, mas também os geridos pelos municípios, apesar de suas singularidades, vêm sofrendo bastante com a falta de investimento de uma forma geral. Sabemos que mesmo antes dessa crise que nos assola, o investimento em saúde, principalmente em saúde mental, não era prioridade, de tal forma que temos sempre déficit de equipamentos em proporção à população atendida. Mas a questão

hodierna que não quer calar é: será que nossos governantes aguardavam, justamente, que a saúde mental não conseguiria fazer milagre para fazer crer, em um discurso perverso, que: “Vejam! A saúde mental, a política de redução de danos não é eficiente! Que, então, as comunidades religiosas façam o milagre de transformar a droga em fé!”. O que vemos é cada vez mais uma tentativa de que possa haver investimento público nas Comunidades Terapêuticas, e a justificativa para isso é a ineficácia da rede de saúde mental. Será?

Em 2013, o estado do Rio de Janeiro criou a Secretaria de Prevenção à Dependência Química (SEPREDEQ), que tem a missão de “promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências químicas, por meio da elaboração, gerenciamento, articulação e fomento de suas estratégias” (RIO DE JANEIRO, 2017). O então Governador Sergio Cabral empossou como secretário da SEPREDEQ, Felipe de Almeida Pereira, do Partido Social Cristão, cujo *site* convoca pela Redução da Maioridade Penal, Contra a Legalização do Aborto e Contra a Legalização das Drogas (PSC, 2017). O Secretário, entre outras coisas, é filho de Everaldo Dias Pereira, conhecido como ‘pastor Everaldo’, que, além de ministro da igreja evangélica, é empresário e político brasileiro. O que fica explícita é sua afiliação aos segmentos religiosos. Empossado em 2013, Felipe lançou o edital para seleção das Comunidades Terapêuticas, tornando-se responsável pelos CARESad (Centro de Acolhimento Regionalizado para álcool e outras drogas). Ora, foram justamente os CARESad que, ainda em 2013, se tornaram alvo de inspeção da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, com uma série de irregularidades nesse programa. Mesmo assim, Felipe de Almeida Pereira voltou ao cargo com o governo de Pezão.

É preciso sublinhar que:

Em visita às comunidades terapêuticas conveniadas com o Estado do Rio de Janeiro, CRESS-RJ, a Comissão de Direitos Humanos da ALERJ e outras entidades identificaram diversas irregularidades no tratamento oferecido aos usuários de drogas no estado. O governo do Rio de Janeiro rebatizou as comunidades para Centros Regionais de Atendimento a Usuários de Álcool e outras Drogas (CARE-AD). Os problemas, porém, persistem. Apesar do forte viés religioso, essas instituições recebem verbas públicas, desrespeitando a lei. A partir da visita a três comunidades — Instituto Aldeia Gideão, Clínica Michelle Silveira de Moraes e Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Associação Amor e Vida — foi elaborado relatório a ser encaminhado às autoridades. (CEPCT/RJ & MEPCT/RJ, 2017).

O *Relatório de inspeção em Comunidades terapêuticas financiadas pelo governo do Estado do Rio de Janeiro* afirma que “apesar da mencionada articulação com os serviços de atenção psicossocial, todas as comunidades visitadas apresentaram características de

instituição total. Da mesma forma, foi constatado um viés moral no tratamento das questões relacionadas à sexualidade dos internos”. O viés religioso “apesar de formalmente negado como parte da abordagem adotada pelas instituições”, conforme o documento, se “mantém presente nas mesmas, como fica claro nos relatos” (CEPCT/RJ & MEPCT/RJ, 2017, p. 37). A conclusão apresentada nesse relatório mostra o parecer desfavorável ao modo de funcionamento dessas instituições. Vejamos:

A “humanização” não é medida suficiente quando se trata de espaços asilares. Mesmo quando as condições físicas são relativa e aparentemente adequadas, a violência invisível e mortificante das instituições totais está presente. Esta é possivelmente a forma de violência mais danosa, e sua presença é necessariamente contrária à lógica proposta pelas políticas públicas antimanicomiais de saúde mental que têm como pressupostos a liberdade, a autonomia, o convívio, o fortalecimento dos laços afetivos e sociais (CEPCT/RJ & MEPCT/RJ, 2017, p. 38).

Diante dos fatos, em 2014, a Secretaria Estadual de Saúde fez uma nota técnica sobre os encaminhamentos para os CAPSad, na qual afirma que:

Com a recente transferência dos CARE AD para a SEPREDEQ — Secretária de Estado de Prevenção a Dependência Química —, a Saúde Mental/SES perde a ingerência sobre tais dispositivos, além da possibilidade política e institucional de construir uma parceria considerando que o modelo do CARE AD tem se consolidado, com base em diretrizes diferentes das preconizadas pela Política de Saúde Mental, Crack, Álcool e Outras Drogas, que orientam o funcionamento da RAPS. (SES-RJ, 2017)

E conclui:

A Gerência de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro indica que os CAPS deverão utilizar os demais recursos existentes na Rede de Atenção Psicossocial do território, ou seja, o CAPSad, os leitos de atenção integral em Hospital Geral, a UA e UAI e os dispositivos da atenção básica, **uma vez que não referenda mais os CARE AD como dispositivos de cuidado para esta clientela.** (SES-RJ, 2017)

Em 2015, foi instituída a CPI do crack, cujo produto é o Projeto de Lei 1203-A/2015, que teve várias propostas de emendas. Em 2017, o projeto continuava tramitando e causando espécie na saúde mental, uma vez que seu texto dá ao Poder Executivo a autorização para “fixar critérios para habilitação e pré-qualificação de entidades que pretendam atuar como comunidades terapêuticas” (ALERJ, 2017b).

Com a crise do Estado, a SEPREDEQ foi incorporada à Secretaria de Saúde do Estado, o que não foi bem acolhido por diferentes instituições, como mostra o seguinte trecho da carta de repúdio do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro:

Em meio a tantos descalabros, ainda enfrentamos no Estado do Rio de Janeiro uma situação de contingenciamento de recursos, de precarização do trabalho, atraso e parcelamento do salário dos servidores públicos estaduais. E é neste contexto, de graves prejuízos à saúde pública e seus trabalhadores, que temos a notícia de que

capitaneados pela ALERJ, Dorneles, Pastor Everaldo e seu filho Felipe Pereira (secretário da SEPREDEQ), resolveram incorporar a SEPREDEQ (Secretaria Estadual de Prevenção à Dependência Química) à SES RJ (Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro). A perspectiva atual é a de disputa pelos recursos financeiros públicos, já escassos no momento, na direção de apoiar uma lógica oposta à ética sustentada pelos serviços da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). (CRP-RJ, 2017).

Hoje, portanto, o Estado financia instituições que internam, entre outros, pacientes de CAPSad, impedindo o acesso de seus terapeutas com os quais eles têm uma relação de transferência nos serviços de saúde, impondo um tratamento religioso e moralizante aos usuários de droga, distanciando-os do convívio com seus familiares e suas comunidades de origem.

O que vemos acontecer hoje, isto é, a dificuldade de as Comunidades Terapêuticas funcionarem com normas técnicas que estejam em acordo com o paradigma psicossocial, já era uma preocupação do Estado em 2001. Ano em que a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) publica o primeiro regulamento técnico para as CTs. Nesse documento, há uma tentativa de garantir que esses serviços sejam “avaliados e inspecionados”, ao menos uma vez por ano. Institui alguns aspectos a serem contemplados na “admissão do residente e durante o tratamento”, dentre os quais:

A admissão da pessoa não deve impor condições de crenças religiosas ou ideológicas; permanência voluntária; proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais, respeitando a dignidade e integridade independente da etnia, credo religioso e ideologias, nacionalidade, preferência sexual, antecedentes criminais ou situação financeira. (ANVISA, 2017a)

Conforme o Relatório de inspeção em comunidades terapêuticas financiadas pelo Estado do Rio de Janeiro (ALERJ, 2017a; CEPCT/RJ & MEPCT/RJ, 2017), assim como o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas (CFP, 2017a), aparecem inúmeras vezes a palavra “oração”, bem como o termo “doze passos”, revelando o que os relatórios de fato explicitam, isto é, a forte pregnância do discurso religioso nas ditas Comunidades Terapêuticas que, como foi sugerido no Fórum Ampliado de Saúde Mental no Rio de Janeiro, em 2016, deveriam ser chamadas “Comunidades Religiosas”.

As irregularidades nas Comunidades Terapêuticas não são particularidades do Estado do Rio de Janeiro, tal como o demonstra o relatório do CFP acima citado. Também, a esse respeito, podemos tomar como referência O Dossiê: Relatório de Inspeção de Comunidades Terapêuticas e Clínicas para Usuárias(os) de Drogas no Estado de São Paulo - Mapeamento das Violações de Direitos Humanos, produzido pelo CRP-SP, o qual é o produto do trabalho

de fiscalização, entre 2013 e 2015, em 43 Comunidades Terapêuticas e clínicas destinadas a usuárias e usuários de drogas. A lista de violações de direitos humanos e irregularidades que compõe o documento é bem vasta. Selecionamos algumas:

Monitoramento de correspondências; Restrição ao uso de telefone e monitoramento de ligações telefônicas; Ausência de objetivos, projetos e ações voltadas à reinserção social; Restrição da liberdade dos usuários e características asilares; Laborterapia obrigatória; Uso de mão de obra não remunerada de pessoas internadas para manutenção do espaço da clínica, inclusive em obras de construção e ampliação da clínica; Obrigatoriedade em participar de atividades de espiritualidade e/ou de atividades voltadas à crença religiosa determinada; Falta de articulação com a rede (saúde/assistência social), Confinamento em quarto/sala de contenção; Violência física, agressões verbais, maus-tratos, humilhações, constrangimento; Privação sexual. (CRP-SP, 2017, p. 26).

Recentemente, em outubro de 2017, foi feita uma nova inspeção em nível nacional. As Comunidades Terapêuticas foram vistoriadas pelo Ministério Público Federal (MPF), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e Conselho Federal de Psicologia (CFP). O relatório da inspeção saiu na íntegra em 2018, mas, conforme anunciava o jornal *O Globo*, já em 2017:

Dentre os problemas que foram encontrados nas entidades espalhadas por dez estados e Distrito Federal estão internações forçadas e indocumentadas, instalações precárias e péssimas condições de higiene, suspeita de trabalhos forçados e até indícios de sequestro e cárcere privado com a anuência da família. (O GLOBO, 2017b).

A própria Senad (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), em 2014, solicitou ao IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), uma pesquisa sobre as CTs, isso por que:

Desde 2011, por força das determinações do plano “Crack: É Possível Vencer”, o governo federal, através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), financia vagas em comunidades terapêuticas (CTs), para pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs). (IPEA, 2017).

A nota técnica começa definindo o que são CTs:

As CTs representam um entre vários modelos de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ou drogas), presentes no Brasil e em outros países. Desenvolvidas e disseminadas a partir de iniciativas não governamentais, estas instituições se organizam em residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e **adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de SPAs**. Durante sua permanência nas CTs, estas pessoas submetem-se a uma rotina disciplinada, que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas, além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras, dependendo dos recursos financeiros e humanos à disposição de cada CT. (IPEA, 2017, p. 8, grifo nosso).

Ainda na introdução, se lê o tipo de tratamento utilizado nas CTs:

Percebendo os indivíduos adictos como, a um só tempo, doentes e moralmente fracos, os programas terapêuticos das CTs pretendem tanto tratar dos sintomas decorrentes do uso problemático de SPAs, como também operar uma reforma moral dos sujeitos, que os conduza a uma reinvenção de si. **Para tanto, um dos principais instrumentos mobilizados nestes programas é o isolamento físico e social destes sujeitos, marcado pela internação longa e, durante a sua vigência, pela circunscrição de telefonemas e visitas, bem como pela interdição sexual.** Estas medidas buscariam estabelecer uma ruptura espacial e temporal para os sujeitos internados, criando as bases para a efetivação da rotina interna às CTs. Pode-se dizer, assim, que o modelo das CTs consiste em um dispositivo estruturado sobre a tríade trabalho-disciplina-espiritualidade, onde sujeitos isolados e em vivência comunitária são submetidos a rotinas e atividades, sob a orientação de um “grupo de pares” e de equipes multiprofissionais, por um tempo determinado. Estes elementos, combinados, traduziriam o esforço de transformação de condutas e de promoção de “novos sujeitos”, preconizado pelo modelo das CTs. (IPEA, 2017, p. 9, grifo nosso).

Com relação à religião, afirma a mesma nota: “conforme era esperado a partir do levantamento bibliográfico prévio, foi verificado que a grande maioria das CTs brasileiras se vincula com igrejas e organizações religiosas (82%), notadamente as de matriz cristã” (IPEA, 2017, p. 20).

Texeira et. al (2017) separa os tipos de paradigmas presentes nos dois grandes atores em termos de gestão pública para o campo de álcool e outras drogas, a saber, o setor de justiça e da segurança pública, e o setor saúde e da assistência social. Por um lado, haveria uma tensão entre o paradigma proibicionista, cujo ideal é um mundo livre de drogas, e o paradigma antiproibicionista, cujo debate principal é a descriminalização e a legalização das drogas. Na saúde, a tensão recai sobre o paradigma asilar, de um lado, e, de outro, sobre o paradigma psicossocial. A doença justifica o isolamento previsto no paradigma asilar, tal como proposto no modelo das CTs, enquanto que no paradigma psicossocial:

Parte-se da contextualização de um dado fenômeno, com base na fenomenologia de Husserl, citado por Basaglia²⁶, quando se propõe colocar a doença entre parênteses para ver o sujeito do processo do adoecimento com seus determinantes econômicos, sociais e políticos. O cuidado se dá na perspectiva de Redes de Atenção territorializadas, sendo a integralidade considerada tanto em relação ao ambiente, quanto ao ato terapêutico com o indivíduo, no qual seus efeitos não visam à supressão sintomática e a necessária abstinência e sim à redução de riscos e danos. (TEIXEIRA et al, 2017, p. 1456).

Se tomarmos a história dos tratamentos oferecidos aos usuários de drogas no Brasil, veremos que ora eles foram tratados como doentes ora como criminosos e, de acordo com Passos e Souza (2017, p. 154), a “redução de danos foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência,

²⁶ Cf. BASAGLIA, 2006.

incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas”. Ainda de acordo com esses autores, as Comunidades Terapêuticas trazem um novo elemento ao poder disciplinar do direito penal e da psiquiatria, associando-se a esses através do paradigma da abstinência. Esse “não exclui a disciplina, mas a complementa: com a moral religiosa” (idem, p. 157).

O que os documentos acima referidos demonstram é que o tratamento oferecido nas CTs é herdeiro, tanto do modelo de doença advindo da psiquiatria, quanto do tratamento espiritual atrelado à moral cristã que associa o prazer ao pecado.

Não podemos deixar de lembrar, voltando ao município do Rio de Janeiro, que em 27 de novembro de 2017²⁷, seu atual prefeito atribuiu o título de utilidade pública, às seguintes instituições: Igreja Metodista da Aliança, em Senador Camará; Assembleia de Deus – Ministério Vida e Luz; Associação Brasileira de Psiquiatria; Associação Instituto Transformar; Sociedade Bíblica do Brasil. Ato que tem como uma das consequências a isenção de impostos. Ao mesmo tempo, se lê em *O Globo*, em 19 de outubro de 2017, que “Unidades de Saúde Mental do Rio sofrem com falta de remédios, insumos e salários atrasados”. Ou ainda, em 31 de agosto de 2017, que “dois centros de apoio a usuários de drogas no Rio podem fechar por falta de pagamento aos funcionários”. (O GLOBO, 2017a; 2017c)

Chama a atenção que a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) seja contemplada juntamente com quatro instituições de cunho religioso. Em sua página na internet, pôde-se ler, em 28 de novembro de 2017, o seguinte comentário de seu diretor tesoureiro e superintendente técnico, Dr. Antônio Geraldo da Silva:

Há cinco anos eu venho lutando por esse título, que saiu ontem. Ganhamos, nas duas votações da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, o título de Utilidade Pública, destacou o psiquiatra. E continuou: Hoje, passei o dia inteiro com o ministro Osmar Terra para trabalhar também o título utilidade pública federal, para aprovarmos, se possível, antes de virar o ano de 2018. (Essas palavras foram retiradas do site da ABP em 28 de novembro de 2017).

Em verdade, a lei que concedia o título de utilidade pública federal foi revogada em 2015, conforme comunicado no site da Justiça e Segurança Pública em 15 de dezembro de

²⁷ OFÍCIO GP Nº 155/CMRJ EM 24 DE NOVEMBRO DE 2017. “Inclui na Lei nº 5.242/2011 a Associação Brasileira de Psiquiatria como de utilidade pública” [...] LEI Nº 6.292, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2017. Inclui na Lei nº 5.242/2011 a Associação Brasileira de Psiquiatria como de utilidade pública. Autor: Vereador Felipe Michel. O texto completo pode ser obtido no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro de 27 de novembro de 2017, p.3. As outras entidades mencionadas encontram-se na mesma publicação, na mesma página do DO.

2015²⁸. A Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015 (BRASIL, 2017g) alterou a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. De acordo com o Site da Justiça e Segurança:

Dentre as inovações trazidas pela nova lei está a revogação da Lei nº 91 de 1935, que tratava dos títulos de Utilidade Pública Federal (UPF). Tal medida visa estender a todas as organizações sem fins lucrativos os benefícios previstos em lei, independentemente da exigência de cumprir requisitos formais e burocráticos para certificação e titulação de UPF. (MJSP, 2017b).

Essa modificação na lei torna a declaração do Dr. Antônio Geraldo da Silva pouco clara, talvez por isso tenham retirado a entrevista da internet, restando apenas o indicativo da página²⁹, porém sem possibilidade de acesso. Talvez ele estivesse se referindo à nova forma de estabelecimento de parceria regido pela Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015. Não nos é possível saber ao certo, são apenas hipóteses. De toda forma não encontramos notícias sobre o estabelecimento da ABP como Utilidade Pública Federal ou inserida na Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015.

No site da ABP podemos encontrar alguns indícios do posicionamento desta entidade com relação ao paradigma psicossocial. Em 2017, numa carta aberta à população, a ABP afirma que o “escasso embasamento técnico-científico marcava as ações do Governo Federal na prestação de assistência aos pacientes que apresentam transtornos mentais, bem como a seus familiares” (ABP, 2017). Segundo a ABP, “Os pífios resultados dessa Política podem ser observados no aumento de pacientes com transtornos mentais desassistidos morando nas ruas, presos ou superlotando as emergências médicas à espera de vagas para internação”. Parece que eles desconhecem os resultados segregativos do capitalismo.

Em 2019, após a aprovação da Nova política de saúde mental em 2017, e da repercussão desta entre os trabalhadores de saúde mental, foi publicada uma nova carta intitulada: *Considerações à Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde sobre a Nova Política Nacional de Saúde Mental e Drogas*. Nela encontramos a seguinte afirmação:

As mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, realizadas no final de 2017 (a Resolução CIT No. 32/2017 publicou a Nova Política Nacional de Saúde Mental, fruto de pactuação entre os Gestores do SUS e a Portaria GM/MS 3588/2017, do Ministério da Saúde, regulamentou a Política) tiveram por base estudos realizados pelo Ministério da Saúde, que revelaram graves problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde, bem como nos indicadores desastrosos de seus resultados. (ABP et. al., 2019, p.1).

²⁸ Cf. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/news/nova-lei-universaliza-e-desburocratiza-acesso-a-beneficios-de-organizacoes-da-sociedade-civil>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

²⁹ Cf. <https://www.abp.org.br/portal/titulo-de-utilidade-publica-da-abp-e-sancionado-pelo-prefeito-do-rio>.

Nessa carta são ressaltados alguns itens da nova política, entre eles o papel das comunidades, cujo “objetivo é garantir o acompanhamento do poder público, promovendo a oferta de cuidado de qualidade aos pacientes com dependência química acolhidos nessas entidades” (ABP et. al., 2019, p.4). No que tange a dependência química, destacam as principais mudanças:

Alinhamento entre a Política Nacional sobre Drogas e a recém-publicada Política Nacional de Saúde Mental; Ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas; Posição contrária à legalização das Drogas; Estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça abstinente, livre das drogas. Para lograr esse objetivo, diferentes estratégias de ação podem ser utilizadas, tais como Promoção de Abstinência, Suporte Social, Promoção da Saúde e Redução de Riscos Sociais e à Saúde e Danos; Apoio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas; Modificação dos documentos legais de orientação sobre a Política Nacional sobre Drogas, destinados aos parceiros governamentais, profissionais da saúde e população em geral. (ABP et al., 2019, p.6)

A ABP juntamente com a

Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual – ABIPD, a Federação Nacional dos Médicos – FENAM e a Federação Nacional das Associações em Defesa da Saúde Mental – FENAMD-SM manifestam apoio à Nota Técnica do Ministério da Saúde e mantêm também seu apoio às importantes mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e Drogas. (ABP et. al., 2019, p.7)

Pode-se concluir que a ABP se posiciona do lado do paradigma da abstinência, do paradigma proibicionista. Por um lado, preconiza a criminalização das drogas; por outro lado o asilamento daqueles que não se adaptarem à ordem do dia. Não fica difícil, diante desse posicionamento, que se entenda o porquê de a ABP ter sido considerada uma entidade de utilidade pública *juntamente* com as instituições religiosas.

A psiquiatria, como não poderia deixar de ser, se ocupa de sintomas³⁰ que se apresentam como problemas de saúde e seus impactos sociais. Atualmente, os sintomas que mais convocam o saber da psiquiatria são: a depressão, as anorexias, as toxicomanias, etc. Sintomas que, como abordaremos adiante, para a psicanálise são efeitos do discurso do capitalista. Como nos lembra Alberti (2003, p.53): “O discurso da ciência foraclui o sujeito e o discurso do capitalista foraclui a castração, [sendo a toxicomania] um fenômeno, conseqüência de toda essa foraclusão”.

³⁰ Estamos chamando de sintomas, pois assim são entendidos pelo saber médico. A depressão, a anorexia e as toxicomanias são consideradas fenômenos clínicos, do ponto de vista da teoria psicanalítica. O conceito de sintoma em psicanálise é bastante preciso e esses fenômenos não podem ser considerados sintomas em sua acepção de formação de compromisso.

Sendo o sujeito reduzido à sua condição de toxicômano, de acordo com esse tipo de discurso científico, resta a contenção de sua “fissura”, ou “*craving*” pela droga. De acordo com o livro *Diretrizes gerais para tratamento da dependência química*, no capítulo intitulado “Da neurobiologia ao tratamento biopsicossocial da dependência química”, lê-se:

Medicamentos antipsicóticos, como a risperidona e a quetiapina, antidepressivos, como o topiramato, também têm sido estudados como possibilidades terapêuticas no tratamento da dependência de drogas, com redução do *craving*, porém as evidências ainda são fracas. [...] Uma maior evolução na compreensão e no tratamento do *craving* deverá emergir de estudos genéticos envolvendo a expressão gênica associada a funções neurobiológicas e suas expressões comportamentais, o que determinará um avanço na farmacogenética do *craving* e da dependência química (LEMOS et. al., 2010, p.26).

Como a química não é suficiente para tratar a dependência química, entende-se, que é uma doença multifatorial. Nesse ponto, em princípio, não há total desacordo com as diretrizes de 2003 (p.6) que, embasada no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro de 2001), afirma que não se pode desconsiderar o caráter multifatorial do uso de drogas e conseqüentemente de seu tratamento. Dissemos em princípio, pois a multifatorialidade, no caso das diretrizes, está aliada à heterogeneidade e à singularidade, ou seja, na afirmação das diferenças.

A inclusão da multifatorialidade não necessariamente implica em acolhimento das diferenças, mas, em todo o caso, reserva um lugar para a psicoterapia, juntamente com aspectos sociais, no tratamento biopsicossocial de que tratam os autores do capítulo citado acima. Acreditam que como “todo aprendizado tem impacto mensurável no cérebro a psicoterapia bem-sucedida implicaria obrigatoriamente mudança observável” (LEMOS et. al., 2010, p.26). Segundo eles, cada tipo de psicoterapia deveria influenciar uma área específica do cérebro, até mesmo a psicanálise. Observam que o artigo de Stern e cols., de 1998, afirmou que as mudanças decorrentes do tratamento psicanalítico “devem-se a modificações nos modelos de relacionamento implícitos, armazenados em áreas cerebrais inacessíveis à consciência” (idem, p.27). Trata-se de uma tentativa de localização do inconsciente freudiano em uma área do cérebro. Nada menos psicanalítico. De toda forma a multifatorialidade acaba sempre retornando ao cérebro.

Como conclusão, os autores professam uma esperança, a de que “estudos comportamentais utilizando técnicas de neuroimagem esclareça³¹ como as diferentes técnicas

³¹ A palavra está no singular no texto original. Há na frase um erro de concordância, mas tivemos que manter, pois trata-se de uma citação.

psicoterápicas afetam os processos neurobiológicos das emoções e dos comportamentos” (LEMOS et. al., 2010, p.27).

Para além da ratificação das terapêuticas comportamentais que auxiliam no tratamento da dependência química e outros sintomas como a depressão, podemos perceber ao visitarmos o site da ABP o evidente interesse pelo papel da religiosidade no tratamento dos transtornos psiquiátricos. Entre os eventos divulgados para o mês de março de 2019, encontra-se o *Evento: PEC APBr - A Influência da Espiritualidade na Prática Clínica em Saúde Mental: Uma Revisão Sistemática*, ministrado por Alexander Moreira de Almeida,

Professor Associado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF, fundador e diretor do NUPES (Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde da UFJF). Coordenador das seções em espiritualidade e psiquiatria da Associação Mundial de Psiquiatria e da Associação Brasileira de Psiquiatria.³²

Pelos vídeos que assistimos, feitos por alguns membros dessa associação, parecem pesquisas dentro dos padrões científicos. O intuito é, por exemplo, saber se religiosidade diminui ou aumenta a possibilidade de proteção contra a depressão³³. De toda forma, chama a atenção a ABP reivindicar padrões científicos para a saúde mental e ao mesmo tempo, como vimos na citação acima, advogar em prol das CTs, em sua maioria religiosas. Uma coisa é estudar a relação da religião na cultura e conseqüentemente seus efeitos naqueles que a constituem, outra coisa é preconizar tratamento de cunho religioso fomentado por um Estado laico quando se pretende estar fundamentado no discurso científico.

Evidentemente, não há problema em uma igreja oferecer tratamento espiritual a seus fiéis, ou algum tipo de ajuda à comunidade religiosa. A religião é um recurso antigo e, para muitos, um conforto diante do *Mal Estar na Civilização* (FREUD, 1930/2004). Mas a religião é de natureza pessoal, cada um escolhe a sua. Ter um estado laico significa respeitar todas as religiões, significa acolher as diferenças. Nosso estado é constitucionalmente laico e não deveria poder oferecer tratamentos religiosos, menos ainda se esse tende a favorecer um tipo de religião. O problema é misturar as coisas. O Estado e a Igreja são instituições de naturezas diferentes, cada qual com sua missão. A história nos ensina que quando essas duas instituições se confundem, o que aparece é uma intolerância às diferenças. O que tem como corolário a segregação.

³² CF. Alexander Moreira de Almeida. Disponível em: <https://www.escavador.com/sobre/5757244/alexander-moreira-de-almeida>. Acesso em: 2 jun. 2019.

³³ Depressão e Espiritualidade: o que as pesquisas mostram? Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kROI-bmEvuY>. Acesso em: 2 jun. 2019.

A mistura entre estado e religião, ao menos no que tange o tratamento de usuários de drogas, não é privilégio do Rio de Janeiro, nem mesmo do nosso país. Nos dias 29 e 30 de maio de 2017, tivemos a oportunidade de assistir o Seminário Internacional, organizado pelo Programa Institucional Álcool, crack e outras Drogas da FIOCRUZ, intitulado *Cenários da Redução de Danos na América Latina*. O evento ocorreu uma semana após a operação policial na cracolândia da Luz, em São Paulo (21 de maio de 2017), tema que foi então bastante debatido, entretanto houve oportunidade de colhermos algumas observações que também diziam respeito ao tema que estamos debatendo aqui. Por exemplo, a partir da intervenção de Felipe Cuervo, palestrante convidado da Colômbia, que, além de nos situar sobre o que está sendo feito em termos de redução de danos em seu país, não deixou de mencionar a presença, naquele país, de um modelo moral e de internação. Assim também foi com Rafael Torruella, de Porto Rico, que relatou o incremento da prática evangelizadora nas políticas públicas junto aos usuários de drogas, descrevendo uma situação que não nos é estranha, isto é, que os “internos” trabalham vendendo coisas na rua, dinheiro que vai para a instituição. Torruella mencionou ainda que existem relatos de maus tratos nessas instituições de internação naquele país. A pergunta se agudiza: por que estamos assistindo a esse recrudescimento de políticas que se distanciam cada vez mais do modelo proposto pela desinstitucionalização? Que *intromistura* (LACAN, 1976b) é essa, num certo tipo de alteridade junto aos sujeitos cidadãos?³⁴

Há um grande problema em o Estado não investir em saúde, em se ter um SUS e mais especificamente uma política de saúde mental baseada numa ação comunitária, territorial e sustentada num trabalho em rede, se a rede não é assegurada de fato por uma vontade política. A sustentação de um serviço público com condições de realizar aquilo para o qual foi projetado, talvez pudesse ajudar muito na redução de danos relativa ao abuso de substâncias, talvez seja um grande dano não possibilitar a esses serviços cumprirem o seu papel

Em novembro de 2017, foi firmado por decreto o *Programa Emergencial de Ações Sociais para o Estado do Rio de Janeiro e os seus Municípios* (BRASIL, 2017c), com “o objetivo de prevenir e enfrentar a violência no Estado do Rio de Janeiro por meio de políticas e ações sociais implementadas de forma integrada e articulada”. O valor total a ser investido no programa é de R\$ 157 milhões, sendo que ao setor de justiça e segurança pública serão destinados 8,8 milhões. De acordo com o programa:

³⁴ A referência aqui é lacaniana, no que diz respeito ao fato de que não há alteridade sem a *intromistura* da estrutura na clínica do sujeito, aqui forcluída a partir de um cientificismo religioso que nega as diferenças e sua consequente possibilidade de escolha subjetiva.

Serão ampliadas as vagas em comunidades terapêuticas, serviço de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. Atualmente, o ministério mantém contratos com 252 comunidades em todo o Brasil e atende mais de 5.500 dependentes químicos. O Programa ‘Casa de Direitos: Cidadania Plena’ também terá seu acesso ampliado. Serão reativadas Casas de Direito construídas no Estado. Os recursos serão utilizados para aquisição de equipamentos permanentes e material de consumo, adequação do espaço físico, contratação e manutenção de recursos humanos, confecção e impressão de material gráfico. (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2017).

Será que podemos interpretar essa intervenção no campo de álcool e outras drogas pelo viés da justiça e segurança em detrimento da saúde como uma visada de posição política que retoma o paradigma da abstinência? Paradigma esse que, historicamente, como demonstram Passos e Souza (2017, p. 157), foi “um eixo articulador entre a justiça, a psiquiatria e a moral religiosa que, em sua articulação, definem uma política do tratamento para usuários de drogas”. Isto é, será que voltamos a tratar o usuário de drogas como um criminoso, ou um doente que precisa de tratamento disciplinar, ao qual vem somar-se a moral religiosa?

Ao analisarem as políticas sobre drogas num período de 2000 a 2016, Teixeira et al (2017, p. 1463) nos trazem a preocupante afirmação:

(...) encontra-se em cheque a Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, norteadas pela RD, devido as mudanças dos dirigentes dos Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social. Há sinais de uma perspectiva conservadora na área de políticas de drogas, a partir de 2016, retomando o paradigma da guerra às drogas centrado na repressão da oferta e com uma política de cuidado e tratamento às pessoas com UPD baseado no modelo de doença presente nas CT, em detrimento ao modelo psicossocial da RAPS. Cabe lembrar que o Estado brasileiro é laico e democrático e, por isso, não deverá, a pretexto de tratamento, impor crença religiosa a nenhum de seus cidadãos. Compete ao Estado respeitar e promover a cidadania dos usuários, recusando todas as propostas que violem seus direitos, como a internação compulsória e a restrição da liberdade como método de tratamento. As CT, apesar de fazerem parte da RAPS não compartilham dos mesmos.

Estivemos visitando outros municípios do estado do Rio de Janeiro, em setembro de 2016, municípios mais ou menos próximos entre si, mas com os quais seria importante o CAPSad no qual trabalhamos fazer rede, já que se verifica uma certa movimentação dos pacientes pelos municípios. Muitas vezes as mudanças de domicílio dos usuários se dão por conta de emprego, outras por estarem correndo risco na comunidade, ou por estarem fugindo da lei. Enfim, vários são os motivos que os fazem circular.

Em verdade, para além dos contatos estabelecidos com outros dispositivos de saúde mental, que certamente foram um ganho, o que pudemos verificar foi que a falta de investimento por parte dos gestores é geral, ao menos numa parte dos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Nos pequenos municípios, a situação parece pior, há um alto índice de

contratados. Quando se faz concurso público, os salários oferecidos são menores e, segundo alguns relatos, não se respeita o tipo de trabalho que o profissional já fazia anteriormente. Essa situação faz com que esses profissionais fiquem reféns dos políticos, pois os cargos acabam sendo ocupados por essa via. Não há como fazer greve ou se manifestar contrariamente a qualquer ação que tenha efeitos nocivos no serviço, pois isso significa demissão. Na época, vários municípios não estavam pagando em dia. A maioria dos equipamentos não conta com supervisão clínico-institucional.

Saúde não parece ser a menina dos olhos de vários de nossos gestores. Sendo assim, parece-nos que se desvela aí um grande problema: não há investimento em saúde, menos ainda em saúde mental. Então se dissemina a ideia de que o tratamento extra-hospitalar para usuários de drogas não é eficaz e a internação surge como possibilidade. Entretanto, com a reforma psiquiátrica se deu a diminuição da quantidade de leitos hospitalares, pois um dos pontos sobre os quais incidiu a reforma foi justamente os antigos manicômios, verdadeiros holocaustos brasileiros (ARBEX, 2013). Ironicamente, hoje há as Comunidades Terapêuticas, onde se interna nos moldes antigos!

4.5 Por que a segregação?

Se Freud apontou a intoxicação como um método de modificar o desprazer advindo do ato civilizatório, que implica em renúncia de gozo, Lacan vai justamente indicar que as mudanças na forma em que a civilização vem regulando o gozo, em verdade, vão na contramão da renúncia, em direção ao mais de gozar.

Em nosso mestrado, entre outras coisas, nos ocupamos em verificar a toxicomania no laço social.

A toxicomania se refere a sujeitos inseridos nos laços sociais, ou seja, toda vez que se toca no problema na atualidade, não há como não se referir aos discursos. Por um lado, porque a própria concepção de toxicomania, e conseqüentemente de seu tratamento, depende do discurso no qual está ancorada; por outro, porque a toxicomania nos tempos atuais aparece como corolário do discurso capitalista (BASTOS & FERREIRA, 2012, p. 45).

Lendo a obra de Freud, nos deparamos com a relação que ele fazia entre religião e narcose, e fizemos a seguinte questão: “Se há uma equivalência entre religião e narcose enquanto sintoma, nesse caso se pode pensar a toxicomania como sintoma do discurso capitalista?” (BASTOS & FERREIRA, 2012, p. 64).

Tomando a definição de sintoma que Lacan (1974/2019) fornece em *A terceira*, isto é, “o sentido do sintoma é o real, o real enquanto pedra que se põe no caminho para impedir que as coisas funcionem de tal forma que sejam satisfatórias para os mestres”,³⁵ Alberti, Inem e Rangel (2003), “propõem que o uso de drogas pode ser uma forma de o sujeito se subtrair ao gozo do Outro. Quer dizer que a toxicomania pode ser sintoma, na medida em que é utilizada como impedimento ao gozo do Outro” (BASTOS & FERREIRA, 2012, p. 64). Baseando-nos na proposição das autoras e na tese de Santiago (2001), para quem a toxicomania é efeito de discurso e, portanto, da regulação do gozo no laço social, articulamos, naquela época, a seguinte questão:

O mestre no discurso do capitalista é o capital, nesse discurso não há resto como produto, há uma incitação ao gozo. A toxicomania não seria uma forma de se subtrair desse gozo imposto pelo discurso do capitalista? (BASTOS & FERREIRA, 2012, p. 64)

Em 1966, ao tratar de *O lugar da psicanálise na medicina*, Lacan afirma que o gozo é exatamente o que fica excluído na relação da medicina com o corpo. Interpela a relação da ciência com o corpo, a dimensão do gozo em jogo nos objetos produzidos pela ciência, e diz: “Materializemos estes efeitos [da ciência sobre o corpo] sob a forma dos diversos produtos que vão desde os tranquilizantes até os alucinógenos” (LACAN, 1966/2001, p. 11).

O fato de a própria ciência produzir substâncias que promovam o gozo no corpo — substâncias tais como o Prozac (fluoxetina - antidepressivo) que foi apelidado de droga da felicidade — é a afirmação de um discurso em que não está em jogo a renúncia, mas sim que é possível gozar de um gozo total. Temos, por um lado, a depressão como efeito da negação da castração advinda do empuxo ao gozo suportado pelo discurso da ciência aliado ao do capitalista e, por outro lado, a intoxicação como tratamento da depressão. A angústia e a tristeza são ícones da clínica com as toxicomanias. Nós analistas somos convocados a tratar das doenças que são efeitos dos discursos que sustentam o laço social:

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

³⁵ Mantivemos a tradução feita por Alberti, Inem e Rangel (2003, p.22), por acharmos que “pedra no caminho” faz mais sentido em português do que “cruz”. Em francês se lê: *le sens du symptôme c'est le réel, le réel en tant qu'il se met en croix pour empêcher que marchent les choses, au sens où elles se rendent compte d'elles-mêmes de façon satisfaisante, satisfaisante au moins pour le maître.* (LACAN, 1974/2019, p.6).

de toxicomanias, entre as várias doenças do discurso capitalista. (QUINET, 2006, p. 37-8).

O fato de a ciência sustentar a intoxicação, ainda que com as drogas lícitas, faz com que Lacan (1966/2001, p. 11) afirme ser difícil manter as drogadições como um problema de ordem policial e aduz: “Basta que um dia estejamos na posse de um produto que nos permita recolher informações sobre o mundo exterior, vejo mal como uma contenção policial poderia exercer-se aí”. Qual o posicionamento do médico diante do uso dos tóxicos? O que haveria de repreensível nesse uso:

(...) a não ser que o médico entre francamente naquilo que é a segunda dimensão característica de sua presença no mundo, a dimensão ética. Estas observações podem parecer banais, elas têm, contudo, o interesse de demonstrar que a dimensão ética é aquela que se estende em direção ao gozo (LACAN, 1966/2001, p. 12).

Fica claro que não se trata, em relação ao uso abusivo de drogas, de uma direção moral ou disciplinar, pois para o analista trata-se de uma questão ética: o tratamento do gozo a partir do laço analítico não é segregatório, ele inclui as diferenças. A esse respeito, Colette Soler é precisa ao dizer que a psicanálise trata dos “sintomas renegados da esfera sexual”, donde a psicanálise “tem a peculiaridade de resistir mais que os demais discursos à ideologia igualitária”. É no caso a caso que a psicanálise escapa à segregação, o que, segundo Soler, “é astuto”. (SOLER, 1998, p. 49).

O consumidor de drogas ao mesmo tempo em que é o modelo do consumidor para o discurso capitalista, pois tenta obliterar a castração com a drogadição, empuxo ao gozo explícito nesse discurso, ele é o modelo do fracasso do capitalismo, pois enquanto se droga ele não produz, gerando um problema para obter seu objeto de consumo: para comprá-lo é preciso capital. Donde a “toxicomania é uma ‘pedra no sapato’ do discurso capitalista, um dos motivos de ter se tornado uma grande preocupação no âmbito social” (BASTOS & FERREIRA, 2012, p. 65). Não é à toa que vimos assistindo um recrudescimento das políticas proibicionistas: deve-se promover uma ortopedia do gozo, de tal forma que se esteja apto a produzir e a consumir de acordo com o esperado, ou, para aqueles rebeldes, os que querem se subtrair ao gozo do Outro, a segregação.

Desde Freud (1921/2006) sabemos que o outro como rival ou diferente é objeto de segregação. O discurso da ciência associado ao do capitalista potencializa a diferença como fator segregatório ao homogeneizar o gozo. Como pudemos ver ao longo do trabalho, há uma sustentação do discurso do capitalista pelo da ciência na figura, por exemplo, da ABP, que ao mesmo tempo em que sustenta o tratamento medicamentoso (drogas lícitas) para os usuários de drogas, entende que as Comunidades Terapêuticas são o recurso que deve ser

disponibilizado como tratamento daqueles que não aderem à drogadição medicamentosa. Tudo pela abstinência! Ou será pelo lucro? Eles também estão sendo agraciados com isenções fiscais pelo Estado. Sem falar no lucro da indústria farmacêutica. Tampouco se pode esquecer quão lucrativos são os dispositivos de internação, ainda mais se subsidiados pelo governo. Conforme, em 1967, Lacan, referindo-se à criança, à psicose e à instituição, declara:

O fator de que trata [uma relação baseada na liberdade] é o problema mais intenso de nossa época, na medida em que ela [a instituição relacionada ao campo da psicose] foi a primeira a sentir o novo questionamento de todas as estruturas sociais pelo progresso da ciência. No que, não somente em nosso próprio domínio, o dos psiquiatras, mas até onde se estende o nosso universo, teremos que lidar, e sempre de maneira mais premente, com a segregação (LACAN, 1967/2003, p. 360).

Na *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre a psicanálise da Escola*, Lacan é assertivo ao interpretar as consequências do que se havia passado nos campos de concentração, e diz:

Abreviemos dizendo que o que vimos emergir deles, para nosso horror, representou a reação de precursores em relação ao que se irá desenvolvendo como consequência do remanejamento dos grupos sociais pela ciência, e, nominalmente, da **universalização** que ela introduz. (...) **Nosso futuro de mercados comuns encontrará seu equilíbrio numa ampliação cada vez mais dura dos processos de segregação** (LACAN, 1968/2003, p. 263, grifo nosso)

Soler (1998, p. 43) retoma a predição lacaniana sobre a segregação e aduz:

Temos uma tese: a tese de Lacan de 1967, que faz da segregação, de seu desenvolvimento recente, um efeito, ou melhor, uma consequência inevitável daquilo que caracterizamos como sendo a universalização introduzida na civilização pela ciência. É uma tese simples, forte: segregação, efeito de, consequência da universalização.

A universalização à qual Soler (1998) está se referindo é a do mercado, em que todos devem ter as mesmas coisas, todos devem viver da mesma forma, uma universalização que suprime as diferenças, faz funcionar o “um para todos” (p.43). Donde a autora lança a seguinte questão: “Então, quando se manifestam diferenças resistentes, diferenças que não são passíveis de redução, ou seja, sujeitos que não entram na distribuição dos bens da civilização atual, qual o meio para tratar as diferenças?”. A resposta que ela nos fornece é: “pela via da repartição territorial” (p. 45). Isto é, criar zonas onde o diferente, no caso o toxicômano, possa ficar. Ela dá o exemplo da zona para toxicômanos em Zurique; nós temos as *cracolândias*. A segregação como uma forma, portanto, de tratar o insuportável, a diferença.

Pinçamos outra relação que Soler (1998, p. 47) estabelece, importante para nosso trabalho, do “correlato desapercibido” entre a segregação e a ascensão da religião: “Significa

que Deus cada vez mais resta como a única figura, o único nome do lugar do Outro. Outro distinto dos nossos pequenos mais-de-gozar que conhecemos”.

Soler (1998), assim como Alberti, Inem e Rangel (2003), também associa toxicomania ao sintoma. Segundo ela, a toxicomania é sintoma, porque o sintoma, de forma mais abrangente, é tratamento de gozo. Define o toxicômano como sendo “um insubmisso ao gozo universalizado da civilização. Quer ele o saiba ou não”. Porém afirma: “Ele não o sabe, ou seja, é alguém que se recusa a entrar no que chamamos de o gozo fálico, visto que o gozo fálico não é apenas o gozo do órgão, mas também o gozo que sustenta toda competição social, toda a circulação da competição no mundo social” (SOLER, 1998, p.50). A tentativa de rompimento com o pequeno pipi, proposta por Lacan (1976a) como sendo o que define a toxicomania, é aqui, nos parece, retomada de forma mais ampla. Se o toxicômano no momento em que se droga pode obter um gozo no corpo que prescinde do falo, no caso de esse sujeito ser neurótico esse rompimento com o falo é pontual, pois um neurótico necessariamente está referido ao falo. No caso da psicose, ao contrário, conforme o que pudemos desenvolver no primeiro capítulo a respeito dos surtos de psicose por intoxicação. A forma como Soler o articula torna mais compreensível a definição lacaniana, pois se trata de recusar a entrar no âmbito da troca, do ter, que é regulado pelo falo.

Se o discurso do capitalista tenta suprimir a castração promovendo o gozo, e o capitalismo se sustenta no ter, é preciso que se queira ter como os outros, ainda que seja o mesmo para todos, aquilo que é dito que se deve ter para poder gozar. Sem o brilho fálico o consumo não se sustenta. Basta que se ligue a televisão para se verificar que a propaganda aposta no desejo.

É interessante pensar que, paradoxalmente, ao se recusar a entrar nas trocas fálicas, em sua “insubmissão ao gozo fálico competitivo” (SOLER, 1998, p.51), o toxicômano se revela o melhor consumidor. O toxicômano “faz greve, a greve do falo”, se recusa a universalização do gozo, mas, por isso mesmo, se torna uma “figura de gozo” (p.50), tal qual preconiza o discurso do capitalista. Ao tentar escapar da universalização do gozo, o toxicômano se torna exatamente o que quer o discurso capitalista: um consumidor. Um consumidor sem capital de giro que impede que as coisas andem bem, virando por vezes um resto no gueto da cracolândia. Sintoma do discurso capitalista, que por não querer ver que aquele estranho lhe é absolutamente familiar, tenta segregá-lo, interná-lo. Quando tem dinheiro a coisa parece ir melhor, pois há capital, ainda que também para esses esteja no horizonte o tratamento químico e/ou isolamento.

4.6 Considerações finais

Ao trazermos a cena política para o contexto deste trabalho, colocamos em relevo a tensão entre, de um lado, a direção para o tratamento advinda da reforma psiquiátrica, em que inclusão é palavra de ordem, o que ordena a lógica dos serviços da atenção psicossocial; de outro lado, a lógica segregatória que regula as relações de mercado, pois como veremos em outro capítulo, o proibicionismo surge justamente da disputa pela regulação do mercado de drogas, isto é, motivado por questões econômicas.

O fator econômico, como se pode depreender do teor da Assembleia Pública (CMRJ, 2017a) que relatamos, é o que animou aquele encontro. Ao transformar o sujeito em consumidor, o discurso do capitalista — tendo o discurso da ciência como seu aliado em promover substâncias das quais se pode gozar — acaba criando o consumidor modelo, aquele que não abre mão do prometido gozo total. Mas esse consumidor é também capital, ele precisa produzir para poder consumir. Nesse ponto a conta não fecha, o gozo com a droga em muitos casos vira compulsão à repetição sem espaço para a vida.

“Toda formação humana tem, pôr essência”, nos diz Lacan (1967/2003, p. 362), “e não pôr acaso, refrear o gozo, [isso] porque o princípio de prazer é o freio do gozo”. Podemos ler que o laço social tem a função de regular o gozo. O discurso do capitalista não cumpre essa função, ao contrário, ele não faz laço. Para que o sujeito possa prescindir do gozo com a droga, ao menos de gozar exclusivamente com ela, é preciso que possa retomar o caminho de seu desejo como possibilidade de reatar seus laços sociais. Como segregá-lo do laço social poderia permitir tal saída?

Nossa hipótese é de que a segregação do usuário de drogas — implícita no discurso que sustenta a abstinência como único viés possível para o tratamento de usuários de drogas e internação como seu corolário — advém do insuportável de lidar com o retorno do resto produzido pelo discurso do capitalismo/ciência: a toxicomania. Resto de um discurso que justamente não admite restos, em que nada deveria se perder, tudo deveria se transformar, em gozo. Mas, do lucro obtido com o tratamento sustentado por esse mesmo discurso científico/religioso, o toxicômano volta a ser parte do giro de capital.

Na tentativa de verificar a estatística dos resultados dos tratamentos em CTs, não nos foi possível acessar nenhuma estatística em órgãos públicos. Entramos em contato com alguns colegas e com a pessoa responsável, na época, pela Gerência em Saúde Mental – GSM, da Secretaria de Estado de Saúde – SES/RJ, que disseram que não há como ter acesso a esses dados. Incluímos, então, neste capítulo, alguns estudos que falam de resultados de internação

como tratamento e uma controvérsia na página do Senado sobre o resultado dos tratamentos para álcool e outras drogas em CTs. Ao final do capítulo tem um anexo com uma planilha do DATASUS com o número de internações em hospitais da rede pública, tanto para transtornos psiquiátricos em geral, como os decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O intuito foi mostrar o alto número de internações por álcool e drogas em relação aos outros transtornos.

A tese de doutorado de Rosemeri Siqueira Pedroso (2014, p.76) é, de acordo com a autora, “o primeiro estudo nacional que apresenta dados sobre a trajetória do usuário de crack, no qual foi identificado que a recaída em adolescentes é precoce após a alta da internação – 65,9% após 30 dias e 86,4% da amostra total após 90 dias”. Esse estudo aponta uma preocupação com o índice de recaída e de reinternação. É preciso salientar que a abstinência é o parâmetro de recuperação nesse trabalho para doutoramento em psiquiatria, e ainda, que nele não está em questão o tratamento em CTs, mas internações no âmbito público de saúde. Ou seja, o que podemos interpretar a partir desse trabalho é que a internação não é eficiente enquanto tratamento para usuários adolescentes de crack. Se ela é necessária em alguns casos, ela por si só não é suficiente como garantia de tratamento.

A autora chega à seguinte conclusão: “Esses resultados levam a questionamentos científicos e sociais sobre o custo-benefício e a eficácia do tratamento para esta população. Estudos prévios nacionais e internacionais corroboram esses achados” (PEDROSO, 2014, p.76-7). Para sanar algumas dificuldades no método do estudo, a autora aliou ao delineamento longitudinal outro “método inédito com usuários de crack, o Record Linkage”, [uma] “metodologia de linkagem de arquivos [que permitiu] encontrar 293 usuários de crack e avaliar a sua trajetória retrospectiva e prospectiva nos bancos de dados do Ministério da Saúde” (idem). Os resultados, segundo a autora, são impactantes, “uma taxa elevada de reinternação e um número inexpressivo de busca ou acesso ao tratamento ambulatorial, corroborados por estudos prévios”.

O Relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODOC, 2019) também aponta a dificuldade em acessar o tratamento. Destaca que “somente uma em cada seis pessoas que necessitam de atendimento tem acesso aos serviços”.³⁶

Retomando o tratamento oferecido em CTs, não conseguimos dados precisos com relação à eficácia desses tratamentos no Ministério da Saúde, ou outro órgão de competência – sempre lembrando que a medida de eficácia para esse tipo de tratamento é a abstinência,

36 Cf. 29 milhões de adultos dependem de drogas, aponta relatório do UNODC. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/29-milhoes-de-adultos-dependem-de-drogas-aponta-relatorio-do-unodc/>. Acesso em: 2 jun. 2019.

recaída e reinternação. Existem sim, vários relatórios sobre o tipo de tratamento prestado pelas CTs, tal como citamos acima, todos eles repletos de críticas.

Na página do Senado, em 14 de setembro de 2011, há uma chamada para o lançamento da revista desse órgão que se chama *Em discussão!* Lê-se nela:

Com o tema "Dependência química: crack e outras drogas", a oitava edição da revista *Em Discussão!*, produzida pelo Jornal do Senado, foi lançada na manhã desta quarta-feira (14). A publicação traz um panorama do trabalho realizado pela Subcomissão Temporária de Políticas Sociais sobre Dependentes Químicos de Álcool, Crack e Outras Drogas, cujas atividades foram iniciadas no primeiro semestre e se estenderão até novembro deste ano. (SENADO FEDERAL, 2019a)

De acordo com a página do Senado, a revista revela que “a falta de opções na rede pública de saúde para os dependentes é um desafio a ser superado”. O foco recai sobre o número limitado de leitos para internação na rede pública e “traz o dado alarmante de que cerca de dois milhões de brasileiros já devem ter experimentado o crack, número que pode estar subestimado diante da falta de estatísticas atualizadas e confiáveis sobre o real universo de viciados” (SENADO FEDERAL, 2019a). Como alternativa a escassez de “opções”, “resta às famílias procurar por comunidades terapêuticas, geralmente ligadas a entidades religiosas, responsáveis hoje por cerca de 80% das vagas para internação. Por isso, a senadora Ana Amélia sugeriu que essas instituições recebam recursos públicos” (idem).

O que se revela nessa página do Senado é justamente aquilo a que nos referimos anteriormente, que a dita ‘epidemia’ de crack anunciada no fim da década passada levou, entre outras coisas, a uma fomentação de recursos públicos para internações em CTs.

Ressaltamos os seguintes títulos que compõem a revista *Em Discussão!* (SENADO FEDERAL, 2019b): “Comunidades oferecem 80% das vagas e querem ajuda do Estado”; “Fazendas dizem recuperar entre 40% e 80% dos viciados”; “Recuperação pela vivência religiosa e trabalho”. E ainda: “Médicos contestam comunidades terapêuticas” pois, “Eles temem que os recursos, sempre escassos, se destinados às comunidades, deixarão de atender à expansão da rede pública e ao aumento do número de leitos para internação e de hospitais psiquiátricos, já em quantidade muito aquém da necessária”. Como comentário à matéria “Fazendas dizem recuperar entre 40% e 80% dos viciados”, encontra-se no Jornal do Senado a seguinte observação:

Apesar da carência de recursos, tanto dos dependentes quanto de grande parte das instituições, os representantes das comunidades terapêuticas afirmam ter índices de recuperação entre 40% e 80%. O coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, Roberto Kinoshita, contesta os números das comunidades terapêuticas. “Do ponto de vista estatístico, a parte técnica do tratamento tem limites claros. No que concerne aos estudos de eficácia, há pessoas

que saem do problema das drogas sem nenhum tratamento e há outras que fazem um monte de tratamentos e não saem. As diversas técnicas e abordagens têm eficácia bastante análoga: nenhuma supera os 30% de cura”. Alguns especialistas, como a socióloga Rita Maria Monteiro, ressaltam, porém, que a abstinência total das drogas, até o fim da vida, só acontece em 2% dos casos.³⁷

Apesar de essa controvérsia datar de 2011, é bem atual, salvo que os recursos públicos destinados à saúde mental desde então ficaram ainda mais escassos, diminuindo mais ainda as possibilidades de haver uma quantidade de serviços de saúde suficientes para contemplar as necessidades da população. O que necessariamente diminui a eficácia dos tratamentos na esfera pública, uma vez que ela é baseada em uma rede que dê minimamente conta das questões “singulares” e “multifatoriais” implícitas no tratamento dos usuários de drogas, tal como preconizavam as diretrizes do tratamento em 2003 (Brasil, 2003), e para o que foi fomentada a RAPS em 2011. Ou ainda, se nos instrumentalizarmos da psicanálise, de uma rede que acolha as diferenças, uma vez que o gozo é o que há de mais singular e, portanto, far-se-á limite à homogeneização do gozo e conseqüentemente à segregação.

Infelizmente, tal como abordamos no capítulo 1, muitas vezes a segregação se dá na própria rede. Não é incomum o usuário de drogas ser estigmatizado dentro dos próprios serviços de saúde que compõem a rede, o que acontece também em relação a outros componentes, seja a escola, a comunidade etc. Aqui nos interessa a rede de saúde, na medida em que pensamos que é justamente o fortalecimento dessa rede que permite o tratamento do usuário de drogas. Se a própria rede de saúde fizer barreira aos usuários de drogas, então, cada vez mais as CTs, que tanto desejam tratá-los, proliferarão.

Diversas vezes, enquanto trabalhadores em um CAPSad, nos vimos convocados a desconstruir a demanda de internação a nós destinada por outros serviços. Ou seja, somava-se ao nosso trabalho de desconstruir a demanda de familiares pela internação a desconstrução da indicação feita por outro profissional da rede. E ainda, casos em que pequenas internações em serviços de pronto atendimento seriam suficientes para o momento de crise, mas que eram de grande dificuldade em serem sustentadas. A possibilidade de trabalho com esse serviço, ao menos em nossa experiência, foi a presença de um profissional do CAPSad no Pronto-Socorro sempre que havia um usuário referido ao CAPSad internado – o que também não era fácil devido ao número reduzido de profissionais. Essa postura acabou gerando a demanda de que essa parceria fosse feita também quando o usuário ainda não era referido ao CAPSad, o que em princípio proporcionaria uma melhor condução do caso.

³⁷ Cf. <https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/sociedade-e-as-drogas/comunidades-terapeuticas-dizem-recuperar-entre-40-e-80-dos-viciados.aspx>

O caso de Mario, relatado no primeiro capítulo, nos serve de exemplo para as dificuldades da rede em relação ao uso de drogas. Ele foi encaminhado pelo Pronto Socorro ao CAPSad apesar de seus sintomas psicóticos não serem efeito de intoxicação. Como ele era menor de idade, e após o acolhimento inicial, entramos em contato com o CAPSi. Achemos que seria o lugar mais adequado ao tratamento dele. Após uma longa conversa, desistimos. A demanda do CAPSi era de que ensinássemos a detectar se algum paciente estava usando drogas para não contaminar as outras crianças. O discurso era totalmente segregatório em relação ao usuário de drogas. Na época entendemos que seria necessário um longo trabalho de rede antes que casos como esses fossem recebidos no CAPSi de nosso município.

Novamente frisamos que nossa experiência tem data e lugar. Sabemos que há municípios em que o discurso da atenção psicossocial, bem como as ações em rede são bem sedimentadas, mas no local onde se desenvolveu essa pesquisa a construção da rede era ainda bastante incipiente e fragmentada. De toda forma estamos chamando atenção para outros equipamentos de saúde, que não os de saúde mental, em que muitas vezes há a identificação do usuário de drogas com o doente, o violento, o sem vergonha, aquele que está tirando a vaga de quem realmente precisa. Mas os usuários de drogas precisam de atendimento médico, eles também têm problemas clínicos, sejam eles de ordem orgânica ou psíquica.

É preciso que se leve em conta que também os profissionais de saúde (categoria que é muito mais abrangente que a dos profissionais de saúde mental) são afetados pelo discurso atual que, arvorando-se como científico é, na realidade fomentado por um capitalismo que sustenta os laboratórios farmacêuticos e que, por isso, não tem nenhum prurido em se articular com um discurso “espiritualista”, como vem sendo chamado. Também eles ouvem que os drogados, especialmente os “cracudos” são doentes e/ou criminosos, também eles são tomados de medo.

Os usuários de drogas circulam, não apenas pela cidade, mas pelos mais diversos serviços de saúde. Em muitos deles o discurso da adaptação e da ortopedia do gozo – corroborado, por exemplo, pelo discurso oficial da ABP – faz com que o usuário de drogas seja visto como um rival, um opositor da ordem, da civilização, um doente a quem só resta a internação. Não estão de todo errados, ao menos no que tange à oposição à ordem, o toxicômano de fato faz resistência ao discurso capitalista, basta ver as *cracolândias*. Como nos indica Soler, não podemos esquecer a “segregação voluntária” (SOLER, 2018ap.134), só que ao fazê-la, os toxicômanos justamente aderem ao discurso capitalista do empuxo ao gozo. Além disso, o discurso do capitalista não é civilizatório. Imperceptivelmente, tudo acaba convergindo para o sustento de uma ética que fortalece cada vez mais o próprio discurso

capitalista. E isso, eventualmente, sem que o próprio agente do discurso se dê conta do que está acontecendo.

Soler (2018a, p. 125) identifica no texto de *Psicologia das massas e análise do eu* (FREUD, 1921/2006) a preocupação de Freud em sistematizar o que faz laço social. A autora faz um pequeno histórico das formulações de Freud sobre o laço social: a libido concebida como fator de ligação entre os seres falantes; o narcisismo, em 1914, aparecendo na obra freudiana como “uma primeira data importante na colocação em evidência das forças que vão contra o laço” (Soler, 2018a, p.125); forças essas que alcançam seu ápice com o conceito de repetição. Em 1920, Freud descobre o apego dos sujeitos àquilo que lhes é extremamente doloroso, “às mais dolorosas experiências do encontro faltoso, dito de outro modo, ao gozo”. Trata-se da conceituação da pulsão de morte, rebatizada por Lacan “com o termo gozo que vai contra as coesões, que ataca o laço social” (idem).

Em 1920, Freud estabelece uma nova dualidade pulsional, à libido – “Eros dos poetas e filósofos, o Eros que une todos os viventes” (FREUD, 1920/2006, p.49) —, Freud contrapõe a pulsão de morte ou de destruição – um dos nomes da pulsão de morte na obra freudiana –, que podemos reler como destruição dos laços sociais. É nesse contexto que Freud se dedica ao estudo das massas (FREUD, 1921/2006), motivo pelo qual Soler faz a seguinte hipótese:

Seu objetivo [de Freud] não é tanto criticar a massa, isto já tinha sido feito antes. Sobre esse ponto, Freud toma novo fôlego, ele o diz, e apesar do perigo dos coletivismos que o preocupa, sua questão se coloca sobre o que pode consolidar o coletivo a despeito de sua pulsão de morte, dito de outra maneira à renúncia narcísica. Sua resposta é sem ambiguidade: só o amor dessexualizado pode ligar enquanto o gozo, o que ele chama de pulsão sexual direta, separa (SOLER, 2018a, p. 126).

O que se extrai dessa hipótese formulada por Soler é a preocupação freudiana de que o laço social seja sustentado: apesar de todas as renúncias necessárias à civilização, são elas que o sustentam. Mesmo se Freud pôde demonstrar as consequências nefastas das massas, ou se Freud foi, como diz Soler (2018a, p.126), “o precursor que antecipou os desastres das massas” diante das “grandes tiranias dos coletivismos no século XX”, ele também se preocupou com o que faz laço. Característica ressaltada por Soler diante da “corrosão e da precariedade dos laços” no século XXI, consequência do discurso do capitalista que reduz o indivíduo a um “instrumento do mercado”. Ainda de acordo com Soler (idem), nesse sentido, Lacan dá “um passo a mais [...] em razão de sua hipótese da linguagem como operador” dos laços sociais.

Se os discursos são um aparelhamento de gozo, eles ordenam uma maneira de gozar, uma homogeneização do gozo. Entretanto, há sempre um lugar para o singular. Tomemos o discurso do mestre como exemplo, já que como nos diz Alberti (2000, p.47), o discurso do

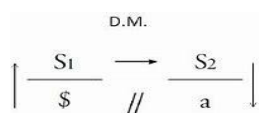
capitalista é uma “corruptela” do discurso do mestre. Mesmo se é um discurso de dominação que produz como resto objetos de gozo, a verdade que sustenta esse discurso é a verdade do sujeito, do sujeito dividido. De tal forma que “o discurso do mestre só alcança parcialmente os seus fins porque a objeção das verdades singulares está em toda parte” (SOLER, 2018a, p. 128-9). Ou seja, essa homogeneização não é tão homogênia assim, não se dá sem uma heterogenia.

Os laços sociais são conexões entre dessemelhantes, donde “a articulação de suas diferenças [...] deixa uma margem para as liberdades” (SOLER, 2018a, p.129). Esse impedimento que os discursos têm de serem completamente homogeneizantes em relação à modalidade de gozo se desfaz no discurso do capitalista, não há barreira que impeça a reintrodução dos objetos de gozo, não há resto.

Como nos lembra Alberti (2000, p.48):

Se em 1969/70 Lacan diz que é impossível que haja um mestre que faça funcionar seu mundo – porque fazer os outros trabalharem é ainda muito mais cansativo do que trabalhar –, no Discurso do Capitalista, é o próprio capital que faz esse trabalho de fazer os outros trabalharem, a seu serviço, e isso não para, tal máquina de gozo – que, como disse outra feita, está longe de ser desejante.

Discurso do Mestre



Discurso do Capitalista



Como se pode ver a partir da escrita de cada um dos discursos, o do Mestre e o do Capitalista, há uma troca de lugares entre o sujeito e o S1, além disso as setas que dão a direção do discurso também são modificadas. O agenciamento do Discurso do Mestre é feito pelo S1 — significante mestre, e o sujeito se encontra no lugar da verdade que sustenta esse discurso. Já no Discurso do Capitalista “o sujeito se crê agente, sem se dar conta de que age somente a partir dos significantes mestres que comandam, e que no discurso do capitalista estão no lugar da verdade” (ALBERTI, 2000, p.46). O que Alberti propõe na citação acima é que o capital é o S1 que se dirige ao Outro, não como o escravo de Hegel que detém o saber, mas “reduzido a seu lugar de gozo que, no interior do Discurso Capitalista (seguir as flechas) volta ao S1, aumentando seu capital” (ALBERTI, 2000, p.47). Se seguirmos as flechas, verificamos que o *a*, o objeto mais-de-gozar, produzido pelo Discurso de Mestre, não é mais que um resto desse aparelhamento de gozo, que não pode ser reabsorvido, há um impedimento, representado pelo sinal //. Esse impedimento não é dado no Discurso do Capitalista, se não há resto, se não há perda de gozo, tão pouco pode haver estabelecimento de

laço social. Donde a “maquina de gozo”, proposta por Alberti, que é agenciada pelo capital, e da qual se exclui o desejo, posto que ele nasce da falta do objeto *a* em sua vertente de causa de desejo.

Os laços sociais implicam em renúncia ao gozo, mas exatamente por isso, por essa falta de gozo que provocam, permitem a circulação do desejo. Retomamos as palavras do próprio Freud em *Mal-estar na cultura*:

Eis aqui, a meu ver, a questão decisiva para o destino da espécie humana: se seu desenvolvimento cultural logrará, e em caso afirmativo em que medida, dominar a perturbação da convivência que provém da humana pulsão de agressão e de auto aniquilamento. Nossa época merece quiça um particular interesse sobre isso. [...] E agora cabe esperar que o outro dos dois ‘poderes celestiais’, o Eros eterno, faça um esforço para afirmar-se em luta contra seu inimigo igualmente imortal. Porém quem pode prever o desenlace? (FREUD, 1930/2004, p. 140)

Perguntamos: como podemos diminuir o gozo com a droga em um discurso segregatório, em que justamente predomina a pulsão de morte? Que tratamento possível a essa modalidade de gozo com a droga diante novas direções das políticas públicas? Como introduzir Eros nessa lógica proibicionista, em que o sujeito fica à mercê do gozo do Outro em torná-lo “instrumento do capital”? Será que isso permite uma ligação, o estabelecimento de novos laços, ou incita a uma tentativa ainda maior de subtração do gozo do Outro? Parece-nos que tanto as cracolândias, como o alto índice de reinternações, falam a favor dessa última hipótese.

4.7 Anexos

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Brasil+R24A6A1:Q23A1:R25A6A1:Q23A1:S25A1:T25A1:U25														
Internações por Ano/mês processamento e Ano/mês processamento														
Região: 3 Região Sudeste														
Unidade da Federação:+A8+A4:U24+A4:U26+A+A4:U24														
Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais														
Lista Morb CID-10: Demência, Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool, Transt mentais comport dev uso outr subst psicoat, Esquizofrenia														
transt esquizotípicos e delirantes, Transtornos de humor [afetivos], Transt neurót e relacionados com stress e somatof, Retardo mental, Outros transtornos mentais e comportamentais														
Período 2018/ 2018/I 2018/II 2018/III 2018/IV 2018/I 2018/II 2018/III 2018/IV 2018/I 2018/II 2018/III 2018/IV 2019/I Total														
Ano/r	835	953	929	818	946	898	1010	922	873	898	936	775	-	10793
2018	835	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	835
..Jane	-	953	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	953
..Feve	-	-	929	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	929
..Març	-	-	-	818	-	-	-	-	-	-	-	-	-	818
..Abril	-	-	-	-	946	-	-	-	-	-	-	-	-	946
..Maic	-	-	-	-	-	898	-	-	-	-	-	-	-	898
..Junh	-	-	-	-	-	-	1010	-	-	-	-	-	-	1010
..Julh	-	-	-	-	-	-	-	922	-	-	-	-	-	922
..Agos	-	-	-	-	-	-	-	-	873	-	-	-	-	873
..Sete	-	-	-	-	-	-	-	-	-	898	-	-	-	898
..Outu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	936	-	-	936
..Nov	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	775	-	775
..Deze	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1054	1054
2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1054
..Jane	835	953	929	818	946	898	1010	922	873	898	936	775	1054	11847
Total														
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)														
Notas:														
Situação da base de dados nacional em 29/04/2016.														
Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação.														

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Brasil														
Internações por Ano/mês processamento e Ano/mês processamento														
Região: 3 Região Sudeste														
Unidade da Federação: Rio de Janeiro														
Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais														
Lista Morb CID-10: Transt mentais e comportamentais dev uso de álcool, Transt mentais comport dev uso outr subst psicoat														
Período:Jan/2018-Jan/2019														
Ano/mê	2018/Jan	2018/Fev	2018/Mar	2018/Abr	2018/Mai	2018/Jun	2018/Jul	2018/Ago	2018/Set	2018/Out	2018/Nov	2018/Dez	2019/Jan	Total
2018	107	89	118	103	111	92	105	88	114	105	96	82	-	1210
..Janeir	107	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	107
..Fev	-	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89
..Março	-	-	118	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	118
..Abril/2	-	-	-	103	-	-	-	-	-	-	-	-	-	103
..Maio/2	-	-	-	-	111	-	-	-	-	-	-	-	-	111
..Junho/2	-	-	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-	-	92
..Julho/2	-	-	-	-	-	-	105	-	-	-	-	-	-	105
..Agosto	-	-	-	-	-	-	-	88	-	-	-	-	-	88
..Setem	-	-	-	-	-	-	-	-	114	-	-	-	-	114
..Outub	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	-	-	-	105
..Novem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	-	-	96
..Dezem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	-	82
2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	105
..Janeir	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	105
Total	107	89	118	103	111	92	105	88	114	105	96	82	105	1315
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)														
Notas:														
Situação da base de dados nacional em 29/04/2016.														
Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação.														

5 DO PARADIGMA PSICOSSOCIAL À MORAL RELIGIOSA: QUESTÕES ÉTICAS EM SAÚDE MENTAL³⁸ = FROM THE PSYCHOSOCIAL PARADIGM TO RELIGIOUS MORAL: ETHICAL ISSUES IN MENTAL HEALTH

5.1 Resumo

Na época em que as Comunidades Terapêuticas (CTs) chegaram ao Brasil, a lei sobre drogas era de competência jurídica e se aliava ao proibicionismo. Com a abertura política no final do século XX e o movimento da reforma psiquiátrica, instituiu-se uma política de competência da saúde para usuários de drogas. Com isso, abriram-se dois paradigmas antinômicos na gestão pública: o proibicionista e o psicossocial. Atualmente, vemos crescer no cenário brasileiro a discussão sobre o financiamento público das Comunidades Terapêuticas (CTs), o que introduz uma nova questão. Ela é ética e implica os limites entre a esfera pública e a privada na governança em saúde. Pesquisando a inserção das CTs, foi possível verificar, sua história no Brasil, a ligação delas com a religião, e os relatórios feitos a partir de inspeções nos seus funcionamentos. A metodologia de pesquisa seguiu o levantamento de documentos, artigos e livros, *sites*, manchetes de jornal, internet, a subsequente coleta de informações e análise dos dados. Como resultado observou-se um recrudescimento do paradigma proibicionista e sua associação à moral religiosa, o que é corroborado por autores que discutem as políticas de saúde para usuários de drogas.

Palavras-chave: Política de Saúde, Usuários de Drogas, Serviços de Saúde Mental, Comunidades Terapêuticas, Religião.

Abstract

When therapeutic communities (TCs) began to emerge in Brazil in the 1970s, drug policy was the concern of the justice sector and aligned with prohibitionism. In the wake of political liberalization in the late 20th century and mental health reform, policies targeting drug users have now become the concern of the health sector. As a result, two antinomic paradigms have emerged within public health management: the prohibitionist paradigm and the psychosocial paradigm. The discussion of public funding of TCs is currently gaining prominence in Brazil. This raises new ethical issues concerning the limits between the public and private spheres within health governance. By exploring the role of these communities, it was possible to gain insights into their history in Brazil, their connections with religion, and the findings of TC inspection reports. The research methodology consisted of a systematic review of different data sources, including articles, books, websites, newspaper articles, TC inspection reports, and the internet. The findings show that there is a resurgence of the prohibitionist paradigm associated with religious morality, which is corroborated by researchers currently discussing policies targeting drug users.

Key words: Health Policy, Drug Users, Mental Health Services, Therapeutic Community, Religion.

³⁸ Artigo escrito em coautoria com Sonia Alberti, no prelo da revista *Ciência & Saúde Coletiva*

5.2 Introdução

Como trabalhadores e pesquisadores no campo da saúde mental e das políticas públicas para o campo de álcool e drogas desde 2005, temos acompanhado os avanços e retrocessos na gestão em saúde pública. Vimos a Redução de Danos (RD) tomar corpo enquanto diretriz política e como prática no cotidiano do trabalho, com o incremento dos Centros de atenção psicossocial (CAPS) a partir de sua instituição em 2002 (MS, 2017a). Com isso, presenciamos um avanço no sentido da consolidação da atenção psicossocial no campo da saúde mental. Esse avanço, como veremos, é corroborado pela análise do texto das leis que regulam o campo de álcool e drogas.

Ao lado da consolidação da atenção psicossocial e da política de redução de danos, houve um importante incremento nos últimos anos da participação daqueles que se autodenominaram “Comunidades Terapêuticas” (CTs), consideradas, desde 2011, “pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório” (MS, 2017d), passando, portanto, a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas, diferentemente dos CAPS, estas não se orientavam privilegiadamente pela política de redução de danos. Apesar disso, as CTs passaram a dividir o atendimento aos usuários com o trabalho dos CAPS e outros dispositivos que seguiam a mesma orientação destes. Sendo as CTs instituições privadas que recebem auxílio financeiro público, distam também nisso dos dispositivos públicos criados com a reforma psiquiátrica de 2001. No que tange a especificidade dos CAPS – que atendem usuários de drogas e álcool –, a discrepância entre suas orientações e aquelas das CTs foram se tornando ainda mais evidentes.

A implementação da política de Redução de Danos não ocorreu sem dificuldades, dentre elas o estigma social que recai sobre o usuário de drogas, o que infelizmente persiste ainda hoje. A cultura da internação era, no início do século XXI – momento em que ações de redução de danos, que vinham sendo praticadas no Brasil desde o final do século anterior, se ampliaram e tomaram o estatuto de uma diretriz política do Ministério da Saúde –, muito pregnante, e ainda hoje faz parte de um discurso bastante enraizado e que, como podemos depreender dos resultados de nossa pesquisa, parece estar novamente tomando força. A proposta de internação em CTs tem sido o novo (velho?) mote de tratamento para usuários de drogas.

O paradigma ético, clínico e político da atenção psicossocial, que vinha sendo construído desde o início da reforma de 2001, tem como princípios “a desinstitucionalização; a liberdade; a autonomia e a cidadania” (TEIXEIRA et.al., 2017, p. 1456). Foi essa orientação

que introduziu, nos primeiros anos deste século, a política da Redução de Danos, tão importante para o trabalho nos CAPS. Uma das perguntas que orientam nossa pesquisa é: como mantê-lo, no momento em que se passa a privilegiar o financiamento de instituições privadas que, como veremos, desenvolvem uma perspectiva psicossocial bastante diferente daquela que é sustentada, justamente, pelo paradigma psicossocial da reforma? Observação já feita por Fracasso, ao descrever o modelo psicossocial das CTs, cuja “perspectiva psicossocial [...] difere da lógica da Atenção Psicossocial da RAPS, pois esta implica a concepção da integralidade e de outros princípios do SUS, aqui não contemplados” (FRACASSO, 2017).

O objetivo do artigo é verificar, em termos de políticas públicas – e mais especificamente, de políticas de saúde –, esse duplo movimento que se deu a partir de 2011, de um lado, o paradigma psicossocial e, portanto, da política de redução de danos como diretriz para o campo de álcool e drogas, de outro, o protagonismo cada vez mais visível das CTs.

5.3 Metodologia

Partimos de uma revisão sistemática abrangendo diferentes tipos de fontes, desde artigos científicos até *sites* e matérias de jornais, material com o qual começamos a tentar responder as questões que nos eram impostas quando, no trabalho clínico em um CAPSad, nos deparamos com o crescimento das CTs.

Tabela 1: fontes pesquisadas

	Referências	Total
Artigos científicos	3;18;24;27	4
Artigos	13	1
Livros	10;11;20;28	4
Capítulo de livro	12;39	2
Legislação	1;2;6;7;8;9;17;26	8
Notas Técnicas e Relatórios	5;29;30;31;33	5
Módulo de portal de formação a distância	4	1
Facebook	16	1
Sites	14;15;19;21;22;23;25;34;37;38;40	11
Matérias de jornais	32;35;36;41;42	5
Total		42

A diversidade de fontes desse material se deveu ao fato de nossa pesquisa abarcar atores diversos no campo das políticas públicas, como as CTs e os Serviços de Saúde Mental,

os usuários de drogas, assim como a religião e a própria história das CTs. Sempre procuramos preservar o modo discursivo encontrado em cada material por mais diverso que fosse.

A escolha das fontes não seguiu uma vertente única. Identificamos algumas palavras-chave para nos acercarmos do que estava sendo produzindo em termos de artigos científicos sobre o tema. A palavra-chave 'CTs' geralmente vem acompanhada pela palavra-chave 'usuário de drogas' ou outro termo alusivo ao uso de drogas. O que se revelou nesse estudo é que os termos utilizados como ferramenta de investigação, geralmente, se entrecruzam nas pesquisas feitas na internet. Analisamos *sites* tanto das próprias CTs, de órgãos públicos quanto de entidades religiosas. Por vezes, a procura por um determinado tema nos levou a novos caminhos de pesquisa. Por exemplo: o *site* “Aberta: portal de formação à distância – sujeitos, contextos e drogas” da Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas (Senad/MJ), em que encontramos um módulo sobre o histórico e regulamentação das CTs (FRACASSO, 2017), nos levou a pesquisar as CTs pioneiras no Brasil e, portanto, a um percurso histórico para compreender a atual inserção das CTs no âmbito das políticas públicas, além de verificar a origem da relação entre CTs, instituições religiosas e o tratamento moral.

Para além dos artigos científicos e *sites*, retomamos: 1) textos legislativos sobre o campo de álcool e drogas; 2) Notas Técnicas e relatórios produzidos por entidades, como institutos de pesquisa e órgãos regulamentadores de profissões, e 3) livros e capítulos de livros cujos autores são referência para o tema proposto.

5.4 Análise do material encontrado:

Todos os documentos e reportagens tomados como material de trabalho nessa pesquisa, por um lado demonstram a circulação entre o que é produzido na esfera pública, suas diretrizes políticas e o efeito delas na população e, por outro lado, revelam questões éticas importantes no que tange o financiamento público de instituições privadas. Também procuramos verificar o grau de afinidade entre o posicionamento ético das políticas públicas de saúde e o das comunidades terapêuticas.

5.5 Resultados

5.5.1 Uma questão sobre a escalada de incentivos: um breve histórico.

Nossa pesquisa nos levou a um levantamento que acabou por trazer um rico testemunho sobre a maneira pela qual o discurso sustentado pelas CTs é legitimado, não apenas historicamente, como também em articulação com a psicologia, a psiquiatria e as

ciências sociais. Na realidade, vários textos em defesa da atual modalidade das CTs são de autoria de mestres e doutores que desenvolvem trabalhos diretamente ligados às próprias CTs. Certamente, muitos desses profissionais sustentam um trabalho sério que se associa ao de pessoas que lideram instituições religiosas com todas as isenções fiscais a que têm direito, por lei. Foram essas que, na última década, galgaram posições importantes, legitimando politicamente as atividades das CTs ligadas a instituições privadas, para o que também se associaram a pessoas que se formaram, às vezes em instituições científicas de renome, para garantir um discurso articulado ao discurso acadêmico, tendo como única visada a defesa das atuais CTs e, *last but not least*, a de militar politicamente pelo financiamento governamental das CTs do modo como hoje se constituem.

De acordo com a Nota Técnica da IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada),

Além de financiamentos diretos, diversas CTs são portadoras de certificações, que são concedidas, pelos poderes legislativos e executivos das três instâncias administrativas, a instituições que prestam serviços de interesse do poder público. Estas certificações constituem-se em formas indiretas de subvenção pública, uma vez que autorizam o não pagamento de diversos tributos. (IPEA, 2017, p. 31).

Existem vários tipos de certificações passíveis de serem pleiteadas pelas CTs, que, como podemos ver nos dados retirados da Nota do IPEA (2017, p. 31), são amplamente concedidos, conforme a tabela 2.

Tabela2. Certificações concedidas às CTs

Certificações	Porcentagens de CTs que possuem certificação
Declaração de Utilidade Pública Municipal	73%
Declaração de Utilidade Pública Estadual	53%
Declaração de Utilidade Pública Federal	27,60%
Certificado de Entidade Brasileira de Assistência Social	20%
Cebas-Saúde	6,70%

Fonte: IPEA

A primeira regulamentação técnica das CTs foi feita pela ANVISA (2017a), em 2001, em que se manifesta a tentativa de garantir uma melhor qualidade desses serviços através de sua fiscalização. Já em 2003 (MS, 2017c), as CTs apareciam como uma preocupação no texto da lei que se propunha a dar as diretrizes para o tratamento de usuários de drogas, pois esses serviços autointitulados “Comunidades Terapêuticas [...] multiplicaram-se sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento precário para muitos deles” (MS, 2017c, p. 46), o que levou à necessidade de explicitar, no texto padronizador, que o Conselho Nacional Antidrogas, CONAD, estabelecesse “um padrão básico para funcionamento dos mesmos, assegurando direitos e um mínimo de qualidade aos usuários” (MS, 2017c, p. 46,

grifo nosso). Mas oito anos depois, as CTs são, ao contrário, institucionalizadas, como “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (MS, 2017d). Essa Portaria de 2011 é, aliás, bastante paradoxal porque, de um lado, sustenta “estratégias de desinstitucionalização”, visando os Serviços Residenciais Terapêuticos, “moradias *inseridas na comunidade*, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência” (MS, 2017d, grifo nosso), mas, por outro lado, advoga pelo recolhimento de até nove meses para adultos drogaditos. Numa escalada de incentivos, um ano depois, instituiu-se o “incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio de Comunidades Terapêuticas, voltado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial” (MS, 2017e). Incentivo que até hoje ainda não foi liberado pelo Ministério da Saúde pelo simples fato de que esses estabelecimentos não se mostram conformes ao estabelecido na regulamentação da ANVISA (2017b).

5.5.2 A denominação Comunidade Terapêutica (CT) e os investimentos públicos no tratamento de usuários de drogas

Por CT entendia-se, na segunda metade do século XX, uma proposta de reformulação das instituições psiquiátricas que vigiam então. Denominada em 1959 por Maxwell Jones – psiquiatra sul-africano que viveu radicado no Reino Unido, considerado o criador do conceito –, a CT visava dinamizar a organização de ‘grupos de discussão’ e ‘grupos operativos’ que envolvessem pacientes internados em seus tratamentos. Jones “entendia que a função terapêutica era uma tarefa que deveria ser assumida por todos, fossem técnicos, fossem os familiares, fossem os pacientes. Para tanto, introduziu reuniões, assembleias diárias, quando todos os aspectos relacionados à instituição eram debatidos” (AMARANTE, 2007, p. 42). É interessante notar que, aos poucos, e especialmente nos Estados Unidos, associou-se o tratamento psiquiátrico ao tratamento de usuário de drogas e utilizou-se essa mesma denominação, que originalmente tinha uma proposta bastante progressista, para instituir uma orientação que, como observado, é, ao contrário daquela, fundamentalmente segregacionista, pois visa, cada vez mais, a marginalização de usuários de drogas, indicando a internação para todos. O interessante nisso não é apenas o fato de que se desvirtuou totalmente aquela ideia original da CT, mas também a mudança de seu emprego, associando-a ao tratamento de

usuários de drogas. De acordo com De Leon, “Afora a designação, não há elementos que permitam ver com clareza se as CTs psiquiátricas inglesas influenciaram as CTs de tratamento da dependência química na América do Norte” (DE LEON, 2014, p.14).

Há uma hipótese, de 18 de abril de 2017 do IPEA (2017), segundo a qual uma das origens do que hoje se divulga como CTs remonta às propostas do Doutor ou Reverendo Frank Buchman (que viveu de 1878 a 1961), criador do Grupo de Oxford, nos Estados Unidos e na Inglaterra, associado por Fracasso à criação dos grupos AA tendo como mote a espiritualidade (FRACASSO, 2011). O que explicaria como algumas práticas utilizadas por Jones foram incorporadas pelas CTs do Brasil e outros países, adquirindo “características próprias, combinando fundamentos religiosos a práticas originárias do campo médico-psiquiátrico, em uma obra que se propõe pia e moralizante” (IPEA, 2017, p. 9).

As atuais CTs identificam os usuários de drogas como tendo uma doença incurável (COSTA, 2017, p. 5), o que introduz a orientação religiosa nas “‘fazendas’ e ‘fazendinhas’ de tratamento de dependência a álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista e fraudulenta – ‘comunidades terapêuticas’ para ganharem legitimidade social e científica” (AMARANTE, 2007, p. 43). E é justamente essa legitimidade que vem fazendo com que o trabalho com usuários de drogas e psicóticos tenha cada vez menos oportunidade de auferir um investimento público. Senão vejamos:

Em 2002, o então Ministro da Saúde José Serra julgava procedente que a cada 200 mil habitantes houvesse um CAPS III e a cada município com mais de 70 mil habitantes, um CAPSad II (MS, 2017a). Com um total de trinta e três CAPS (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2017) para o atendimento de toda população do Município do Rio de Janeiro – estimada em 6.520.266 habitantes pelo IBGE (2018) em 2017 –, temos hoje (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2017) apenas dois CAPSad II e quatro CAPSad III e um CAPSad II da rede estadual, somando um total de sete CAPSad. Ora, a lei que regulamentou a reforma psiquiátrica no Brasil é de 2001, *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas* data de 2003, estamos em 2017 e temos apenas sete CAPSad com a missão de atender uma população de mais de seis milhões de habitantes e apenas quatro CAPSad III, que têm a capacidade de atender, também durante a crise, as necessidades de usuários que são também psicóticos!

O que se revela é a impossibilidade de atender a demanda da população que necessitaria desse tipo de serviço, com a quase absoluta falta de investimentos do governo no incremento do trabalho laico, sustentado na experiência que diferentes profissionais em saúde mental adquiriram durante os últimos dez anos, na rede. Observe-se ainda que, na atualidade,

não há qualquer mobilização do Estado para constituir outros equipamentos a comporem a rede pública de saúde mental, malgrado as inúmeras mobilizações de trabalhadores e usuários da saúde mental visando alertar as autoridades, fazendo circular no Facebook (2017) e Whatsapp, vários vídeos na tentativa de evitar, em 2017, o fechamento e desmonte de dispositivos no Rio de Janeiro. O desmonte denunciado só faz aumentar a descrença no atendimento público interpretado como falho e ineficaz, justificando, cada vez mais, o investimento nas CTs.

As CTs do século XXI aparecem aí e, na sua grande maioria, foram criadas por comunidades religiosas, no mais das vezes, evangélicas neopentecostais. Em pleno ano de 2012, ressurgiu o financiamento, pelo Estado, de instituições não estatais para tratamento de pacientes em sofrimento psíquico – aquilo que justamente a Reforma Psiquiátrica de 2001 havia afastado, fechando os hospitais psiquiátricos de iniciativa privada e que engrossavam com polpidos incentivos governamentais os bolsos de seus proprietários, em detrimento do atendimento clínico, físico e social de seus pacientes...

Em 2016, ao considerar as comunidades terapêuticas incluídas na “Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do CNES, o tipo 83 – POLO DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE” (MS, 2018), a Portaria nº 1.482 praticamente legitima as CTs como serviços de saúde, o que é muito grave, pois a grande maioria é de serviços religiosos e não de saúde. Diferentemente dos hospitais-colônia, privados, que eram subvencionados na segunda metade do século XX, as CTs que se consolidam na segunda década do século XXI são, na sua expressiva maioria, instituições de cunho religioso. Por um lado, garantem sua abrangência como ação diretamente promovida pelo Ministério da Saúde, por outro lado, legitimam-se na tradição do método dos “Doze passos ou Minesotta”.

De acordo com De Leon (2014, p. 19), “Os 12 passos e as 12 tradições de AA são os princípios que guiam o indivíduo no processo de recuperação” [...que, em verdade], “ênfaticamente enfatizam a perda de controle da pessoa com relação à substância e a entrega a um 'poder superior’”. Dentre os princípios de AA advindos do grupo de Oxford, “estão a noção de confessar-se aos outros”. Ao analisarem o modelo de tratamento das CTs, Fossi & Guareschi (2017, p. 94) apontam para “as práticas de confissão no tratamento para usuários de drogas, como a articulação entre a moral religiosa e as tecnologias de disciplina e a biopolítica na conformação do modelo de atenção à saúde nesse contexto”.

5.5.3 Seis comunidades pioneiras.³⁹

Para examinarmos um pouco mais de perto a situação das CTs no contexto brasileiro, é preciso percorrermos sua história levando em conta o modelo de tratamento por elas proposto, a ligação das CTs com a moral religiosa, sua introdução nas políticas públicas e, ainda, examinar quem são os personagens que sustentam a eficácia de seu modelo de tratamento.

Partamos do exemplo de Laura Fracasso (cujos dados curriculares variam conforme o site), psicóloga graduada pela Universidade Metodista de São Paulo. É autora de um módulo do curso promovido e publicado pela Senad/MJ, em que data o início da CT no modelo “primeiramente desenvolvido na unidade de reabilitação social do Hospital Belmont (mais tarde chamado de Henderson), na Inglaterra, na metade da década de 1940” (FRACASSO, 2017, p. 4). Apresenta um infográfico com o mapa do Brasil situando nele o que identifica como tendo sido as seis primeiras experiências de CT no país, todas elas da década de 1970, com exceção de uma fundada em Goiás, em 1968, o “Movimento Jovens Livres”, na casa de um casal de missionários evangélicos, como se lê no site do próprio “Movimento”. Das seis CTs indicadas, apenas uma não figura como tendo sido fundada por um religioso, a Clínica Pinel S.A., cuja data de fundação seria 1975, conforme o infográfico, em Porto Alegre. Marcelo Blaya Perez, que teria sido seu fundador, é, na realidade, um médico psiquiatra com formação sólida. A Clínica também tem um site (PEREZ, 2018) e, nele, é o texto desse médico que figura na apresentação da instituição. Descreve seu próprio percurso, como chegou ao Rio Grande do Sul depois de ter terminado sua residência médica nos Estados Unidos na década de 1950, da falta que lhe fazia um lugar onde pudesse internar pacientes psicóticos de sua própria clínica e de como foi inicialmente acolhido pelo Hospital Espírita, mas, diante de uma certa ingerência religiosa nos tratamentos de seus pacientes, acabou decidindo criar sua própria clínica, a Pinel S.A., fundada em 28 de março de 1960. Recebia residentes de todo país e, depois de ter sido concursado na UFRGS como professor de Psiquiatria, a Pinel S.A., por ele criada, passou a receber residentes em psiquiatria de modo que lhes fosse franqueada uma formação não só teórica como também prática, na qual “aprenderam convivendo com os pacientes, familiares e colegas, o que as teorias dos livros ensinavam” (PEREZ, 2018). Descreve aquela experiência como pioneira para tratamento de psicóticos no Brasil, na qual se combinavam práticas de grupos ocupacionais e recreativos

³⁹ Parte da pesquisa feita sobre as CTs não pôde fazer parte do artigo, pois ultrapassaria o número de caracteres permitidos pela revista. Optamos por colocá-la em forma de anexo na tese (P.204).

numa “comunidade clínica com regras e práticas que dessem ao psicótico/família condições para a ressocialização [e que] possibilitaram um bom índice de recuperação” (PEREZ, 2018). No momento em que o paciente e seus familiares aceitassem “o risco de viver na comunidade”, o paciente tinha acesso tanto ao hospital-dia quanto ao hospital-noite, também pioneiros no Brasil, de modo que “estes programas permitiam que eles passassem a noite e fim de semana no seu meio familiar, permanecendo na comunidade terapêutica nos horários diurnos, como os alunos de uma escola” (PEREZ, 2018). Não havia qualquer orientação religiosa no trabalho do Dr. Perez, inspirado nos movimentos de vanguarda de então, numa nova forma de tratar pacientes psicóticos, na contramão das muitas instituições totais descritas por Goffman (1974), clínico e orientado pelo discurso científico e com propostas dialetizadas.

Para o Prof. Dr. Perez, a orientação da clínica como CT para pacientes psicóticos durou apenas de 1960 a 1980. Depois disso, sua orientação foi completamente modificada e já não se trata mais da clínica “como descrita acima”. Por algum motivo, o médico deixou de orientar os trabalhos da clínica nessa data, apesar de ter se aposentado de suas funções clínicas somente em 2005 (MUHM, 2018). Quem coordena atualmente os Serviços da Clínica é sua neta, Beatriz Blaya, psicóloga. Ela tem quatro enfermarias, de internação, duas masculinas e duas femininas (CLÍNICA PINEL, 2018a). Uma das masculinas é exclusivamente para “dependência química a partir de 18 anos de idade” e uma das femininas “dispõe de programas especiais” (CLÍNICA PINEL, 2018a) para pacientes dependentes químicas. Existem regras estritas quanto a horário de visita (duas vezes por semana, por uma hora), com “duas pessoas por vez, sem revezamento, [familiares] que já tiverem participado do Programa de Família ao menos uma reunião” (CLÍNICA PINEL, 2018b), e têm o horário do “Programa de Família”, com três horas de duração, uma vez por semana (CLÍNICA PINEL, 2018b). Nenhum traço mais, portanto, da orientação dada pelo Dr. Perez, que visava a integração entre a clínica, a família, o paciente e a comunidade. No lugar disso, uma severa disciplina de horários, a ausência de liberdade de ir e vir. Perguntamos: estaria a Clínica Pinel S.A. filiada à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), fundada pelo “Padre Haroldo” (FRACASSO, 2017) em 16 de outubro de 1990? Pergunta tanto mais importante quando se lê que apenas uma ínfima parte das CTs brasileiras se filiaram à Federação que, segundo Perrone²⁴, poderia ser um aparelho regulador das atividades dessas comunidades de modo a velar pelo bom funcionamento delas que, como o próprio autor cita a partir de uma avaliação do Conselho Federal de Psicologia, de uma forma geral, está longe de acontecer. Ora, se a Clínica Pinel S.A. é uma das CTs pioneiras no Brasil, como cita Fracasso no curso da Senad/MJ (FRACASSO, 2017), não deveria ela ser hoje federada à FEBRACT?

Chama também a atenção, no aprofundamento da pesquisa de textos sobre essas comunidades, uma discrepância deveras importante na utilização de nossa língua pátria. No texto de Perrone (2014), por exemplo, ou ainda no já citado texto de Fracasso (2017), há todo um cuidado com a linguagem; o de Perrone, para além disso, é um texto muito bem construído, um verdadeiro texto acadêmico, resultado evidente de uma pesquisa aprofundada. Mas nos textos que figuram em *sites* de comunidades, até mesmo estas que são citadas por Fracasso (2017) como pioneiras no Brasil, há problemas de linguagem, escrita e, em alguns, de presença de *cookies* com anúncios chulos diversos. E isso ao mesmo tempo em que se levanta neles o tratamento pelo amor, pela espiritualidade, pela entrega a Jesus, sem falar da persistente referência a uma ética que, no entanto, nenhum deles explicita, nem mesmo o texto de Fracasso (2017) publicado na página do Ministério da Justiça!

Das seis CTs citadas por Fracasso (2017) nesse texto como pioneiras, apenas uma foi criada por um Padre, justamente o Padre Haroldo Rahm, este mesmo citado como fundador da FEBRACT. Jesuíta nascido nos Estados Unidos, imigrou para o Brasil em 1964, em 1975 criou as "'Experiências de Oração', germe da Renovação Carismática Católica no Brasil – RCC" (IPH, 2018), em 1978 "fundou em Campinas a CT 'Fazenda do Senhor Jesus' para oferecer tratamento e recuperação para homens dependentes de álcool e outras drogas" (IPH, 2018), e em 2006 "iniciou a Campanha de Prevenção às drogas através da Espiritualidade um movimento ecumênico que chamou-se 'Fé na prevenção'" (IPH, 2018) apoiado pela Senad/MJ. Seu trabalho, de grande monta, é religioso, apoiado na crença da força da fé e do amor a Deus que eram de seu ofício. Não há nada de errado nisso, evidentemente. Sua missão deve ter salvado muitas almas e, certamente, foi de grande ajuda para muitas famílias. Mas fazer dessa missão uma política pública de um estado que, constitucionalmente, é laico, necessariamente o associa ao que está em debate aqui. Sabemos que a Renovação Carismática é o movimento mais radical e mais integrista da Igreja Católica, orientação ideológica que já foi alijada da nossa república há mais de meio século. Seria, no mínimo, de bom tom que a Senad/MJ refletisse sobre isso.

As outras três CTs citadas por Fracasso (2017) como pioneiras no Brasil são: "Comunidade Cristã S8", fundada em 1971, em Niterói, pelo Pastor Geremias Fontes; "Desafio Jovem", fundada em 1972, em Brasília, pelo Pastor Galdino Moreira Filho, e o "Movimento para Libertação de Vidas", em 1975, em Maringá, pelo Pastor Nilton Tuller. Mas, com algumas horas de pesquisa, verifica-se que tais informações não são exatamente iguais às que então se obtém. Senão vejamos: o Pastor Geremias Fontes (FGV, 2018), já falecido aos 80 anos de idade, era advogado e político – filiado a diferentes partidos ao longo

da vida –, tendo sido eleito Prefeito de São Gonçalo/RJ de 1959 a 1962 e, com a ditadura militar, nomeado Governador do Rio de Janeiro, de 1967 a 1971, ou seja, durante os Anos de Chumbo. Pastor da Igreja Presbiteriana, depois de ter deixado a política, foi presidente da S8, nessa época não mais um grupo de rock progressista cristão como fora originalmente, mas, sim, “uma entidade de reabilitação de viciados em drogas” (FGV, 2018).

O Pastor Galdino Moreira Filho, com inúmeros comentários e comendas que elogiam seu percurso, julga que a receita para tirar um jovem das drogas é “fazê-lo compreender que está no mundo das drogas porque foi fraco e se deixou envolver” e que a maneira de fazê-lo aprender meios para fortalecer-se se dá “repassando valores morais e espirituais” (COSTA, 2018), como se lê no documento da Assembleia Legislativa de Londrina, intitulado “Assembleia Legislativa homenageia Comunidade Terapêutica Desafio Jovem”, de 8 de agosto de 2015 (COSTA, 2018). Ele e o Pastor Nilton Tuller – que também fundou a CT “Movimento para Libertação de Vidas” – revezaram-se na direção da “Desafio Jovem”, nome que é a tradução para o português do movimento *Teen Challenge*, criado pelo nova-iorquino Pastor David Wilkerson, em 1958, e cujo site informa que seu objetivo principal é “*To offer life transformation to individuals through Christ-centered programs*” (“oferecer transformações de vida a indivíduos através de programas centrados em Cristo”) (TEEN CHALLENGE, 2018). No Brasil, a instituição é identificada como Teen Challenge Brasil – Casa de Recuperação Álcool e Drogas, associada a Teen Challenge Internacional, sediada nos Estados Unidos.

A partir de algumas experiências bem-sucedidas de reinserção social – de pessoas gravemente comprometidas em decorrência do uso de drogas ilícitas – pelo método de substituição da droga pela fé cristã – método que certamente mereceria um estudo multidisciplinar contextualizado no tempo histórico mundial –, essas experiências pioneiras citadas por Fracasso (2017) emanam, portanto, todas, de projetos norte-americanos que, com a exceção de uma única – a Clínica Pinel S.A. –, não estavam, desde a origem, baseados no discurso científico, mas sim, no religioso.

Isso é, no mínimo, curioso e, necessariamente, exige um estudo aprofundado no futuro. Se originalmente esses projetos eram sustentados com donativos dos evangelizados, a venda de produtos religiosos os mais diversos, não podemos esquecer a importância da imunidade tributária, ou isenções fiscais de que, no Brasil, gozam as instituições religiosas. Atualmente, parece que tais isenções já não são suficientes, pois as CTs demandam cada vez mais subvenções estatais. Então há todo direcionamento visando um investimento estatal nas CTs de absoluta maioria religiosa, em detrimento do investimento nos esforços que vêm

sendo feitos a partir do que foi estabelecido no texto da Lei, desde 2003 (MS, 2017c) – Lei de um estado que nela se quer laico – visando a redução de danos... Com efeito, não encontramos um único texto com a descrição das missões desses religiosos que não visasse, no final, a total abstenção das drogas. E essa certamente não é a visada da laica política de redução de danos, o que implica questões ideológicas de extrema importância.

5.6 Discussão

As CTs surgiram no Brasil, como afirma A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, diante do “vazio de possibilidades para a reabilitação das pessoas com dependência ao álcool ou a outras drogas” (MS, 2017c, p. 39). Esse texto acentua o fato de que até aquele momento não havia uma política de saúde destinada a usuários de drogas, o que corrobora que o Ministério da Justiça era o único ator no cenário de produção e regulamentação de políticas voltadas para o campo de álcool e outras drogas. A lei nº 6.368 de outubro de 1976 que regulamentava, até então, a venda e o uso de drogas era absolutamente proibicionista (BRASIL, 1976). Pelo ponto de vista da criminologia, os usuários eram criminosos; pelo da psiquiatria, eram doentes, portanto, aos usuários de drogas restavam as prisões ou os manicômios (PASSOS & SOUZA, 2011). De toda forma, o tratamento é disciplinar – do modo como este se define a partir de Foucault (1987) –, isto é, “opera por meio da normalização das condutas desviantes, em que o saber médico e o criminológico privilegiam como objeto de intervenção o criminoso, o louco, o delinquente, o ‘drogado’” (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 157).

O proibicionismo ou guerra às drogas se contrapõe ao antiproibicionismo, ambos paradigmas do setor da justiça, da mesma forma que na saúde vemos a oposição entre o paradigma asilar e o paradigma psicossocial (TEIXEIRA et.al., 2017). O paradigma proibicionista é o de um mundo ideal livre de drogas, para ele, o único tratamento possível é a abstinência, o que implica, no campo da saúde, o correlato paradigma asilar no qual “O indivíduo ocupa um lugar passivo em seu tratamento, sendo considerado doente, justificando, com isso, seu isolamento do meio familiar e social mais amplo”³ (TEIXEIRA et.al., 2017, p. 1456). No seu antípoda, o paradigma psicossocial se alia ao antiproibicionismo, pois entende que a criminalização estigmatiza o usuário (MS, 2017c).

De acordo com Teixeira et al (2017), o paradigma psicossocial é herdeiro da reforma psiquiátrica, da qual herda referências sobre o sofrimento “que vão além da noção de doença”

((TEIXEIRA et.al., 2017, p. 1456). A visada não é a “supressão sintomática e a necessária abstinência e sim a redução de riscos e danos” (TEIXEIRA et.al., 2017, p. 1456).

As CTs atuais não surgem em contraposição ao modelo doença/crime, nem mesmo se abstêm do poder disciplinar, como já pudemos demonstrar em várias partes do texto. Elas se aliam a esses modelos sustentados no paradigma da abstinência e introduzem um novo ingrediente, “a moral religiosa” (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 157).

Vários relatórios vêm sendo feitos na tentativa de mostrar às autoridades que as CTs trabalham de forma antagônica aos preceitos do paradigma psicossocial, dentre eles destacamos: *Relatório de inspeção em Comunidades terapêuticas financiadas pelo governo do Estado do Rio de Janeiro* (ALERJ, 2013); *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de droga* (CFP, 2017a); *O Dossiê: Relatório de Inspeção de Comunidades Terapêuticas e Clínicas para Usuárias(os) de Drogas no Estado de São Paulo – Mapeamento das Violações de Direitos Humanos* (CRP-SP, 2017). Na mesma direção, se redigiu o relatório da inspeção que foi feita em outubro de 2017 pelo Ministério Público Federal (MPF), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e Conselho Federal de Psicologia (CFP), desta feita, a partir da vistoria de 28 Comunidades Terapêuticas (O GLOBO, 2017a, (O GLOBO, 2017a; CFP, 2018). Por último, é preciso referir também a Nota Técnica do IPEA (IPEA, 2017): *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras*, publicada em 2017, resultado da pesquisa encomendada pela Senad/MJ em 2014 e realizada no período de 2014 a 2016. O intuito, diferentemente dos outros relatórios citados, era “reunir informações que permitissem o aperfeiçoamento dos processos de monitoramento e avaliação deste financiamento [o financiamento das CTs atuais]” (IPEA, 2017) o que introduz uma nova orientação que se deduz da própria finalidade explicitada: a de haver uma explícita intenção de visar um financiamento dessas instituições, levando-nos à pergunta: Por quê? Por que a insistência em afirmar as CTs como serviços de saúde? Por que insistir em seu financiamento público? Quem ganha com isso? Não nos parece que seja a população, que, como vimos, está carente de serviços calcados na atenção psicossocial, esta que leva cada um em consideração como cidadão e como sujeito...

Em seu prefácio, o *Relatório da Inspeção Nacional em comunidades Terapêuticas - 2017* introduz a seguinte questão: “Em nome da proteção e do cuidado, que formas de exclusão, de sofrimento e de tratamentos cruéis, desumanos e degradantes têm sido produzidas?” (CFP, 2018, p. 9). Com relação ao tratamento dispensado aos usuários de drogas nas CTs, afirma: “A privação de liberdade é a regra que sustenta esse modelo de atenção” (CFP, 2018, p. 9), e que, em todos os estabelecimentos visitados, “foram identificadas

práticas que configuram violações de direitos humanos” (CFP, 2018, p. 10). O relatório alerta para o fato de que, 18 das CTs visitadas informaram que recebiam “algum tipo de recurso ou doação de órgãos públicos” (CFP, 2018, p. 18), o que necessariamente implica em que haja “fiscalização e acompanhamento das práticas desenvolvidas pelo destinatário dos recursos, o que não foi identificado nas vistorias” (CFP, 2018, p. 18). Assim “o financiamento indiscriminado de instituições dessa natureza acaba por resultar na destinação de recursos públicos a locais onde há violações de direitos” (CFP, 2018, p. 150). Donde se conclui que: “ao se destinar recursos para instituições com perfil de comunidades terapêuticas, deixa-se de fomentar outras iniciativas, mais coerentes com as normas e regras da saúde pública” (CFP, 2018, p. 150).

Em 2017, diante da proposta de mudança na política de saúde mental, que efetivamente foi votada na Comissão tripartite em 14 de dezembro de 2017, pudemos assistir a todo tipo de manifestação nas redes sociais e mesmo em matérias de jornais (EBC, 2018; FOLHA DE SÃO PAULO, 2018). Várias notas foram postas na internet por diferentes órgãos reguladores de profissões (CFESS, 2018; CFP, 2018b). Apesar dos relatórios e dos protestos, não apenas dos trabalhadores de saúde mental, mas também de várias entidades que divulgaram, maciçamente, as dificuldades advindas das novas orientações nas redes sociais, temos assistido cada vez mais à invasão de medidas que se aliam ao paradigma proibicionista.

5.7 Considerações finais

Diante do apresentado, como é que aqueles que querem ganhar a guerra às drogas pretendem fazê-lo? Pelo que pudemos observar com as últimas observações, certamente não é investindo em serviços de atenção psicossocial. A “guerra às drogas” está longe de reduzir danos, pois, como toda guerra, os acirra. A letalidade do proibicionismo se exprime no número de mortes, produto dessa guerra, e se alia ao capital de giro do tráfico, que nunca é só de drogas (ALARCON, 2012).

Nossa hipótese, portanto, é que o investimento nas CTs é um recrudescimento do proibicionismo e conseqüentemente do paradigma asilar. Hipótese que parece se confirmar quando nos defrontamos com o “Exército da fé” (EXÉRCITO DE FÉ, 2018; O DIA, 2018; OLIVEIRA, 2018). E por que uma igreja quer um exército? Contra quem quer fazer guerra? No teor dos vídeos apresentados no YouTube, os usuários de drogas parecem ser alvo dessa guerra, uma vez que a “salvação” do drogado, bem como a diabolização das drogas, são motes que a sustentam. Referimos aqui esses vídeos como exemplo, apesar de muitos já terem

sido retirados: “Com o despertar da polêmica, a Universal passou a bloquear o acesso ao conteúdo publicado sobre os gladiadores em seus canais oficiais na internet” (OLIVEIRA, 2018).

Ao discutirem as políticas públicas de saúde no período de 2000 a 2016, Teixeira et al (2017, p. 1462) afirmam que “o modelo de RD vem ganhando protagonismo principalmente, a partir de 2005, com o realinhamento da Política Nacional sobre Drogas”. Entretanto, afirmam que a partir de 2016, houve uma mudança nessa direção, “retomando o paradigma da guerra às drogas centrado na repressão da oferta e com uma política de cuidado e tratamento às pessoas com UPD baseado no modelo de doença presente nas CT, em detrimento ao modelo psicossocial da RAPS” (TEIXEIRA et.al., 2017, p.1463).

Esse redirecionamento implica em uma tensão no campo de álcool e drogas e incide diretamente sobre aqueles que utilizam os serviços públicos de saúde, nesse caso os usuários de drogas, ferindo o princípio da universalidade de acesso que dá direito à saúde a todos. A premissa da abstinência implica no não acesso (MS, 2017c) à rede de saúde por grande parte dos usuários de drogas, “traçar uma política com base em um único objetivo [abstinência] é trabalhar em saúde com um modo estreito de entendimento” (MS, 2017c, p. 9), quando, na realidade, “o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários” (MS, 2017c, p. 8).

Essa é exatamente a questão implícita no título de nosso trabalho, isto é, o fato de estarmos assistindo ao incremento da moral religiosa associada ao paradigma proibicionista em detrimento do paradigma psicossocial como direcionamento para as políticas públicas. Esse redirecionamento certamente põe em cena a discussão sobre as questões éticas que se colocam ao cuidado em saúde mental, que implicam entre outras coisas na forma como se trata o usuário de drogas, se acolhendo-o a partir de uma “estratégia” que visa “como objetivo a ser alcançado [...] a defesa de sua vida” (MS, 2017c), ou se segregando-o, tal como outrora se tratavam os “loucos”.

CONCLUSÃO

Ao finalizar nossa pesquisa, podemos tirar algumas conclusões: a primeira delas é de que uma agenda da psicose enquanto prática cotidiana em um dispositivo de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas está intimamente ligada à agenda da saúde pública para usuários de álcool e outras drogas. O discurso que sustenta as diretrizes para esse campo incide de forma direta na oferta de tratamento possível a esse público de usuários do SUS. Em verdade implica em uma construção da visão do usuário de drogas na cultura e, portanto, no tratamento desses sujeitos pela sociedade, que pode ser inclusivo ou segregatório, conforme o lugar que lhes seja reservado nela.

O redirecionamento nas políticas públicas para o campo de álcool e outras drogas a que temos assistido na última década, associa o paradigma proibicionista à moral religiosa, tendo como resultado um incremento do financiamento das Comunidades Terapêuticas em detrimento do financiamento da atenção psicossocial. O panorama atual é bastante preocupante e aponta para um movimento segregatório do usuário de drogas na sociedade, o que se dá cada vez mais aos moldes dos antigos manicômios.

A Reforma Psiquiátrica e a implementação da Atenção Psicossocial, ao levaram em conta a singularidade de cada usuário e preconizarem um projeto terapêutico singular, oferecendo tratamento em dispositivos de saúde abertos e inseridos na comunidade, mesmo que com a visada da cidadania – o que por vezes faz eclipsar o sujeito nesse discurso –, possibilitou uma abertura ao discurso da psicanálise. De alguma forma, sem necessariamente contar com o conceito de pulsão de morte, a Redução de Danos – que é a política que direciona o campo de álcool e outras drogas a partir do paradigma psicossocial – mesmo sem saber que o faz, leva em conta o gozo. Admite inclusive que nem sempre gozar com a droga implica em dano, isto é, que nem todo uso é danoso ao sujeito. E ainda, que mesmo quando o uso é danoso é preciso ver com o sujeito quais são suas possibilidades de reduzi-lo, pois diferentemente das novas (velhas) diretrizes políticas proibicionistas, entende que não é possível revogar a pulsão de morte por decreto.

Foi no contexto da implementação da Atenção Psicossocial que iniciamos nosso trabalho no CAPSad, em 2005 e, como vimos no primeiro capítulo, a partir dos casos clínicos que nos foi possível fazer presente o discurso da psicanálise na instituição.

No que tange à clínica com psicóticos usuários de drogas, como pudemos desenvolver nos capítulos destinados à nossa agenda de trabalho, o uso de droga pode ter várias funções. De forma geral pode estar funcionando como “moderação do gozo invasivo que retorna do

real”, ou como “irrupção de um gozo ilimitado” (MARTINS, 2017, p. 3, tradução nossa). A função da droga só pode ser verificada no caso particular.

Retomamos a hipótese que sustentamos em nossa pesquisa para o tratamento do gozo nas toxicomanias: na clínica com neuróticos usuários de drogas a direção do tratamento vai no sentido de permitir ao sujeito retomar a trilha de seu desejo, recuperando o brilho fálico que sustenta o laço social do qual o toxicômano se segrega voluntariamente. O toxicômano faz “greve do falo” (SOLER, 1998, p.50) – que implica a falta –, quer gozar de um gozo total. O desejo é o que faz barreira à pulsão de morte presente no gozo com a droga que incide no corpo. Na psicose, o sujeito não tem acesso ao gozo fálico na medida em que em não há inscrição da lei fálica. A não inscrição do Nome-do-Pai implica em que não possa haver um desejo como efeito da lei, um desejo sustentado pela falta e por seu representante, o falo. Tendo como referência a clínica das suplências proposta por Lacan, levantamos a hipótese de que a direção do tratamento do gozo com as drogas na psicose também vá na direção do desejo, só que um desejo advindo da invenção de uma amarração singular para cada sujeito. Um desejo que não seja sustentado pelo falo, mas que, analogamente ao desejo na neurose, faz freio à pulsão de morte.

Tanto o caso de Marco Aurélio como o caso de Uribe apontam para a direção acima descrita. Nos dois casos, o estabelecimento da transferência foi apaziguador, na medida em que lhes permitiram organizar sua fala, sua história, promovendo um certo esvaziamento do gozo do Outro.

Esses casos mostram a gama de soluções que cada sujeito pode utilizar em sua tentativa de reconstruir a realidade (Freud, 1924). No caso de Marco Aurélio: as letras em inglês, algumas estratégias para lidar com as reuniões na casa da irmã que tanto o afligiam, entre outras. Embora não tenha construído uma metáfora delirante que lhe permitisse melhor organizar a vida, ou inventado uma amarração particular, um ego que lhe permitisse uma solução melhor diante de suas dificuldades de existir, parece-nos que a própria análise pôde “operar por si mesma como função de suplência, como lugar de produção de sentido, a partir do significante, que ajuda a amarrar imaginário, simbólico e real” conforme a indicação de Maria Anita Carneiro Ribeiro (2002, p. 139).

No caso de Uribe, os traços paranoicos lhe permitiram uma frágil organização delirante, mas que teve grande importância ao localizar o gozo do Outro na Organização. A transferência com a analista lhe permitiu colocar uma barra no Outro que, assim, não poderia atingi-la, o que aos poucos se alastra permitindo que o próprio CAPSad fosse visto por ele livre da influência do Outro. Embora não tenhamos localizado o estabelecimento de uma

metáfora delirante, o tratamento foi lhe permitindo aos poucos estabelecer alguns laços com as pessoas supostas não pertencerem à Organização. O nome maconheiro lhe permitiu uma identificação com a qual pode fabricar um ego, uma amarração singular dos três registros franqueada pela transferência com as três Adrianas. Podemos pensar que, no caso dele, um desejo se coloca como motor do aparelho psíquico (FREUD, 1900/2005, p.558), desejo que o move a querer trabalhar, falar com pessoas, principalmente cuidar de seus gatos, enfim, lhe permite manter laços, mesmo que de forma singular, em uma norma não determinada pelo falo.

Embora tenhamos feito um recorte e selecionado alguns fragmentos clínicos, o que foi necessário para delimitar o escopo dessa pesquisa, a clínica cotidiana no CAPSad e os vários casos que não foram relatados nesse trabalho com certeza estiveram presente em nossa redação, e nos fazem sustentar a hipótese do desejo como freio ao gozo invasivo do Outro na psicose.

Nosso desvio pela agenda da saúde pública foi absolutamente necessário devido ao momento político que atravessamos no Brasil durante o período em que escrevíamos nossa tese, entretanto essa escolha fez com que não pudéssemos avançar em determinadas direções que pretendíamos ao iniciar a pesquisa. Esse é o caso dos conceitos de desejo e fantasia. Quais as indicações sobre esses conceitos, no que tange as psicoses, na obra de Freud e no ensino de Lacan? Outro ponto que ficou de fora foi o corpo. Qual o estatuto do corpo nas toxicomanias. Chegamos a pesquisar e mesmo nos surpreender ao encontrar diversas indicações sobre o desejo e a fantasia nas psicoses no ensino de Lacan (1955-56; 1961-62; 1964), mas infelizmente não foi possível desenvolvê-las.

Faz-se necessário explicar que para além de nossa escrita para a tese, entendemos que era primordial que publicássemos o que estava sendo pesquisado a respeito da agenda pública de saúde para o campo de álcool e outras drogas. Era premente que déssemos a nossa contribuição, enquanto pesquisadores em uma universidade pública, àquilo que se passava em nossa sociedade.

Tivemos muita dificuldade em publicar um dos artigos, que na primeira submissão não foi aceito, e cujo parecer de um dos avaliadores indicava que estávamos sendo parciais em nossa avaliação do papel das comunidades terapêuticas. Foi-nos sugerido que lêssemos De Leon com o intuito de que entendêssemos melhor o papel da CTs no tratamento dos “dependentes químicos”, o que de fato fizemos. Essa recusa nos levou a uma pesquisa ainda mais detalhada sobre as CTs, o que nos proporcionou o acesso a vários autores, inclusive com produções acadêmicas legitimadas por universidades de renome, de autores que sustentam o

trabalho das Comunidades Terapêuticas como tratamento para a “dependência química”. Toda essa pesquisa nos levou a questionar de forma mais contundente o entrelaçamento entre o discurso científico e a moral religiosa no que tange o tratamento para usuários de álcool e outras drogas. Por fim, o artigo acabou se desdobrando, por conta do tamanho, em dois textos: o artigo já aprovado pela revista *Ciência & Saúde Coletiva* e o capítulo quatro desta tese, no qual já estamos trabalhando no sentido de transformá-lo em artigo.

O artigo já publicado pela *Revista de Psicologia da USP*, apesar de ter sido aceito logo que foi submetido, também demorou muito a ter sua forma final aprovada para publicação. Um dos pareceristas por mais de uma vez nos demandou várias questões, principalmente sobre nossas articulações a respeito da pulsão de morte. O que de fato não foi ruim, ao contrário, o artigo acabou sendo publicado com um tamanho maior do que o previsto pela revista e conseqüentemente tivemos a oportunidade de expor de forma mais abrangente nossa pesquisa.

Como dito na introdução, pretendíamos que a tese fosse composta de artigos, o que não foi possível devido ao tempo e as já citadas dificuldades que tivemos para publicação. Entretanto, a transformação dos capítulos em artigos é algo que permanece como objetivo dessa pesquisa, tarefa a que já estamos nos dedicando.

Por fim, gostaríamos de ressaltar que o desenvolvimento de nossa pesquisa e a escrita da tese nos permitiram pôr em palavras, teorizar sobre uma clínica tão árdua que é a prática clínica com toxicômanos, principalmente pelo empuxo à pulsão de morte. Nossa aposta é de que possamos ter contribuído, não apenas com nossa própria prática, mas também com a de nossos colegas que sustentam a clínica nos dispositivos públicos de saúde. Acreditamos que é inestimável o valor da pesquisa promovida nas universidades públicas em auxílio aos profissionais da área que se veem embaraço com as questões que se colocam no dia a dia de sua prática nos dispositivos destinados a atender a população com problemas com uso de álcool e outras drogas. A universidade e os serviços públicos devem ser parceiros no sentido da produção de conhecimento, um sustentando a prática do outro. Além disso, pensamos ser de sumo valor que a universidade possa ser um lugar de discussão sobre o desenvolvimento das políticas públicas da saúde.

REFERÊNCIAS

ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). *Carta Aberta à População*. 11 de dezembro de 2017. Disponível em: < http://abpbrasil.websiteseuro.com/portal/wp-content/upload/2017/12/Carta_ABP_11.12.17.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

_____; ABIPD (Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual); FENAM (Federação Nacional dos Médicos); FENAEMD-SM (Federação Nacional das Associações em Defesa da Saúde Mental). *Considerações à Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde Sobre a Nova Política Nacional de Saúde Mental e Drogas*. 19 de fevereiro de 2019. Disponível em: < https://docs.wixstatic.com/ugd/c37608_8a533f3ce18a1471eb2173e937a6c9c3e.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

ALARCON, S. A síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e drogas. In: ALARCON, S. & JORGE, M.A. (Orgs.). *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, pp. 45-62.

ALBERTI, S. "Retorno ao imaginário II". Atas das II Jornadas Clínicas: o imaginário na clínica das neuroses. Escola Brasileira de Psicanálise do Campo Freudiano (em formação) - Seção Rio de Janeiro. Niterói, maio de 1994.

_____. Psicanálise: a última flor da medicina. In: Clínica e Pesquisa em Psicanálise. ALBERT, S. e ELIA, L. (Orgs.). Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2000.

_____. Os paranoicos e a psicose. In: QUINET, A. (Org.). *Na Mira do Outro: a paranoia e seus fenômenos*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002, p. 67-83.

_____. O sintoma, a toxicomania. *Stylus*. Revista de psicanálise, n 6, Abr. 2003. Salvador: Associação Fóruns do Campo Lacaniano, pp.50-6.

_____. O corpo, uma superfície. In ALBERTI, S.; RIBEIRO, M.A. (Orgs.). *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004, pp. 37-46.

_____. Desejo \diamond Psicose. *Trabalho apresentado no VII Encontro da IF-EPFCL*. Paris, 26 e 27 de julho de 2014. Inédito.

_____; INEM, C.L.; RANGEL, F.C. Fenômeno, estrutura, sintoma e clínica: a droga. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, Vol. 6, n. 3. São Paulo, jul./set. 2003, p. 11-29.

_____; RIBEIRO, P. Um Caso específico de Objeto na Paranóia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Abril-Junho, Vol. 28, n. 2, 2012, pp 197-203.

_____; SANTOS, C.; BETEILLE, I. *A extimidade do supereu e um sujeito melancolizado*., 2018. No prelo da *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, previsto para 2019.

ALERJ (Assembleia legislativa do Estado do Rio de Janeiro). *Relatório de inspeção em comunidades terapêuticas financiadas pelo governo do Estado do Rio de Janeiro 2013*. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/download/arquivos/relatorio-ct-financiadas-pelo-gov-est-rj-junho-13.pdf>>. Acesso em: 15 mai 2017a.

ALERJ (Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro). *Projeto de lei nº 1203-A/2015. Resolução da Assembleia legislativa em 21 de março de 2017*. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1519.nsf/1061f759d97a6b24832566ec0018d832/49ac70a657490cdd83257f0e00460970?OpenDocument&ExpandSection=-1>>. Acesso m: 15 mai 2017b.

ALVES, V. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública* vol.25, n.11, Rio de Janeiro, Nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002>. Acesso em: 7 jun. 2019.

AMARANTE, P. *Saúde Mental e atenção psicossocial*. 20ª edição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.

AMSTER, P. *Apuntes matemáticos para ler a Lacan: 1. Topologia*. Buenos Aires: Letra Viva, 2010.

ANDRADE, T.M. de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, pp. 4665-74, Dec. 2011.

ANPEPP (2017). *Comunicados ANPEPP/nº018-jun 2017*. Disponível em: <<http://www.cadastro.anpepp.org.br/mensagem/view2?q=NTcwMyUyQzg3JTJDZTVlNmZlMzJhOWZiNTk5YThhN2IwZDQwMWYxZDA1Njk=>>>. Acesso em: 7 jun. 2019.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Ministério da Saúde. *RESOLUÇÃO-RDC/ANVISA Nº 101, DE 30 DE MAIO DE 2001*. Regulamento Técnico sobre o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas (CT). *Diário Oficial da União* 2001; 31 de maio. Revogada pela RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0101.pdf>. Acesso em: 12 dez 2017a.

_____. *RESOLUÇÃO RDC 29, de 30 de junho de 2011*. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. *Diário Oficial da União* 2011; 1 jul. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>. Acesso em: 12 dez 2017b.

ARBEX, D. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BASAGLIA, F. Corpo e instituição - considerações antropológicas e psicopatológicas em Psiquiatria institucional. In: AMARANTE, P (Org.). *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006, pp. 73-90.

BASTOS, A. *Considerações sobre a clínica psicanalítica, na instituição pública destinada ao atendimento de usuários de álcool e/ou outras drogas*. 2009. 144 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Centro de Educação e Humanidades, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1100>. Acesso em: 20 abr. 2019.

_____; ALBERTI, S. Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte? *Psicol. USP*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 212-225, ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642018000200212&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 28 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420170100>.

_____; FERREIRA, P. *Psicanálise e toxicomania: desafios na assistência pública*. Curitiba: Juruá, 2012.

BENTES, L.; GOMES, R.F. (Relatores). Núcleo de Pesquisa em Toxicomanias e Alcoolismo. A mordaza infernal. In: _____ (Orgs.). *O brilho da infelicidade*. Rio de Janeiro. Contra Capa, 1998, pp. 21-30.

BLEULER, E. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Traité d'Aschaffenburg, 4. Abteilung, 1.Häfte. Leipzig y Viena: Franz Deuticke, 1911.

BRASIL. *Decreto nº7.426, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm>. Acesso em: 15 mai 2017a.

_____. *Decreto nº7.637, de 8 de dezembro de 2011*. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm#art1>. Acesso em: 15 mai 2017b.

BRASIL. *Decreto nº 9.197, de 14 de novembro de 2017*. Institui o Programa Emergencial de Ações Sociais para o Estado do Rio de Janeiro e os seus Municípios. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9197.htm>. Acesso em: 15 dez. 2017c.

BRASL. *Lei nº 6.368 de outubro de 1976*. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1976; 22 out. Revogada pela lei 11.343/2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm>. Acesso em: 15 mai. 2017d.

_____. *Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso: 15 maio 2017e.

_____. *Lei 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 15 maio 2017f

_____. *Lei 13.204, de 14 de dezembro de 2015*. Altera a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, “que estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999”; altera as Leis nº 8.429, de 2 de junho de 1992, 9.790, de 23 de março de 1999, 9.249, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 8.666, de 21 de junho de 1993; e revoga a Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13204.htm>. Acesso em: 20 dez. 2017g.

BREUER, J.; FREUD, S. (1893-95). *Estudios sobre la histeria. Obras completas*, volumen III. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006.

CMRJ (Câmara Municipal do Rio De Janeiro). *Assembleia Pública da Câmara dos Vereadores do Município do Rio de Janeiro, no dia seis de junho de 2017, em reunião realizada pela Comissão Permanente de Prevenção às Drogas da Câmara com o intuito de “debater o papel das entidades sociais religiosas na prevenção e recuperação à dependência química”*. Disponível em: <http://www.camara.rj.gov.br/noticias_avisos_detalhes.php?m1=comunicacao&m2=notaviss&id_noticia=12508>. Acesso em: 13 jun 2017a.

_____. *Vereadores. Informações pessoais*. Disponível em: <http://www.camara.rj.gov.br/vereador_informacoes.php?m1=inform&cvd=310&np=OtonidePaula&nome_politico=Otoni%20de%20Paula>. Acesso em: 13 jun 2017b.

CEPCT/RJ (Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro); MEPCT/RJ (Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro). *Relatório de Inspeção em Comunidades Terapêuticas Financiadas pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro*, 2013. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/download/arquivos/relatorio-ct-financiadas-pelo-gov-est-rj-junho-13.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

CFP (Conselho Federal de Psicologia). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. ISBN 978-85-89208-42-0. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2017a.

_____. *Para CFP, comunidades terapêuticas não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde*. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/cfp-apoia-retirada-das-comunidades-terapeuticas-como-estabelecimentos-de-saude/>>. Acesso em: 21 de jun. 2017b.

CFP (Conselho Federal de Psicologia); Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal Dos Direitos do Cidadão/ Ministério Público Federal. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o->>. Acesso em: 4 set. 2018a.

_____. *CFP repudia mudanças na política de saúde mental*. Brasília DF: CFP, 12 dez. 2017. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/repudio-mudancas-politica-saude-mental/>>. Acesso em: 24 jan. 2018b.

CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). *Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo*. Brasília DF: CFESS, 12 dez. 2017. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1439>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

CHAVES, W.C. O estatuto do real em Lacan: dos primeiros escritos ao seminário VII, a ética da psicanálise. *Paidéia* (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 16, n. 34, p. 161-168, Aug. 2006

CLÍNICA PINEL. Porto Alegre. *Serviços. Equipe de Coordenação*. Disponível em: <<http://www.clinicapinel.com.br/index.php/servicos>>. Acesso em: 2 jan. 2018a.

_____. *Horários*. Disponível em: <<http://www.clinicapinel.com.br/index.php/horarios>>. Acesso em: 2 jan. 2018b.

COSTA, L. (Agência de AL). Assembleia Legislativa homenageia Comunidade Terapêutica Desafio Jovem. 7 ago. 2015. 10h31min. In: *Angência AL- Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina* (sítio da internet). Disponível em: <http://agenciaal.alesc.sc.gov.br/index.php/noticia_single/assembleia-legislativa-homenageia-comunidade-terapeutica-desafio-jovem>. Acesso em: 14 fev. 2018.

COSTA, S.F. *As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química*. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20DO%20AUTOR.pdf>>. Acesso em: 10 dez 2017.

CRP-RJ (Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro). *Nota de Repúdio à incorporação da SEPREDEQ à Secretaria Estadual de Saúde*. Disponível em: <<https://www.facebook.com/notes/conselho-regional-de-psicologia-do-rio-de-janeiro-crp-rj/nota-de-rep%C3%BAdio-%C3%A0-incorpora%C3%A7%C3%A3o-da-sepredeq-%C3%A0-secretaria-estadual-de-sa%C3%BAde/1066081166813729/>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

CRP-SP (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo). *Dossiê: Relatório de Inspeção de Comunidades Terapêuticas e Clínicas para Usuárias(os) de Drogas no Estado de São Paulo -*

Mapeamento das Violações de Direitos Humanos. Disponível em:
<http://fileserv.idpc.net/library/dossie_relatorio_crpsp.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2017.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* – 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DE LEON, G. *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. 5ª edição. São Paulo: Edições Loyola Jesuítas; 2014.

EBC (Empresa Brasil de Comunicação). Agência Brasil. Geral. Helena Martins. 14/12/2017. 19:37. *Comissão aprova mudanças na política de saúde mental, conselhos protestam*. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-12/comissao-aprova-mudancas-na-politica-de-saude-mental-conselhos-protestam>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

EXÉRCITO DE FÉ. *Blogspot do Exército de Fé*. Disponível em:
<<http://exercitodefe.blogspot.com/>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

FACEBOOK. *Fórum Ampliado de Saúde Mental*. Lançado em 26 de agosto de 2016. Disponível em: <<https://www.facebook.com/events/1033230663458049/>>. Acesso em: 8 jun. 2019.

_____. *Nenhum Serviço de Saúde a Menos*. Lançado em 1 de agosto de 2017. Disponível em: <<https://www.facebook.com/NenhumServicoMenos/>>. Acesso em: 26 dez 2017.

FARENTINOS, C. & LOPES, C. Modelo Matrix para tratamento da dependência química. In: GIGLIOTTI, A. & GUIMARÃES, A. (Orgs.). *Diretrizes gerais para o tratamento da dependência química*. Rio de Janeiro: Rubio, 2010, pp. 219- 30.

FERREIRA, A. B. de H. *Novo Aurélio do Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FGV (Fundação Getúlio Vargas). *Geremias de Matos Fontes*. In: Sítio da FGV, CPDOC, Verbete. Rio de Janeiro: FGV, 2009. Disponível em:
<<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/geremias-de-matos-fontes>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Programa Institucional Álcool, Crack e Outras Drogas. Seminário internacional: *Cenários da Redução de Danos na América Latina*. 29 e 30 de maio de 2017.

FOLHA DE SÃO PAULO. Cotidiano. Natália Cancian. 13/12/2017. 02h00. *Nova política de saúde mental dará sobrevida a hospitais psiquiátricos*. Disponível em:
<<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/12/1942890-nova-politica-de-saude-mental-dara-sobrevida-a-hospitais-psiquiatricos.shtml>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

FOSSI, L.B.; GUARESCHI, N.M.de F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, abr. 2015. Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 26 dez. 2017.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes; 1987.

FRACASSO, L. *Comunidades terapêuticas: histórico e regulamentações*. Aberta/Senad/MJ. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf>>. Acesso em: 12 dez 2017.

_____. Comunidades terapêuticas. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D; LARANJEIRA, R (Orgs.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* [CD-ROM que acompanha o livro]. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 61-9.

FREUD, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa. In: *Obras completas*, volumen III. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2005.

_____. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. In: *Obras completas*, volumen III. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2005.

_____. (1900). La interpretación de los sueños: primera parte. In: *Obras completas*, volumen IV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2005a.

_____. (1900). La interpretación de los sueños: segunda parte. In: *Obras completas*, volumen V. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2005b.

_____. (1901). Psicopatología de la vida cotidiana. In: *Obras completas*, volumen VI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2004.

_____. (1905). El chiste y su relación con lo inconsciente. In: *Obras completas*, volumen VIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2004.

_____. (1909). A propósito de un caso de neurosis obsesiva: el hombre de las ratas. In: *Obras completas*, volumen X. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2005.

_____. (1910 [1909]). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. *Obras completas*, volumen XI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2003.

_____. (1911 [1910]). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiográficamente. In: *Obras completas*, volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2005.

FREUD, S. (1913). Tótem y tabú. *Obras completas*, volumen XIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2005.

FREUD, S. (1914). Introducción del narcisismo. *Obras Completas*, volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006.

_____. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. *Obras completas*, volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006a.

_____. (1915). Lo inconciente. *Obras completas*, volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006b.

FREUD, S. (1915). La represión. *Obras completas*, volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006c.

_____. (1916-17). 17ª conferência. El sentido de los síntomas. *Obras completas*, volumen XVI. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2005a.

_____. (1916-17). 23ª Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. *Obras completas*, volumen XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2005b.

_____. (1917 [1915]). Duelo y melancolia. In: *Obras completas*, volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006.

_____. (1919). Lo ominoso. *Obras completas*, volumen XVII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006.

_____. (1920). Más allá del principio de placer. *Obras completas*, volumen XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006.

_____. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. *Obras completas*, volumen XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006.

_____. (1923). El yo y el ello. In: *Obras completas*, volumen XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006.

_____. (1924 [1923]). Neurosis y psicosis. *Obras completas*, volumen XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006.

_____. (1924). El problema económico del masoquismo. In: *Obras completas*, volumen XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2004.

_____. (1924). La pérdida de realidad en la neurosis i la psicosis. *Obras completas*, volumen XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006.

_____. (1926 [1925]). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras completas*, volumen XX. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2004.

_____. (1927). Die Zukunft einer Illusion. In: *Stdgb*, vol. IX, 1974.

_____. (1927). El porvenir de una ilusión. In: *Obras completas*, volumen XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2004a.

_____. (1927). El humor. In: *Obras completas*, volumen XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2004b.

_____. (1930). El malestar en la cultura. In: *Obras completas*, volumen XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2004.

FURTADO, J.P.; ODA, W.Y.; BORYSOW, I. da C.; KAPP, S. A concepção de território na Saúde Mental. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2016, vol.32, n.9, e00059116. Epub Out. 10, 2016. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00059116>>. Acesso em: 15 maio 2017.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GONCALVES, S. de F.; TEIXEIRA, A. M. R. Da paranoia do conhecimento à psicose: uma travessia teórica no texto de Lacan. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 101-113, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982015000100101&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 10 maio 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982015000100008>.

GUERRA, A.M.C. *A psicose*. Coleção Passo-a-Passo. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

GUIMARÃES, A. (2010). Diretrizes para a psicoterapia de grupo no tratamento da dependência química. In: GIGLIOTTI, A. & GUIMARÃES, A. (Orgs.). *Diretrizes gerais para o tratamento da dependência química*. Rio de Janeiro: Rubio, 2010, pp. 169- 91.

HART, K.E. A spiritual interpretation of the 12-Steps of Alcoholics Anonymous: From resentment, to forgiveness to love. *Journal of Ministry in Addiction and Recovery*, 1999, 6, p. 25-39. Disponível em: <<http://www.psyc.leeds.ac.uk/staff/kenh/JMAR499.HTM>>. Acesso em: 10 jan. 2017

HOFFMANN, E.T.A. O homem de areia. In: TAVARES, B. (Org.). *Freud e o estranho: contos fantásticos do inconsciente*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2007.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Brasil. Rio de Janeiro. *Panorama*. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>>. Acesso em: 27 jan 2018.

INEM, C. Eclipse do desejo. In: BENTES, L. & GOMES, R. (Orgs.). *O brilho da infelicidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998, pp. 99-106.

IPH (Instituto Padre Haroldo). Padre Haroldo. Disponível em:<<http://padreharoldo.org.br/padre-haroldo/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Coordenação geral: Maria Paula Gomes dos Santos. *Nota Técnica 2017*, março, n. 21 – Diest. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29865>. Acesso em: 12 dez 2017.

IZCOVICH, L. Os paranóicos e a psicanálise. In: QUINET, A. (Org.). *Na Mira do Outro: a paranoia e seus fenômenos*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

JORGE, M.A.C. Angústia e castração. In: *Reverso*. 2007, vol.29, n.54, pp. 37-42.

KRAEPELIN, E. *Lehrbuch der Psychiatrie*, éd. de 1915, bd. IV: “Paranoia”, p. 1.707-1.779.

KRETSCHMER, E. *Des Sensitives Beziehungswahn*, Jre éd., Berlln, Springer, 1918; 2e éd. améllorée et augmentée, id., 1927, 201 p.

KURT, E. *Not-God: a history of Alcoholics Anonymous*. Minnesota: Hazelden, 1979.

LACAN, J. *Clôture aux Journées d'Études des Cartels de L'École freudienne de Paris*. Maison de la Chimie, Paris, Lettre de L'École freudienne, 1976a, n. 18, pp. 263-70.

_____. Da estrutura como intromistura de um pré-requisito de alteridade e um sujeito qualquer. In: MACKSEY, R. & DONATO, E. (Orgs.). *A controvérsia estruturalista*. São Paulo: Cultrix, 1976b, pp. 198-229.

_____. (1932). *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*, seguido de Primeiros Escritos sobre a paranóia. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

_____. (1946). Formulações sobre a causalidade psíquica. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, pp. 152-194.

_____. (1949). O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, pp. 96-103.

_____. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 238-324.

_____. (1953). O simbólico, o imaginário e o real. In: *Nomes-do-Pai*. Campo Freudiano no Brasil - Série Paradoxos de Lacan. Rio de Janeiro: Zahar, 2005, pp. 9-53.

LACAN, J.. (1955-56). *O Seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

_____. (1957). A instância da letra no inconsciente. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p: 496-533.

_____. (1957-58). *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1999.

_____. (1958). A significação do falo. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998a, pp. 692-703.

_____. (1958). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998b, pp. 537-90.

_____. (1958-59). *O Seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2016.

_____. (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, pp. 807-42.

_____. (1961-62). *O Seminário, livro 9: a identificação*. Publicação não comercial exclusiva para os membros do Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2003.

_____. (1962-63). *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

_____. (1964). *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

_____. (1965-66). A ciência e a verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, pp. 869-92.

_____. (1966). Variantes do tratamento padrão. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, pp. 325-64.

_____. (1966). Apresentação das *Memórias de um doente dos nervos*. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, pp. 219-23.

_____. (1966). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise n.32, p. 8-14, 2001. São Paulo: Eolia.

_____. (1967). *Breve discurso a los psiquiatras, el 10 de Noviembre de 1967*. Inédito. Disponível em:

<<https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.12%20%20BREVE%20DISCURSO%20A%20LOS%20PSIQUIATRAS,%201967.pdf>>. Acesso em: 08 de nov 2017.

_____. (1967). Alocução sobre as psicoses da criança. Proferida em 22 de outubro de 1967 como conclusão das Jornadas realizadas sobre o tema. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, pp. 359-68.

_____. (1968). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, p. 248-64.

_____. (1968-69). *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. (1969-70). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

_____. (1971-72). *O Seminário, livro 19: ... ou pior*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2012.

_____. (1972-73). *O Seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

_____. (1973). O aturdido. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, pp. 448-500.

_____. (1973-74). *Les non-dupes errent*. Disponível em: <staferla.free.fr/S21/S21%20NON-DUPES....pdf>. Acesso em: 8 mar 2019.

_____. (1974). *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

LACAN, J. (1974). *La Troisième*. Disponível em: <staferla.free.fr/Lacan/La_Troisieme.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.

_____. (1974-75). *R.S.I.* Disponível em: <<http://staferla.free.fr/S22/S22%20R.S.I..pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

_____. (1975-76). *O Seminário, livro 23: o sinthome*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

LAURENT, E. El matrimonio y el alcohol. In SINATRA, E., SILLITTI, D. e Tarrab, M. (Comp.). *Sujeto, goce y modernidade II: fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Atuel-TyA, 1997.

LEMO, T.; GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES, A. Da neurobiologia ao tratamento biopsicossocial da dependência química. In: _____. *Diretrizes gerais para tratamento da dependência química*. Rio de Janeiro: Rubio Editora, 2010.

MALEVAL, J. C. Entrevista a Jean Claude Maleval sobre las patologías duales (psicosis + consumo de sustancias). Jean Claude Maleval, psicoanalista y profesor de psicopatología de la *Universidad de RENNES II*, Francia, fue entrevistado por Mario Sanchez en el año 2001 acerca de las particularidades del uso de drogas en sujetos de estructura psicótica. In: *Salud y Psicología*. Disponível em: <<http://www.saludypsicologia.com/posts/view/35/name:Entrevista-a-Jean-Claude-Maleval-sobre-las-patologias-duales-psicosis-consumo-de-sustancias>>. Acesso em: 19 abr. 2011.

_____. *Locuras histéricas y psicosis dissociativas*. Buenos Aires: Paidós, 2012.

MARQUES, A.C. Introdução à abordagem psicossocial da dependência química. In: GIGLIOTTI, A. & GUIMARÃES, A. (Orgs.). *Diretrizes gerais para o tratamento da dependência química*. Rio de Janeiro: Rubio, 2010, pp. 117-27.

MARTINS, V.T. *Do enlace entre a toxicomania e a psicose: efeitos e manejos clínicos*. 2004. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Psicanálise – Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Faculdade de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

_____. Que instituição para tratar de psicóticos que usam drogas? In: MELLO DE LIMA, M.; ALTOÉ, S. (Orgs.). *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, pp. 136-44.

_____. Intoxicaciones em el contexto del desencadenamiento de las psicosis. In: *Pharmakon Digital. REDE TYA DO CAMPO FREUDIANO - RED TYA DEL CAMPO FREUDIANO. Toxicomanías y Psicosis*. Noviembre de 2017, vol. 3, pp.57-9.

MILLER, J-A. *Esquizofrenia y paranoia (Bruselas), Psicosis y psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial, 1985.

_____. *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. *Perspectivas do seminário 23 de Lacan: O sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

_____. *Extimidad - los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller*. Buenos Aires: Paidós, 2010.

MC (MINISTÉRIO DA CIDADANIA). Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. *Notícias*. Governo federal lança programa de combate à violência no Rio de Janeiro. Publicado em 13/11/2017 11h04. Disponível em: <<http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2017/novembro/governo-federal-lanca-programa-de-combate-a-violencia-no-rio-de-janeiro>>. Acesso em: 20 dez 2017.

MJSP (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA). *Redução de Danos*. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/prevencao-e-tratamento/reducao-de-danos/reducao-de-danos>> Acesso em: 19 set 2017a.

_____. *Nova lei universaliza e desburocratiza acesso a benefícios de organizações da sociedade civil*. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/news/nova-lei-universaliza-e-desburocratiza-acesso-a-beneficios-de-organizacoes-da-sociedade-civil>>. Acesso em: 20 dez. 2017b.

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Gabinete do Ministro. (Brasil). *Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 19 set. 2017a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em: 19 set. 2017b.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf> Acesso em: 19 set. 2017c.

_____. Gabinete do Ministro. (Brasil). *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 19 set 2017d.

_____. Gabinete do Ministro (Brasil). *Portaria 131, de 26 de janeiro de 2012*. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União* 2012; 27 jan. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 12 dez 2017e.

_____. *Portaria nº1.190, de 4 de junho de 2009*. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 12 dez. 2017f.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria n° 1.482, de 25 de outubro de 2016*. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html>. Acesso em: 27 out 2018.

MUHM (Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul. *COLEÇÃO 124: MARCELO BLAYA PEREZ*. Disponível em:

<<http://www.muhm.org.br/?formulario=obras&submenu=5&metodo=0&id=137>>. Acesso em: 1 jan. 2018.

O DIA. Por O Dia. 05/03/2015 01h02 Atualizado às 05/03/2015 17h45. Rio de Janeiro. Polêmico 'exército' da Igreja Universal, Gladiadores do Altar chega ao Rio. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/_conteudo/noticia/rio-de-janeiro/2015-03-05/polemico-exercito-da-igreja-universal-gladiadores-do-altar-chega-ao-rio.html>. Acesso em: 26 jan. 2018.

OMS - Organização Mundial de Saúde (coord.). *Classificação de transtornos mentais e de Comportamento da CID -10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.

O GLOBO. Por RJTV. 31/08/2017 12h55. *Dois centros de apoio a usuários de drogas no Rio podem fechar por falta de pagamento aos funcionários*. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/dois-centros-de-apoio-a-usuarios-de-drogas-no-rio-podem-fechar-por-falta-de-pagamento-aos-funcionarios.ghtml>>. Acesso em: 20 out 2017a.

_____. Renata Mariz. 18/10/2017 - 11:06 / Atualizado em 18/10/2017 - 12:04. *Inspeção em comunidades terapêuticas encontra internações à força e instalações precárias*. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/inspecao-em-comunidades-terapeuticas-encontra-internacoes-forca-instalacoes-precarias-21960702>>. Acesso em: 20 out. 2017b.

_____. Por RJTV. 19/10/2017 12h46. *Unidades de Saúde Mental do Rio sofrem com falta de remédios, insumos e salários atrasados*. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/unidades-de-saude-mental-do-rio-sofrem-com-falta-de-remedios-insumos-e-salarios-atrasados.ghtml>>. Acesso em: 20 out 2017c.

OLIVEIRA, M. *A Igreja Universal monta exército da fé: Apelar à simbologia militar para projetar uma nova geração de pastores e evangelizadores*. In: Home, Hipnose: *Verdade Mundial: a real história da nossa sociedade* [sítio da internet]. Disponível em: <<https://verdademundial.com.br/2015/06/a-igreja-universal-monta-exercito-da-fe-apelar-a-simbologia-militar-para-projetar-uma-nova-geracao-de-pastores-e-evangelizadores/>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

PASSOS, E.H.; SOUZA, T.P. Redução de Danos e Saúde Pública: construções alternativas à política global de “Guerra às Drogas”. *Psicologia & Sociedade*, Vol. 23, N. 1, Ano 2011, p. 154-62. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

PEDROSO, R.S. *Trajétória do usuário de crack internado e seguimento de uma coorte retrospectiva e prospectiva*. 2014. 97 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

PEREZ, M.B. *A clínica*. Disponível em: <<http://www.clinicapinel.com.br/index.php/clinica>>. Acesso em: 1 jan. 2018.

PERRONE, P.A K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Cien Saude Colet* 2014; 19 (2): 569-580.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). Unidades de Saúde. *Caps*. Disponível em: <http://prefeitura.rio/web/sms/caps>. Acesso em: 14 jun. 2017.

PSC (PARTIDO SOCIAL CRISTÃO). Missão e Valores. Disponível em: <http://www.psc.org.br/missao-valores/>. Acesso em: 13 jun. 2017.

QUINET, A. Fenomenologia e psicanálise. In: Lobosque, A. & Róiz, A. (orgs.). *Psicoses entre nós*. Belo Horizonte: Associação Mineira de Psiquiatria, 1990.

_____. *As 4+1 condições de análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

_____. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

_____. O número um, o único. In: QUINET, A. (org.). *Na mira do Outro: a paranoia e seus fenômenos*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002a, pp. 11-25.

_____. *Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002b.

_____. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

_____. *A estranheza da psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

_____. *Os Outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2012.

RIBEIRO, M.A.C. A direção do tratamento possível: esquizofrenia, melancolia e paranoia. In: QUINET, A. (org.). *Na mira do Outro: a paranoia e seus fenômenos*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002, pp. 135-42.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Prevenção à Dependência Química. SEPREDEQ. *Conheça a Secretaria*. Disponível em: <http://www.rj.gov.br/web/sepredeq/exibeconteudo?article-id=1568823>. Acesso em: 13 jun. 2017.

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

SANTOS SOUZA, N. (1991). *A psicose, um estudo lacaniano*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

SCHREBER, D.P. *Memórias de um doente dos nervos*. Traduzido por Marilene Carone do original alemão: *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*. Leipzig: Ed. O Mutze, 1905. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SENADO FEDERAL. Senado Notícias. *Revista 'Em Discussão!' com panorama do crack no Brasil é lançada na CAS*. Disponível em: <
<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2011/09/14/revista-em-discussao-com-panorama-do-crack-no-brasil-e-lancada-na-cas>>. Acesso em: 2 jun. 2019a.

_____. Secretaria Especial de Comunicação Social. *Em Discussão!* Revista de audiências pública do Senado Federal. Ano 2, n. 11, agosto de 2011. Disponível em: <
http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/Upload/201104%20-%20agosto/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_agosto_2011_internet.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2019b.

SES-RJ (Secretaria de Estado de Saúde – RJ). Gerência de Saúde Mental. Subsecretaria de Atenção à Saúde. *Nota Técnica Sobre Os Encaminhamentos Para Os Centros De Acolhimento Regionalizados Para Álcool E Outras Drogas - Care Ad*. Rio de Janeiro, 26 de maio de 2014. Disponível em: http://p-web01.mp.rj.gov.br/Informativos/4_cao/2014/outubro/Nota_tecnica_sobre_os_encaminhamentos_para_os_CARE_AD.pdf. Acesso em: 15 mai 2017.

SILLITTI, D. Clínica do supereu e as toxicomanias. In BENTES, L & GOMES, R (orgs.). *O brilho da infelicidade*. Rio de Janeiro. Contra Capa, 1998, pp. 31-6.

SINATRA, E.; SILLITTI, D. e TARRAB, M. (Comp.). *Sujeto, goce y modernidade III: de la monotonía a la diversidad*. Buenos Aires: Atuel-TyA, 1995

SILVA, C. Da Punição ao Tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. In: RAMMINGER, T.& SILVIA, M. (Orgs.). *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, pp.51- 68.

SINATRA, E. La existencia del goce y la del toxicômano. In Sinatra, E., Sillitti, D. e Tarrab, M. (comp.). *Sujeto, goce y modernidade III: de la monotonía a la diversidad*. Buenos Aires: Atuel-TyA, 1995.

SOLER, C. Sobre a segregação. In: BENTES, L & GOMES, R (Orgs). *O brilho da infelicidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998, pp. 43-54.

_____. A paranóia no ensino de Jacques Lacan. In: QUINET, A. *Na mira do Outro: a paranóia e seus fenômenos*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

SOLER, C. *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Editor Zahar, 2007.

_____. *Seminário de leitura de texto ano 2006-2007: Seminário: A angústia*, de Jacques Lacan. São Paulo: Escuta, 2012.

_____. *As lições das psicoses*. São Paulo: Agente Publicações, 2016.

_____. *Rumo à identidade. Seminário 2014-2015*. São Paulo: Aller, 2018a.

_____. *A querela dos diagnósticos*. São Paulo: Blucher, 2018b.

TEEN CHALLENGE. *Our Mission*. Disponível em:

<<https://teenchallenge.cc/location/columbus-womens-home/>>. Acesso em: 17 fev. 2018.

TEIXEIRA, M.B.; RAMÔA, M de L.; ENGSTROM, E.; RIBEIRO, J.M. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 5, p: 1455-66. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

TARRAB, M. Mírenlos cómo gozan!! In: SINATRA, E., Sillitti, D. e Tarrab, M. (Comp.). In: *Sujeto, goce y modernidade: fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Atuel-TyA, 1995.

TAVARES, B. (org.). *Freud e o estranho: contos fantásticos do inconsciente*. Rio de Janeiro: Casa da palavra, 2007.

UNODOC (United Nations Office on Drugs and Crimes). *World Drug Report*, 2016.

Disponível em:

<https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2019.

ANEXO A - Pesquisa sobre as Comunidades Terapêuticas pioneiras no Brasil

As outras três CTs citadas por Fracasso (Fracasso L. Comunidades terapêuticas: histórico e regulamentações) como pioneiras no Brasil são: “Comunidade Cristã S8”, fundada em 1971, em Niterói, pelo Pastor Geremias Fontes; “Desafio Jovem”, fundada em 1972, em Brasília, pelo Pastor Galdino Moreira Filho, e o “Movimento para Libertação de Vidas”, em 1975, em Maringá, pelo Pastor Nilton Tuller. Mas, com algumas horas de pesquisa, verifica-se que tais informações não são exatamente iguais às que então se obtém. Senão vejamos: o Pastor Geremias Fontes⁴⁰, já falecido aos 80 anos de idade, era advogado e político – filiado a diferentes partidos ao longo da vida –, tendo sido eleito Prefeito de São Gonçalo/RJ de 1959 a 1962 e, com a ditadura militar, nomeado Governador do Rio de Janeiro, de 1967 a 1971, ou seja, durante os Anos de Chumbo. Pastor da Igreja Presbiteriana, depois de ter deixado a política, foi presidente da S8, nessa época não mais um grupo de rock progressista cristão como fora originalmente, mas, sim, “uma entidade de reabilitação de viciados em drogas” (idem).

O Pastor Galdino Moreira Filho, com inúmeros comentários e comendas que elogiam seu percurso, julga que a receita para tirar um jovem das drogas é “fazê-lo compreender que está no mundo das drogas porque foi fraco e se deixou envolver” e que a maneira de fazê-lo aprender meios para fortalecer-se se dá “repassando valores morais e espirituais”⁴¹, como se lê no documento da Assembleia Legislativa de Londrina, intitulado “Assembleia Legislativa homenageia Comunidade Terapêutica Desafio Jovem”, de 8 de agosto de 2015⁴². Ele e o Pastor Nilton Tuller – que também fundou a CT “Movimento para Libertação de Vidas” – revezaram-se na direção da “Desafio Jovem”, nome que é a tradução para o português do movimento *Teen Challenge*, criado pelo nova-iorquino Pastor David Wilkerson, em 1958, e cujo site informa que seu objetivo principal é “*To offer life transformation to individuals through Christ-centered programs*” (“oferecer transformações de vida a indivíduos através de programas centrados em Cristo”) (idem). No Brasil, a instituição é identificada como Teen Challenge Brasil – Casa de Recuperação Álcool e Drogas, associada a Teen Challenge Internacional, sediada nos Estados Unidos.

⁴⁰ Pesquisa Google [Internet]. [acessado 2018 2]. Disponível em:

<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/geremias-de-matos-fontes>

⁴¹ Pesquisa Google [Internet]. [acessado 2018 2]. Disponível em: <http://www.sulinfoco.com.br/assembleia-legislativa-homenageia-comunidade-terapeutica-desafio-jovem/>

⁴² Pesquisa Google [Internet]. [acessado 2018 2]. Disponível em: <https://teenchallenge.cc/our-purpose/>

A partir de algumas experiências bem-sucedidas de reinserção social – de pessoas gravemente comprometidas em decorrência do uso de drogas ilícitas – pelo método de substituição da droga pela fé cristã – método que certamente mereceria um estudo multidisciplinar contextualizado no tempo histórico mundial –, essas experiências pioneiras citadas por Fracasso (Fracasso L. Comunidades terapêuticas: histórico e regulamentações) emanam, portanto, todas, de projetos norte-americanos que, com a exceção de uma única – a Clínica Pínel S.A. –, não estavam, desde a origem, baseados no discurso científico, mas sim, no religioso.

ANEXO B - Capítulo 6: Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte?

Adriana Dias de Assumpção Bastos & Sonia Alberti

no início do século XIX, nos Estados Unidos, tendo se propagado de tal forma que foi fundado, em 1869, o Partido Proibicionista. A lei seca norte-americana, que promulgou o álcool como droga ilícita nos Estados Unidos, vigorou de 1920 até 1932. Todo esse movimento se contrapunha à ampla difusão da “produção, comercialização e o consumo de substâncias hoje classificadas como drogas, como a cocaína e o ópio e seus derivados” (Fonseca & Bastos, 2012, p. 17) no século XIX, no mundo, e que produziu, entre 1834-1843 e 1856-1858, a conhecida *guerra do ópio* entre uma China que lucrava com esse comércio e uma Inglaterra que tinha outros interesses. Perdedora, a China firmara o Tratado de Nanquim, de acordo com o qual surgiu “uma tentativa de regulação de produção, comercialização e consumo do ópio” (Fonseca & Bastos, 2012, p. 18), modelo de outros tratados internacionais de regulação de substâncias que surgiram depois.

A *guerra do ópio* lastreou a subsequente *guerra às drogas*. À Inglaterra associaram-se os Estados Unidos e, ainda que tenham necessitado de um tempo para chegarem a um acordo que levasse em conta os interesses econômicos dos dois países, foi do interesse de ambas essas potências um discurso hegemônico sobre a regulação das substâncias psicoativas e que acabou incrementando os movimentos proibicionistas. De tudo isso, resultou a Conferência Internacional de 1912, ocorrida em Haia, e sua ratificação completa, em 1919, que deixou de fora do proibicionismo apenas o uso médico da morfina (Fonseca & Bastos, 2012). Daí nasceu o “atual sistema de controle de diferentes drogas” (Fonseca & Bastos, 2012, p. 19), que depois gerou uma série de Tratados Internacionais, ratificados por 160 nações, visando a eliminação do consumo e propondo que o único tratamento eficaz para aqueles que usam drogas é a total abstinência.

No contexto nacional, observa-se a oscilação entre políticas que ora associavam, ora discriminavam o usuário do traficante, ou seja, respectivamente, uma oscilação quanto ao *problema drogas* ser exclusivamente da alçada da criminologia, ou de alçada tanto da criminologia quanto da saúde. De acordo com Batista (1997), pelo Decreto 14.969 de 1921, determinava-se a criação de sanatórios para toxicômanos e, enquanto não fossem implantados, os usuários deveriam ser interditados na Colônia de Alienados – espécie de *sistema médico-policial* (Pedrinha, 2008) que impunha a interdição ao mesmo tempo em que propunha um tratamento, e “embora os usuários de drogas não fossem considerados criminosos, o tratamento para com os mesmos não pode ser considerado um mar de rosas” (Freitas, 2014, não paginado).

Segundo Machado e Boarini (2013), o Decreto nº 891, de 1938, regulamentou a fiscalização do uso de entorpecentes, que compreendiam não só o ópio e a cocaína, mas também a maconha e a heroína, além de classificar “a toxicomania como ‘doença de notificação compulsória’” (p. 583). Em consequência, ditava a “internação *obrigatória ou facultativa* por tempo determinado ou não” dos “toxicômanos ou os intoxicados

habituais, por entorpecentes” (Machado e Boarini, 2013, p. 583, grifo nosso). Esse decreto foi incorporado ao código penal em 1941, pois, de acordo com Garcia, Leal e Abreu (2008 citados por Machado & Boarini, 2013), esse decreto “correspondia às aspirações do Governo Getúlio Vargas para conter comportamentos desviantes, tendo como foco o trabalhador” (p. 583). Note-se que, malgrado aventar a possibilidade de internações, o Decreto nº 891 não as impunha sumariamente. Isso porque estava submetido ao Código Penal que vigorou até 1976, no qual “o consumo de drogas não era considerado crime, o que demonstrava a característica da prevenção sanitária da droga dependência” (Freitas, 2014, não paginado).

Contudo, após a institucionalização da última Ditadura Militar no Brasil, o Decreto nº 54.216, de 1964 promulgou uma Convenção Única sobre Entorpecentes, identificando traficantes e usuários (Carvalho, 1996) e, em 1971, equiparando suas penas. Foi somente em 1976, com a Lei nº 6.368, que voltou a se distinguir “as figuras penais do tráfico e do usuário, especialmente no tocante à duração das penas” (Freitas, 2014, não paginado). Se por um lado, conforme Machado e Boarini (2013), em 1976 a lei revogou “o caráter compulsório dos tratamentos hospitalares” (p. 583), por outro, produziu um empuxo à medicalização da *dependência química*, dando legitimidade a que o saber médico se apropriasse do setor de segurança, separando criminosos de doentes.

Ainda então, a política, no que diz respeito ao *problema drogas* no Brasil, tendia a ser unívoca, sustentada por ideologias de cunho moral, sendo o isolamento e, portanto, a internação, a prática corrente na época (Alarcon, 2012). Mas a crítica ao manicômio havia se tornado cada vez mais acirrada naqueles anos e, com a promulgação da nova Constituição, de 1988, que, entre outros, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), foi possível introduzir, em 2003, uma nova diretriz, em termos de saúde pública, para o *campo de atenção* aos usuários de álcool e outras drogas, campo adscrito à saúde mental e consequentemente à Política Nacional de Saúde – separando-se, portanto, o setor médico da segurança pública.

Com o SUS, a nova Constituição introduziu, antes de tudo, uma preocupação com a saúde da população e de forma bastante progressista:

(Art. 196.) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à *redução do risco de doença e de outros agravos* e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p. 116, grifo nosso).

Efetivando essa abordagem igualitária e democrática – porque não coercitiva, ao contrário –, criou-se e implementou-se, em 2003, uma política que retomou a ideia da RD que já tinha sido experimentada antes. A primeira vez foi em 1926, quando, na Inglaterra, houve a proposta de uma prescrição legal de opínios

para o tratamento de usuários de droga (Alarcon, 2012). A segunda, na Holanda, onde, na década de 1970, visava-se “afastar os usuários habituais de Cannabis dos riscos oferecidos pelo mercado negro . . . e apenas secundariamente, como tática acessória, inclui-se o ponto de vista médico de redução de danos físicos e psicológicos” (Alarcon, 2012, p. 57). Nossa Constituição orienta, em seu Artigo 198, que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (Brasil, 1988, p. 117). Tendo em vista essa orientação constitucional, também as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, e a *Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*, implementaram novas estratégias possibilitando uma maior eficácia com relação à inclusão social e contrárias à, até então vigente, imposição de uma *abstinência* para todos pela via do tratamento moral e da internação.

Além disso, desde o final do século XX, já se começava a lutar contra o antes inimaginável monstro da aids que ceifava cada vez mais vidas por falta de tratamento adequado, tendo na população usuária de drogas injetáveis (UDI) tantas e tantas vítimas, sendo, portanto, alvo das primeiras ações de RD no Brasil. Andrade (2011) observa que “Em várias partes do mundo [as] políticas públicas de saúde começavam a se voltar para as pessoas que usavam drogas, pela ameaça de que a epidemia de HIV/aids fugisse ao controle a partir desta população” (p. 4.665). Reduzir os danos implicava, internacionalmente, uma nova orientação nas políticas públicas: já não tanto explicitamente coibir o uso das drogas – o que se mostrava sem efeito –, mas, antes, orientar a população usuária para sobreviver! Cuidar dessa população, a ponto de vários países terem legalizado o uso, distribuído seringas descartáveis¹, criado centros de atenção aos usuários em que estes pudessem buscar orientação para um consumo de drogas menos letal.

Eis, pois, como surgiu uma orientação política que não negava a impossibilidade da extinção do uso da droga, uso que Freud (1930/2004) já observava como sendo uma das apenas três possibilidades que o sujeito tem de fazer frente ao mal-estar na cultura, mas, ao contrário, levando essa impossibilidade em conta, buscou dialetizá-la, do modo como quer a nossa hipótese: é somente levando em conta a pulsão de morte que, com alguns esforços a mais, podemos instrumentalizar cada sujeito a associar, intrincar, desejar. . . na contramão da pura cultura da pulsão de morte.

Para avançar nesse sentido, a criação do SUS exigia separar o setor de saúde da segurança, no que tange o *problema drogas*. O Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 (Brasil, 2002), instituiu a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) que, de um lado, imprescinde da repressão internacional ao

tráfico de drogas, política sustentada no proibicionismo ao qual o Brasil se alia, sendo, como quase todos os países do mundo, signatário da Convenção única sobre entorpecentes de 1961 (United Nations Office on Drugs and Crime, n.d.). Mas, de outro lado, em consonância com a Lei nº 10.216/2001 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, o Ministério da Saúde foi levado a redirecionar o campo de práticas para usuários de álcool e outras drogas, para uma *Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (Brasil, 2003). É essa segunda política que abre as portas para a prática da política da RD na clínica, em particular, da saúde mental (Alarcon, 2012; Andrade, 2011; Ramminger, 2014; Silva, 2014).

Como tão bem nos mostram os autores supracitados, o campo das políticas públicas quanto à saúde mental, *álcool e outras drogas* teve vários avanços, mas também retrocessos, e que tanto uns como outros influenciam diretamente o tipo de tratamento efetivamente oferecido desde 2003. Às vezes pudemos avançar na direção progressista que deu origem ao texto constitucional, às vezes observamos retrocessos que implicam que se cedeu em relação aos avanços. Ressaltamo-lo porque foi no movimento de descriminalização que assistimos, nos primeiros anos do século XXI, à inserção da psicanálise nos serviços de atenção aos usuários de droga. Não foi o único avanço, houve outros igualmente importantes, mas é com ele que trabalhamos e é em função desse trabalho com ele que nos posicionamos quanto à situação atual. Se meio século depois de Getúlio Vargas muita coisa mudou no Brasil, com uma visada bastante progressista, nessa segunda década do século XXI, quando novamente somos testemunhas da internação obrigatória, ou melhor, compulsória, perguntamos: a que aspirações esse retrocesso de quase um século corresponde?

Crack

Apesar de criado por Oswald de Andrade (1924/1971) em referência aos prenúncios da quebra da Bolsa de Valores em 1929, intitulado com ele um de seus poemas, “Crackar”, utilizamos aqui o, dito por Oswald, verbo irregular para associar as políticas públicas mediante o uso da droga – tantas vezes reduzida, nos discursos, ao crack – à quebra da orientação anteriormente identificada como progressista, a que somos hoje confrontados no país. “Crackar” o fogo na pedra a faz estalar, som que se ouve e que dá nome à droga. Ao “crackar” a droga, o fogo no cachimbo muitas vezes leva aquele que acende a penetrar por várias *quebradas*², por vezes quebra seus laços sociais e, outras, até a própria vida. Mas há também outras *quebradas*, outras alternativas, nem todo uso de

1 Conforme Mesquita (1994), já em 1989 teria havido, no Brasil, uma tentativa de implementação de um programa assim na cidade de Santos, mas era contrária à legislação vigente e, portanto, foi reprimida pelas autoridades brasileiras.

2 Quebrada na gíria significa lugar sinistro, com pouca segurança, mas também um lugar alternativo.

Adriana Dias de Assumpção Bastos & Sonia Alberti

crack leva à morte. Os discursos sobre o crack, esses sim têm causado segregação e ódio. O crack tem sido inclusive um ponto de quebra nas políticas públicas, pois no imaginário social – *usou uma vez fica-se viciado para sempre*.

Aqui retomamos nossa hipótese inicial: é necessário levar em conta a pulsão de morte, pois talvez não seja o crack que quebra o sujeito, mas o sujeito dele se utiliza para satisfazer sua compulsão à repetição. Se não se considera essa escolha do sujeito, mesmo se ela pode ser mortífera – satisfação pulsional que responde à posição de gozo de cada um –, acaba-se por oferecer um tratamento que entra em um outro tipo de repetição: internação – abstinência – recaída – internação. O posicionamento político ancorado no posicionamento moral ou orgânico (doença) imprime um desígnio: *Se tu és usuário de drogas, és um criminoso ou és doente, tomando o outro como um objeto, com “falência moral e espiritual, descrita em termos psicológicos ou existenciais”* (De Leon, 2014, p. 41). Ao tomar o usuário de drogas como objeto, não se considera o cidadão e, menos ainda, o sujeito do inconsciente e suas escolhas.

O uso de drogas, tanto no que diz respeito ao tratamento como de suas implicações jurídicas e também em sua face mais violenta, a saber, a *guerra às drogas*, na qual estão inseridas as questões referentes ao tráfico de drogas, é tema que frequenta nosso cotidiano. Verifica-se que há uma tendência, em termos de mídia se assim podemos dizer, a associar atos de violência ao uso de drogas (Agência de Notícias dos Direitos da Infância, 2005; Rommanini & Roso, 2012; Roso et al., 2010; Silva, 2014; Tomm & Roso, 2013). E sabemos como o discurso veiculado na mídia produz efeitos e, por vezes, quase instantâneos! Quem trabalha em Centros de Atenção Psicossocial álcool e outros drogas (CAPSad) – mas pensamos que isso também seja verdadeiro em outros serviços – depara, geralmente na segunda-feira, com uma grande demanda por internação toda vez que, no domingo à noite, aparece publicada uma matéria sobre os ditos *dependentes químicos*. Ora, quando supomos que a *guerra às drogas* ignora a pulsão de morte, quando então predomina a *cultura da pulsão de morte*, visamos ao fato de que, como em toda guerra, o outro fica reduzido a objeto que pode ser torturado, isolado, encarcerado. . .

A interdição às drogas e sua manutenção através da militarização do processo repressivo alimentam os lucros de organizações criminosas que financiam e distribuem as drogas no atacado e diversificam suas atividades, incluindo o tráfico de armas, seres humanos, de espécies animais e vegetais, de objetos preciosos etc. (Alarcon, Belmonte, & Jorge, 2012, p. 77)

Nossa experiência ensina que, na maioria das vezes, as demandas por internação surgem de uma ligação

direta entre violência e uso de drogas, criminalizando e taxionomizando o usuário, produzindo e/ou reforçando “subjetividades e modos de viver” (Roso et al., 2010, p. 1), sem levar em conta a diversidade de fatores implicados tanto na questão da violência como no uso de drogas (Minayo & Deslandes, 1998), ignorando a advertência da política do Ministério da Saúde, em 2003, contra os *Principais fatores que reforçam a exclusão social dos usuários de drogas*:

1. Associação do uso de álcool e outras drogas à delinquência, sem critérios mínimos de avaliação;
2. O estigma atribuído aos usuários, promovendo a sua segregação social;
3. Inclusão do tráfico como uma alternativa de trabalho e geração de renda para as populações mais empobrecidas, em especial à utilização de mão de obra de jovens neste mercado;
4. A ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada desses usuários;
5. O tratamento legal e de forma igualitária a todos os integrantes da “cadeia organizacional do mundo das drogas” é desigual em termos de penalização e alternativas de intervenção. (Brasil, 2003, p. 25, grifo nosso)

O *Seminário mídia e drogas – O perfil do uso e do usuário na imprensa brasileira em 2004* verificou que a mídia faz uma relação estreita das drogas “com a violência urbana, levando o tema a adquirir proporções gigantescas, com reações da mesma ordem, traduzidas em ações cada vez mais repressivas” (Agência de Notícias dos Direitos da Infância, 2005, p. 6). A noção de *epidemia de crack*³ – que estamos colocando em destaque, na medida em que se alega “tratar de uma ‘epidemia’, mesmo na ausência de dados epidemiológicos que corroborassem essa afirmação” (Silva, 2014, p. 59) – veiculada pela mídia (Roso et al., 2010, p. 5) retrocede da direção progressista que as reformas sanitária e psiquiátrica vinham imprimindo ao *problema-drogas*. Aliás, esse sintagma foi inicialmente utilizado por Alarcon (2012), visando tanto designar com ele “os danos que elas podem causar no organismo humano em virtude do eventual uso inadequado”, quanto “os danos produzidos por todas as consequências inerentes às políticas antidrogas, à cultura da violência que lhe é subjacente e que perdura, paradoxalmente, em nome da saúde da população” (p. 46). A *epidemia de crack* serve como mote tanto para o alarde da mídia (Ramminger, 2014; Silva, 2014), que o toma como causador da violência, fazendo “falta à sociedade meios que proporcionem um olhar realista e ponderado sobre o assunto, que evite cair nos estereótipos mais comuns das visões romantizadas ou associadas unicamente à violência” (Roso et al., 2010, p. 7), como

3 De acordo com Bertoni e Bastos (2014) “não podemos afirmar se há ou não no país uma epidemia do uso de crack e/ou similares, uma vez que uma epidemia só pode ser caracterizada tecnicamente a partir de resultados obtidos de uma série histórica de registros de estimativas/contagens do fenômeno sob análise” (p. 145).

a um retrocesso nas políticas voltadas para o campo de álcool e drogas. Esse é o caso das internações compulsórias que, desde maio de 2017, voltaram a ser notícia⁴. É digno de atenção o fato de que ações como estas, cuja justificativa é dada pelo sintagma *epidemia de crack*, veiculado – propagandeado – discursivamente e sustentado pelos meios de comunicação, manipulam a opinião pública em direção a uma associação imediata do uso de crack e drogas em geral e violência.

Pressupõe-se que os meios de comunicação podem estar colaborando com a manutenção de visões “distorcidas” sobre o tema, quando estabelecem uma relação causal entre violência e uso de crack, restringindo-se, na maioria das matérias, a apresentar “fatos”, não apresentando uma discussão mais aprofundada sobre as causas e consequências do fenômeno. (Roso et al., 2010, p. 7)

É digno de atenção que esse modo de tratar a questão acaba por gerar pânico na população, com a consequente promoção de discursos cada vez mais segregacionistas, traduzindo-se, finalmente, na expressiva aprovação da internação compulsória por uma boa parte da população.

A operação policial na *cracolândia*, em São Paulo (Gonçalves, 2017), por um lado, fere a Lei nº 10.216, de 2001, que afirma no artigo 4º que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001, não paginado). Por outro lado, mostra como a propaganda de que aquelas pessoas não têm condições de responder por si – posto que é o crack que fala por elas – incide sobre a população⁵, que acredita que a internação compulsória seja a única saída para esses *possuídos pelo crack*. É como se o uso de crack anulasse de um só golpe o sujeito, tanto no sentido psicanalítico do termo, sujeito do inconsciente, ao virar objeto de uso possuído pelo crack, como também o sujeito de direito que, diferentemente dos demais, não deve então circular na rua.

Entretanto, “uma revisão sistemática sobre a eficácia dos tratamentos compulsórios para o consumo

de drogas concluiu que não há evidências de melhoras em tratamentos compulsórios”, identificando, “por outro lado, estudos que sugerem o risco de ampliação dos danos” (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017).

A política de saúde mental é embasada na inclusão, mas o que se escuta na *polis*, quando se trata do uso de drogas, sobretudo do crack, é a demanda por segregação, e o que é pior, muitas vezes sustentada no discurso de políticas suportadas pelo discurso religioso e/ou biologizante. Não se está questionando a vulnerabilidade dessas pessoas, inclusive à violência, doenças etc., mas sim a forma de intervenção pública de que são alvo. E, ainda, ancorados no referencial psicanalítico, apontamos para o fato de que não há tratamento possível das toxicomanias sem que se leve em conta, para além do sujeito de direito, do cidadão, o sujeito do gozo.

A política da redução de danos e a psicanálise

Vários autores (Conte, 2004; Melman, 2000; Queiroz, 2001) já trabalharam a importância que teve a política da RD para o avanço da psicanálise no campo da saúde mental na primeira década depois de 2003. Como diz Ribeiro (2010, não paginado), a “redução de danos implica um conjunto de intervenções que visam prevenir as consequências negativas do uso de drogas, sem haver a exigência da abstinência”, de modo que vários autores estimaram que tal política contribuiu para uma interlocução com a psicanálise. Isso porque ambas, a política da RD e a política da psicanálise, “combatem a demissão subjetiva implicada nos modelos de desintoxicação” (Ribeiro, 2010, não paginado). Cada uma a seu modo se contrapõe ao movimento de excluir o sujeito ativo e capaz de fazer escolhas, proposto pela orientação que apenas visa à abstinência, e cada uma atua na contramão da forclusão do sujeito que o discurso biologizante impõe.

No entanto, há particularidades, e houve quem as sublinhasse. Segundo Araujo e Costa (2012), “As políticas públicas priorizam a redução de danos e o usuário acaba sendo visto como um doente ou marginal”, pois “a política brasileira foca seu olhar na droga e não no sujeito, evidenciando o estigma ao usuário de drogas” (p. 1), enquanto, para a psicanálise, o que é preciso pôr em evidência é que o sujeito usuário faz da droga uma forma de vivenciar “o mal-estar, o excesso próprio da cultura contemporânea, percebendo que é preciso ouvir o que o toxicômano tem a dizer sem estigmatizá-lo” (Araujo & Costa, 2012, p. 1). O sujeito usuário é, para a psicanálise, no que diz respeito ao que há de mais genuíno nele, um sujeito capaz de responder de sua posição de gozo. Como tratar psicanaliticamente um sujeito se o que lhe é mais genuíno deve, *a priori*, ser deixado do lado de fora?

Quanto à crítica que Araujo e Costa fazem à RD, é preciso ressaltar que apesar de eles se basearem nas diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2003), também

4 As internações compulsórias são previstas na Lei nº 10.216, de 2001. De acordo com esta, esse tipo de internação se dá por determinação da justiça. O Art. 4º dessa mesma lei afirma que: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001, não paginado). Vários episódios de intervenção do Estado em *cracolândias* suscitaram a discussão sobre a internação compulsória, tendo em vista a notória insuficiência – ou mesmo frequente ausência na aplicação – de *recursos extra-hospitalares*. Identificamos a operação policial ocorrida em 21 de maio de 2017, na *cracolândia* da Estação da Luz em São Paulo, como marco do recrudescimento das internações forçadas. O sucedido foi amplamente noticiado nos meios de comunicação, gerando uma grande discussão a respeito das internações compulsórias propostas, não só em meios acadêmicos ou sustentada pelos profissionais de saúde, mas no bojo da sociedade como um todo.

5 Segundo pesquisa Datafolha, “60% dos moradores de SP aprovam ação na *Cracolândia*” ainda que 80% sejam “a favor da internação à força para tratamento de usuários” (Brandt, 2017).

utilizadas pela saúde mental, o foco sobre o qual recai sua análise é a Política Nacional Sobre Drogas (PNAD) modificada, a partir de 2006, quando incorporou a RD, *aliando-a ao proibicionismo*. Portanto, parece-nos que o texto promove certa confusão ao chamar a PNAD de política de RD, pois ela não o é. A PNAD distorce, no texto de sua lei, o termo RD advindo do campo da saúde, adequando-o a seus próprios princípios, o que, aliás, constata Araujo e Costa (2012) quando dizem que “as políticas públicas para o uso abusivo de álcool e outras drogas remetem-se à questão da abstinência forçada, redução de danos e proibicionismo” (p. 16). A associação da RD às políticas proibicionistas cria um abismo, de fato, por nela não se levar em conta nem o sujeito de direito, que dirá o do inconsciente! Mas não era isso o que visava a Lei do Ministério da Saúde que, portanto, não levava – como dizem os autores – à produção de *estereótipos* ou *estigmas*. Ao contrário, nela o estigma é um dos problemas mais enfatizados no que tange os usuários de drogas, sendo considerado produtor de agravos. A política original de RD não é contrária à da psicanálise, mas sua associação ao proibicionismo sim.

Para Santiago (2001) – sua referência é lacaniana e não foucaultiana, com a qual trabalha Albuquerque (2010) –, as toxicomanias são efeito de discurso. Aqui, a noção de discurso implica a produção do gozo, ou seja, o modo como os sujeitos se relacionam numa dada cultura promovendo o gozo de cada um, nas diferentes posições que tal promoção se dá a partir do agenciamento que um indivíduo impõe a um outro. A psicanálise, de forma alguma, se desinteressa pela cultura e pelos discursos nela forjados, nem mesmo desconsidera o fato de que o estigma produz segregação, ela apenas não deixa escapar o fato de que entre o sujeito e o Outro há um *a* mais, um mais e mais e mais... que se repete no ato de se drogar. Se para alguns psicanalistas isso quer dizer, na prática, que “esse sujeito de que trata a psicanálise é freqüentemente eclipsado pelo cidadão de direitos preconizado pela abordagem político-social do sofrimento psíquico” (Ribeiro, 2010, não paginado), eclipsado, sobretudo, numa prática que não leva em conta o caso a caso, não podemos deixar de levar em conta a possível abertura da RD para a clínica psicanalítica na política.

Na realidade, há sim uma preocupação no texto da Lei de 2003 quanto ao caso a caso, apesar de ser uma lei universalizante, posto que é para todos. Senão, vejamos. A Lei é clara no que tange a caracterizar o uso de drogas como *multifatorial* e *heterogêneo*, frisando a necessidade de se levar em conta as diversidades, pois afirma: “quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas” (Brasil, 2003, p. 10).

Afirmando-se como *clínico-política* (Brasil, 2003, p. 11), a Lei preconiza que “a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor” justamente por reconhecer “cada usuário em suas singularidades”, o

que permite traçar “com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida” (p. 10). Já o fato de reconhecer a necessidade de defender a vida, esse texto testemunha levar em conta a existência da pulsão de morte. A Lei aponta a RD como um *método*, no sentido de caminho, que não exclui outros, “vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando” (Brasil, 2003, p. 11). Implica, ainda, “no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam” (p. 11). Na política, a singularidade que está em jogo é a da história e das escolhas de cada pessoa, que irá perceber, à sua maneira, a subjetividade decorrente da “integração e inter-relação de vários fenômenos de manifestação biopsicossocial, sendo ainda o local de entrecruzamento para estas variáveis” (Brasil, 2003, p. 28).

Há, sim, particularidades que dizem respeito ao tratamento analítico – e talvez essa seja justamente sua força de resistência – que não se confundem com a RD. A psicanálise é subversiva na medida em que descentraliza o eu, privilegia a determinação inconsciente, reconhece o campo do gozo e visa um tratamento pela retomada do caminho do desejo. Mas à sua maneira, a redução de danos também é subversiva, pois questiona, aos moldes da reforma psiquiátrica, a dominação dos corpos pelo discurso moral/biológico. Também inverte a noção de dano associado às drogas, na medida em que assume que nem todo uso é prejudicial. A RD faz parte de toda uma estratégia de saúde pública e é nesse contexto que ela toma força, no que se articula com o conceito de clínica ampliada, que também tem em sua especificidade sua possibilidade de resistência, como nos lembra L. Elia:

É preciso manter a atenção psicossocial em sua especificidade, que se especifica por não ser feita a nenhuma especialidade: todos os profissionais, todos os atores, todos os agentes podem e devem intervir na ação e cuidado, na ação clínica que é política ao mesmo tempo, pois sempre visa a posição do sujeito em relação ao corpo social concreto, ao laço social, à cidade e à cidadania. (comunicado em mesa, Rio de Janeiro, 6 de outubro de 2015)

Tanto a psicanálise como a política de RD partem do princípio de que é preciso escutar o outro, pois dele nada se sabe *a priori*. Na prática, vemos como é difícil para os profissionais não saberem o que é melhor para o paciente, a clínica com as toxicomanias gera muita angústia na própria equipe, particularmente quando a vida está em risco. Daí, mesmo que não seja necessário que os trabalhadores em saúde mental sejam psicanalistas – e provavelmente isso nem seria aconselhável, posto não tratar-se de uma clínica das especialidades, como

afirmado por L. Elia (comunicado em mesa, Rio de Janeiro, 6 de outubro de 2015), e por ser uma clínica multidisciplinar, para a qual devem concorrer diferentes saberes e aportes teórico-técnicos (Brasil, 2003, p. 7), sendo o psicanalista um entre os vários atores que constituem o campo da atenção psicossocial –, a psicanálise tem muito a contribuir com a RD, dando voz sim ao sujeito de direito, pois é preciso que ele a tenha, como queria a reforma psiquiátrica. E para que isso não faça eclipsar o sujeito do inconsciente, é preciso que os psicanalistas não recuem diante dos impasses e participem dessa clínica, sendo apenas alguns.

Cada sujeito encontra no uso da droga uma relação muito particular com seu gozo e com o Outro, e isso não se universaliza, não funciona conforme as leis que – estas sim – precisam ser universalizantes. . . há um impossível entre a política universalizante e uma clínica do sujeito, ou seja, um não compreende o outro, mesmo se a lei pode ser mais ou menos coercitiva no que tange a inclusão ou exclusão de cada sujeito a ela, necessariamente, submetido. Pois, como já dizia Freud (1937/2004), governar (ou mandar), educar e psicanalisar são impossíveis.

Lacan (1997) formula a própria ética da psicanálise como sendo aquela do desejo. Na prática, não ceder de apontar o sujeito ali onde ele é negligenciado, emudecido e inclusive, por vezes, literalmente calado. E, para calá-lo, não faltam discursos. Não é apenas o do tratamento psiquiátrico que, quando utiliza a droga lícita, não tem outra intenção senão impedir a manifestação fenomenológica dos conflitos subjetivos, orientação clínica colada à ideologia da remissão dos sintomas. Estes, já o dizia Freud (1926/1977), são manifestações subjetivas e seriam os últimos fenômenos a querermos, como psicanalistas, fazer desaparecer, pois o sintoma é signo da presença do sujeito (Quinet, 2000, p. 144), signo de cifra de gozo, do modo como cada sujeito pode cifrá-lo, na sua singularidade. E é com isso que a psicanálise trabalha.

Saúde versus segurança

Apesar das críticas que a política da RD pode ter sofrido por não levar em conta a singularidade da posição de gozo do sujeito, em razão de ser uma política pública – mas abrindo caminho para uma clínica que incluía a psicanálise –, ela possibilitou um verdadeiro questionamento do unilateral *tratamento* que impunha a abstinência para todos e, conseqüentemente, em termos de *tratamento*, a internação. Insistiu na necessidade de descriminalizar o uso de drogas na medida em que isso gera estigma aos usuários de drogas ilícitas. Abriu caminho, sobretudo, para que uma clínica pudesse avaliar, na singularidade de cada caso, de que maneira o sujeito utiliza a droga, dela goza, de que modo, para alguns, a abstinência talvez não seja a melhor solução terapêutica. Para além do campo da saúde mental, isso

também implicou uma mudança no campo da segurança, não sem fazer surgir uma tensão entre ambas.

Um dos preceitos básicos das práticas de segurança é “buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (Brasil, 2002, não paginado). Com a inclusão, em 2003, das práticas de promoção da saúde que visam à RD, entendendo o tratamento como singularizado, não tendo a abstinência como condição e prevendo a responsabilidade do usuário por seu tratamento, passamos a ter dois grandes atores: de um lado, o Ministério da Saúde, de outro, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Senad (Andrade, 2011). Inicialmente Gabinete de Segurança institucional da Presidência da República, a partir de 2011 o Senad faz parte do Ministério da Justiça (MJ) e, já em 2006, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), que não descriminaliza o uso para o qual, conforme o Art. 28, prevendo as “seguintes penas: I – advertência sobre os efeitos das drogas; II – prestação de serviços à comunidade; III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo”. Com a implantação do Sisnad, surge uma nova abordagem da RD, identificando esta ao modelo higienista! (Alarcon et al., 2012, p.78). Isso porque o Sisnad tomou o dano como fato, ligando diretamente o uso de drogas ilícitas a danos.

Foi aí que se deu a transposição do conceito de RD do campo da saúde para o da segurança e, posteriormente, em 2011, para o da justiça. Ao ser assimilada pelo campo jurídico, a RD perdeu a força de reduzir os danos do próprio proibicionismo que, conforme nossa hipótese, advém da ignorância da pulsão de morte. A cultura, de acordo com a psicanálise, é uma forma de organizar as relações entre os seres falantes. Não é possível a um fazer simplesmente do outro – seu objeto pulsional – aquilo que quer, pois há regras. A cultura, ou se preferirmos, os discursos prevalentes em uma determinada cultura, ditam a forma como o outro será tratado. Se na forma de tratar o outro prevalece a rivalidade, isto é, se o outro é tratado como objeto e não como sujeito, então o diferente será alvo de segregação. O proibicionismo gera um discurso de ódio, fruto da desintração pulsional que, na contramão das pulsões de vida, tem efeitos concretos. Efeitos esses fartamente alardeados pelos trabalhadores de saúde mental referidos à RD, tal como sua proposta original, e que retomamos a seguir.

Em primeiro lugar, as mortes causadas pela *guerra às drogas*. Combater as drogas introduz uma série de conseqüências que são totalmente desconsideradas, associadas ao próprio termo *guerra*. Numa guerra, se está num campo de batalha, é preciso vencer um inimigo; este, por sua vez, se arma para defender-se e contra-atacar. Numa guerra, incalculáveis baixas se justificam pelo fim almejado que, normalmente, é conseqüência de enorme devastação. Numa guerra, tudo é permitido em nome de um avanço para a vitória e as mais vis reações humanas; aquelas mesmas que fazem do homem o lobo

do homem não são apenas desculpabilizadas como, muitas vezes, até mesmo incentivadas. Uma guerra jamais é desencadeada sem objetivos econômicos, e estes pululam no campo das drogas, não apenas na disputa entre os traficantes por uma maior faixa de comércio para seus lucros, como inconfessáveis interesses financeiros que sustentam indústrias e governos – a guerra do ópio já mencionada é apenas um exemplo disso, sem os requintes que vieram depois.

Em segundo lugar, o alto potencial de dano que as substâncias misturadas às drogas provocam no organismo, e que podem ser bem mais prejudiciais do que as próprias drogas. Reduz-se a guerra às drogas sem levar-se em conta que é preciso esclarecer a população de que há tais substâncias que em nada contribuem para o prazer que a droga, em si, proporciona. Ignora-se a possibilidade de haver muitos usuários que poderiam optar por não se drogarem em função do acréscimo dessas substâncias, essas, sim, muito prejudiciais. Esse foi o mote da RD na Holanda – ao se controlar o produto vendido, diminui-se o dano causado por substâncias a ele adicionadas.

Em terceiro lugar, os danos do preconceito e do estigma. Tema desenvolvido por Freud (1921/2004) no ano seguinte ao da redação do texto em que conceituou a pulsão de morte, a segregação de um grupo por outro, promove em ambos um espelhamento de eus fortalecidos nos embates entre grupos – justamente por fazerem Um como grupo –, que entre si não identificam diferenças, fazendo do outro – aquele que não é do grupo – o marginal, o segregável, o intratável. Qualquer que seja a ligação de um usuário com a droga, não interessa nessa segregação se o sujeito é com a droga muito comprometido, ou apenas a utiliza de vez em quando. A RD, para ser mais potente, deveria poder contrariar tudo isso, contrariar a própria maneira de se tomar todo usuário de drogas ilícitas como, não apenas criminoso, mas necessariamente como alguém que, se não é, será *dependente*.

Mas o que se vê hoje é que o que poderia ser um risco, passa a ser necessário, fazendo da droga *A Causa*⁶, e se é na substância que mora o perigo, a única coisa a fazer é erradicá-la (Alarcon, 2012). Poderíamos dizer que esse discurso toma o possível como necessário excluindo qualquer contingência. Ele é fruto também do fato de que a Lei nº 11.343 (Brasil, 2006) amenizou “a lógica ampliada da redução de danos como antípoda do proibicionismo” (Alarcon et al., 2012, p. 80), reaproximando os dois campos, o da saúde e o da justiça, introduzindo a possibilidade de, em 2010, ser lançado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Brasil, 2011a), que deu origem ao plano Crack é Possível Vencer e a discussão sobre o financiamento das comunidades terapêuticas. Conforme L Elia: “Pelo viés de um suposto combate ao uso abusivo de drogas, as forças conservadoras da sociedade” (comunicado em

mesa, Rio de Janeiro, 6 de outubro de 2015), transferindo o Senad ao Ministério da Justiça, passaram a promover judicializações, criminalizações e recolhimentos em comunidades terapêuticas com internações compulsórias, ganhando “significativa parcela do terreno” (2015).

Crack! A pulsão de morte parou ou foi a redução de danos?

O consumo de substâncias psicoativas ao longo da história da humanidade “sempre esteve sob regulação social” (Alves, 2009, p. 2.310). Mais recentemente, porém, com o isolamento científico das substâncias psicoativas e sua consequente potencialização, bem como a industrialização da droga para uso tanto terapêutico como recreativo, extrapolaram a capacidade daquela regulação, gerando “um conjunto de questões sociais e de saúde a ele associado” (Alves, 2009, p. 2.310), que culminaram em uma “intervenção reguladora do Estado” (p. 2.310).

Conforme vimos desenvolvendo no texto, mais especificamente no item “O problema drogas brevemente historizado”, essa *intervenção* do Estado – e aqui nos referimos à história da política de drogas no Brasil, ainda que esta tenha sido construída em consonância com as políticas internacionais de regulamentação do uso de drogas – foi eminentemente proibicionista. No que tange à formulação de políticas públicas sobre drogas no país, como vimos, os dois grandes atores são: a segurança e a saúde. Os paradigmas sobre os quais cada um deles se sustenta podem incluir um antagonismo, tensões ou ainda uma aproximação. A esse respeito, Teixeira et al. (2017) são bastante precisos:

No setor da justiça e da segurança pública dois paradigmas, o do proibicionismo e o do antiproibicionismo, se encontram em disputa. Já no campo da saúde e assistência social, os paradigmas asilar, psicossocial e de redução de danos (RD) sustentam as práticas em saúde mental/álcool e outras drogas. (p. 1.456)

O proibicionismo, ou a *guerra às drogas*, já amplamente discutido no texto, visa um mundo livre de drogas, tendo, portanto, um compromisso com “a prevenção do consumo e a repressão da produção e da oferta” (Teixeira et al., 2017, p. 1.456), contrapondo-se ao antiproibicionismo que tem como debate principal a descriminalização e a legalização das drogas, compreendendo que o uso de drogas “não deve ser considerado crime; assim, ao usuário deve ser ofertado tratamento e cuidado e não reclusão em ambiente prisional” (p. 1.456).

O paradigma asilar, aquele que no campo da saúde e na assistência social mais se alia ao proibicionismo da segurança, enfatiza a dimensão orgânica em detrimento de outras, contrapondo-se assim à atenção psicossocial

6 Com o grifo e a letra maiúscula, procuramos frisar *A Causa* aqui tomada como única, uma causa plena, total.

e redução de danos (Teixeira et al., 2017, p. 1456), que entende o uso de drogas como *multifatorial* (Brasil, 2003). A abordagem asilar tem como modelo de tratamento a internação e sua instituição típica é o manicômio, a doença é justificativa para o isolamento e para a impossibilidade de o sujeito ser responsável por si, quem dirá por seu tratamento. Proposta absolutamente oposta à da atenção psicossocial que, baseada na reforma psiquiátrica, principalmente naquela proposta por Basaglia, visa a um cuidado territorializado e à integralidade, sendo essa

considerada tanto em relação ao ambiente, quanto ao ato terapêutico com o indivíduo, no qual seus efeitos não visam à supressão sintomática e a necessária abstinência e sim à redução de riscos e danos. Esse modelo de cuidado centra-se no respeito às diferenças, à defesa da vida e ao direito à liberdade e à dignidade da pessoa. (Teixeira et al., 2017, p. 1456)

Ora, em termos de tratamento oferecido aos usuários de drogas, o proibicionismo e a abordagem asilar preconizam a abstinência como paradigma, sendo necessário esclarecer que

Por paradigma da abstinência entendemos algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. Por paradigma da abstinência entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que *faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso*. (Passos & Souza, 2011, p. 157, grifo nosso)

Apesar da aliança entre esses campos, Passos e Souza (2011) demonstram que “a relação entre criminologia e psiquiatria não foi harmônica e complementar” (p. 157), de tal forma que “É dentro deste jogo de poder que o usuário de drogas ora se vê perante o poder da criminologia, ora diante do poder da psiquiatria; ora encarcerado na prisão, ora internado no hospício” (p. 157). Isso porque o consumo de drogas encontra-se na política proibicionista atrelado a dois modelos explicativos: “o modelo moral/criminal e o modelo de doença” (Alves, 2009, p. 2.311). Seja como imoral ou como doente, o destino do consumidor é o encarceramento em instituições totais: *Manicômios, prisões e conventos* (Goffman, 1974), ou ainda, o que atualmente poderíamos, talvez, considerar um amálgama dessas instituições: as comunidades terapêuticas (CT).

De acordo com Goffman (1974), as instituições têm “tendências de ‘fechamento’” (p. 16), entretanto algumas são mais fechadas do que outras. “Seu ‘fechamento’ ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico”

(Goffman, 1974, p. 16). As comunidades terapêuticas para usuários de drogas, como vem sendo apontado em vários relatórios – por exemplo: Comitê de Prevenção à Tortura do Estado do Rio de Janeiro (2013); Conselho Federal de Psicologia – CFP (2011); Conselho Regional de Psicologia – CRP-SP (2016) –, apresentam características das instituições totais descritas por Goffman. Antes de mais nada, porque entendem o uso de drogas como uma questão tanto moral como de doença, acrescentando o fator espiritual, tendo a abstinência como paradigma e o isolamento (internação) como tratamento, que aos moldes dos manicômios, bem como de todas as instituições totais, é exercido por um pequeno grupo de supervisão sobre “um grande grupo controlado, que podemos denominar o grupo dos internados” (Goffman, 1974, p. 18).

Cabe esclarecer que sob o atual nome comunidades terapêuticas não figuram mais as reformas institucionais que fizeram parte da história da reforma psiquiátrica. As diferentes propostas de reformas psiquiátricas se deram a partir da reflexão social sobre a natureza humana e sua crueldade (Amarante, 2007), posto que esta havia exposto sua face mais agressiva nas duas grandes guerras mundiais. Podemos aqui conjecturar que o pós-guerras foi um momento propício a se admitir a *cultura da pulsão de morte*, que nelas se verificara na medida da destruição causada. Ao admitir a pulsão de morte, pôde-se pensar novas formas de fazer frente a ela. Foi assim que “a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração . . . assim nasceram as primeiras reformas psiquiátricas” (Amarante, 2007, p. 40).

Entre as diferentes orientações de reformas psiquiátricas que se deram naquele momento, a de Maxwell Jones melhor sintetiza o que estamos assinalando: em sua proposta, a comunidade terapêutica dizia respeito a “um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um processo de horizontalidade e ‘democratização’ das relações, nas palavras do próprio Maxwell Jones” (Amarante, 2007, p. 43). Não há aí nenhuma identidade entre a proposta de Maxwell Jones e as atuais comunidades terapêuticas para usuários de drogas, “afora a designação” (De Leon, 2014, p. 14). Aquela proposta original e inovadora já não tem

relação com as atuais “fazendas” e “fazendinhas” de tratamento de dependência a álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista e fraudulenta – “comunidades terapêuticas” para ganharem legitimidade social e científica. (Amarante, 2007, p. 43)

Com efeito, como nos lembram Passos e Souza (2011), tanto sob o viés da criminologia como da psiquiatria, o princípio do poder do tratamento proposto pelas

“comunidades terapêuticas” atuais é disciplinar – do modo como Foucault (1987) o teoriza –, uma “normalização de condutas desviantes” (Passos & Souza, 2011, p. 157), em que se privilegiam, “como objeto de intervenção, o criminoso, o louco, o delinquente, o ‘drogado’” (p. 157). Sem excluírem a disciplinarização dos corpos (Foucault, 1990), as “ditas Comunidades Terapêuticas e Fazendas Terapêuticas trazem outro elemento que não exclui a disciplina, mas a complementa: a moral religiosa” (Passos & Souza, 2011, p. 157).

É por se verificar que as comunidades terapêuticas compactuam com o modelo criminal/moral e o modelo de doença, modelos que sustentam o proibicionismo, ancorados no paradigma da abstinência, e em nada podendo equivaler à proposta do modelo psicossocial e de redução de danos, que podemos pensar que o incremento ao financiamento dessas comunidades é uma quebra na direção progressista das reformas sanitária e psiquiátrica. Reformas essas que deram origem a uma nova forma de tratamento ao sofrimento humano, entre eles, o advindo do uso abusivo de drogas.

No site *Infográficos – Estadão*, lê-se que

União e Estado não têm a mesma política. Enquanto a primeira prioriza o tratamento domiciliar, com acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), o segundo aposta na Justiça terapêutica, com internações – involuntárias ou não – em hospitais especializados e comunidades terapêuticas para interromper o consumo de vez. Um descompasso que só prejudica quem tenta vencer o drama da dependência (Brandt, 2017).

Com efeito, alguns trabalhos já observam o recrudescimento das internações de usuários de drogas, inicialmente por incentivos locais, em particular das comunidades terapêuticas que, como sabemos, têm importante associação com instituições religiosas. Atualmente as comunidades terapêuticas, apesar de muitas vezes autônomas entre si (De Leon, 2014), surgiram todas de uma orientação comum, “de uma abordagem de autoajuda esotérica e alternativa para uma modalidade de atenção humana” (p. 27), visando proporcionar “limites e expectativas morais e éticas de desenvolvimento pessoal” (p. 30) com a seguinte metodologia: o uso do “reforço positivo, a vergonha, a punição, o sentimento de culpa, o exemplo e o modelo de comportamento” (p. 27).

Aos poucos, é política também da União internar usuários, como se fazia antes da Constituinte e, de acordo com o atual ministro do Desenvolvimento Social e Agrário, Osmar Terra, “Os Caps não têm resultado prático... no dia seguinte, eles estão usando droga de novo, porque nos Caps dizem: ‘não tem problema, só não fume na latinha, use cachimbo de vidro, use seringa descartável’” (Mariz, 2017, não paginado). Ridicularizado todo o trabalho dos CAPSad, o atual ministro milita na direção da criminalização do usuário e do pequeno

traficante, já que, segundo ele, “tem que ter algum tipo de punição, senão [o usuário] vai consumir mais” (Melo, 2016, não paginado). Ministro e médico, é “autor do projeto de lei que prevê aumento da pena para tráfico e internação compulsória de usuários”, tendo sua primeira intervenção após nomeação diretamente afetado o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad). “Com o argumento de que o órgão estaria dominado por um pensamento ideológico pró-legalização” (Melo, 2016, não paginado), substituiu o representante da pasta no Conselho, Rodrigo Delgado, e exonerou o sociólogo do cargo de coordenador-geral na Secretaria Nacional de Assistência Social do MDS. Age como se fosse possível erradicar, por decreto, a pulsão de morte, pois, revendo as capacitações de “profissionais de saúde, justiça, assistência social, líderes comunitários e outros agentes envolvidos no tema das drogas” (Mariz, 2017, não paginado), o ministro julga que as atuais “não incentivam o tratamento e a abstinência, e só se concentram na política de redução de danos”, e se o que se prega não é a abstinência, então, para Terra, “é um dinheiro jogado fora” (Mariz, 2017, não paginado). O que espanta sobremaneira nessa observação é que ela é dita por um médico... O que testemunha um enorme abismo que se instalou nesse campo: de um lado, os militantes do higienismo – dos quais o ministro é evidentemente partidário –, do outro, o cotidiano dos trabalhadores da saúde, em particular a mental, buscando sustentar a RD. Para os primeiros, o cidadão é um objeto de biotecnologias, ignorante de si mesmo, a ser submetido às disciplinas – no sentido foucaultiano do termo –, avesso do sujeito da psicanálise. Para os segundos, a psicanálise pode vir a seus alcances, ali onde muitas vezes falta uma sustentação teórica de uma prática que se sabe inserida no mal-estar da cultura. Mas fica uma pergunta que não quer calar: se pôr dinheiro nos CAPS é jogar dinheiro fora, para onde deveria ir o financiamento público? Para as novas comunidades terapêuticas? Os novos manicômios?

De posse do conceito de pulsão de morte introduzido por Freud e de sua retomada por Lacan, principalmente a partir do campo do gozo, a psicanálise pode ajudar a sustentar um posicionamento ético que permita trabalhar com o sujeito do gozo que é cada cidadão. Mesmo sem estar embasada nos conceitos psicanalíticos, a RD, do modo como era praticada antes de sua associação com essa nova política higienista, sustentava as pulsões de vida, pois previa como tratamento o reatamento dos laços, possibilitando novos investimentos a partir do que é possível para cada um. Apesar de trabalhar com prevenção, reabilitação etc., na clínica cotidiana ela se dava no um a um, no possível de cada caso. Estaríamos hoje assistindo a seu contrário? Em que um Ministro visa subjugar um cidadão, assujeitá-lo, fazer daquele que não corresponde ao que dele se espera nos discursos de dominação, objeto de segregação? Isso não seria, no mínimo, tão letal quanto considera a droga? Ou será que ele creí possível também acabar com a pulsão de morte por decreto?

Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte?

Crack! Harm reduction has stopped, or was the death drive?

Abstract: What does psychoanalysis have to say about so many issues involving drugs, which far outpass the question of their use? Historical, clinical and political issues, as we could say. The purpose of this text is to discuss vicissitudes that pervade them. We do not only approach the “drug problem,” but also think about how the presence of psychoanalysis can deal with certain discourses that can be found in this field and which are far from questioning the subject. Working with psychoanalysis is to take the death drive into account. It is to use a knowledge that allows us a treatment orientation that considers what is deadly in the use of drugs in drug addiction, highlighting the position of jouissance of the subject. It is, moreover, to question what is deadly in certain political directions that transform the subject into an object.

Keywords: Psychoanalysis; harm reduction; public policies; drug addiction.

Crack! Veut-t-on arrêter la réduction des dommages ou la pulsion de mort?

Résumé: Qu’est-ce que la psychanalyse a à dire au sujet de nombreuses questions concernant la drogue, qui dépassent de loin la question de son utilisation? Questions historiques, cliniques et politiques. Le but de cet article est de discuter des vicissitudes qui les traversent. Non seulement nous approcher du « problème drogues », mais comment penser que la présence de la psychanalyse peut faire face à certains discours qui se présentent dans ce champ d’activité, et qui sont loin de poser le sujet en question. Travailler avec la psychanalyse est de tenir compte de la pulsion de mort. Est de prendre en compte un savoir qui nous oriente vers un traitement qui tient compte du versant meurtrifère dans l’utilisation des drogues dans les toxicomanies, mettant en évidence la position de jouissance du sujet. Par ailleurs, c’est mettre en question ce qui est mortifère dans certaines directions politiques qui transforment le sujet en objet.

Mots clés: Psychanalyse; Réduction des dommages; Politiques publique; Toxicomanie.

Crack! La reducción de daños paró, o fue la pulsión de muerte?

Resumen: ¿ Lo que el psicoanálisis tiene que decir sobre tantas cuestiones que involucran a las drogas, que de lejos sobrepasan la cuestión de su uso? Cuestiones históricas, clínicas y políticas. El objetivo de este texto es discutir las vicissitudes que las atraviesan. No sólo nos acercamos al “problema drogas”, sino pensar cómo la presencia del psicoanálisis puede hacer frente a determinados discursos que pueden ser encontrados en ese campo de actuación, y que están lejos de poner al sujeto en cuestión. Trabajar con el psicoanálisis es tener en cuenta la pulsión de muerte. Se trata de un saber que nos permite una orientación de tratamiento que tenga en cuenta lo que hay de mortífero en el uso de drogas en las toxicomanías, poniendo de relieve la posición de goce del sujeto. Es, además, poner en cuestión lo que hay de mortífero en determinados direccionamientos políticos que transforman al sujeto en objeto.

Palabras-clave: Psicoanálisis; Reducción de daños; Políticas públicas; Toxicomanía.

Referências

- Agência de Notícias dos Direitos da Infância. (2005). *Mídia e drogas: o perfil do uso e do usuário na imprensa brasileira*. Brasília, DF: Andi. Recuperado de <https://bit.ly/2INHASc>
- Alarcon, S. (2012). A síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e drogas. In S. Alarcon & M. A. Jorge (Orgs.), *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 45-62). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Alarcon S.; Belmonte, P., & Jorge, M. A. (2012). O campo de atenção ao dependente químico. In S. Alarcon & M. A. Jorge (Orgs.), *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 63-82). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Alberti, S. (2007). O bem que se extrai do gozo. *Stylus: Revista de Psicanálise*, 14, 65-76.
- Albuquerque, S. (2010). “Idade doida da pedra”: configurações históricas e antropológicas do crack na contemporaneidade. In L. F. Saporiti & R. Medeiros (Orgs.), *Crack: um desafio social* (pp.13-37). Belo Horizonte, MG: Editora PUC Minas.
- Alves, S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319. doi: 10.1590/S0102-311X2009001100002
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Andrade, O. (1924/1971). *Memórias sentimentais de João Miramar*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.

- Andrade, T. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674. doi: 1590/S1413-81232011001300015
- Araujo, R., & Costa, R. (2012). Subjetividade e política sobre drogas: considerações psicanalíticas. *Revista EPOS*, 3(1), 1-19. Recuperado de <https://bit.ly/2kpSSxv>
- Batista, N. (1997). Política criminal com derramamento de sangue. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, 5(20), 129-146.
- Bertoni, N., & Bastos, F. (2014). Quantos usuários de crack e/ou similares há nas capitais brasileiras? In: F. Bastos, & N. Bertoni (Orgs.). *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz. Recuperado de <https://bit.ly/2KTib6d>
- Brandt, R. (2017). A invasão da droga nos rincões do sossego. *Estadão*. Recuperado de <https://bit.ly/1mINMVU>
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil* (35ª ed.). Brasília, DF: Câmara dos Deputados.
- Brasil. (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de <https://bit.ly/1VzP1v9>
- Brasil. (2002). Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Recuperado de <https://bit.ly/2IEoHO5>
- Brasil. (2003). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <https://bit.ly/2kTJOkP>
- Brasil. (2006). *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Recuperado de <https://bit.ly/Mba2eR>
- Brasil. (2011a). Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Recuperado de <https://bit.ly/2GSDKBO>
- Brasil. (2011b). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de <https://bit.ly/29zD847>
- Carvalho, S. (1996). *A política criminal de drogas no Brasil: do discurso oficial às razões da descriminalização* (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Luam.
- Comitê de Prevenção à Tortura do Estado do Rio de Janeiro. (2013). *Relatório de inspeção em comunidades terapêuticas financiadas pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, RJ: Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Recuperado de <https://bit.ly/2kr8cdm>
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília, DF. Recuperado de <https://bit.ly/2GRq9KK>
- Conselho Regional de Psicologia. (2016). *Dossiê: Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas e clínicas para usuáries(os) de drogas no estado de São Paulo – mapeamento das violações de direitos humanos*. São Paulo, SP: CRP. Recuperado de <https://bit.ly/2IMqxIj>
- Conte, M. (2004). Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis. *Revista Tóxicos e Manias*, (26), 23-33.
- De Leon, G. (2014). *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método* (5ª ed.). São Paulo, SP: Edições Loyola.
- Fonseca, E., & Bastos, F. (2012). Os tratados internacionais antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. In S. Alarcon & M. A. Jorge (Orgs.), *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 15-44). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Foucault, M. (1990). *Microfísica do poder* (9ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal.
- Foucault, M. (2002). *A verdade e as formas jurídicas* (3ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: NAU Editora.
- Freitas, D. (2014). A lei antidrogas no Brasil. *Jusbrasil*. Recuperado de <https://bit.ly/2GPHNP5>
- Freud, S. (1977). Inibições, sintomas e ansiedade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 20, pp. 107-201). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (2004). Más allá del principio de placer. In *Obras completas: más allá del principio de placer, psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras* (Vol. 18, pp. 1-62). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (2004). Psicología de las masas y análisis del yo. In *Obras completas: más allá del principio de placer, psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras* (Vol. 18, pp. 63-136). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1921)
- Freud, S. (2004). Dos artículos de enciclopedia: 'Psicoanálisis' y 'Teoría de la libido'. In *Obras completas: más allá del principio de placer, psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras* (Vol. 18, pp. 227-254). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1923[1922])
- Freud, S. (2004). El malestar en la cultura. In *Obras completas: el porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura, y otras obras* (Vol. 21, pp. 57-140). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1930[1929])
- Freud, S. (2004). Análisis terminable e interminable. In *Obras completas: Moisés y la religión monoteísta, esquema del psicoanálisis, y otras obras* (Vol. 23, pp. 211-254). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1937)
- Freud, S. (2005). Recordar, repetir y reelaborar. In *Obras completas: "sobre un caso de paranoia descrito*

Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte?

- autobiograficamente" (caso Schreber). *Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras* (Vol. 12, pp. 145-158). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (2006). Introducción del narcisismo. In *Obras completas: "contribución a la historia del movimiento psicoanalítico", trabajos sobre metapsicología, y otras obras* (Vol. 14, pp. 65-98). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (2006). El yo y el ello. In *Obras completas: el yo y el ello, y otras obras* (Vol. XIX, pp.1-66). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1923)
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, SP: Perspectiva.
- Gonçalves, G. (2017, maio 25). Doria pede à Justiça internação compulsória de usuários de drogas. *Globo G1 São Paulo*. Recuperado de <https://glo.bo/2xbMCTo>
- Lacan, J. (1998). Posição do inconsciente. In: *Escritos, 1964* (pp. 843- 864). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1997). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise, 1959-1960*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Machado, L., & Boarini, M. (2013). Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), pp. 580-595. doi: 10.1590/S1414-98932013000300006
- MacRae, E. (2010). Substâncias psicoativas: não existe droga a priori! *Opus Corpus: Antropologia das Aparências Corporais*. Recuperado de <https://bit.ly/2xbS3Si>
- Mariz, R. (2017, fevereiro 15). Ministro propõe mudanças em projetos do governo sobre drogas: Osmar Terra prega foco em abstinência e defende isolamento de pequeno traficante. *O Globo*. Recuperado de <https://glo.bo/2s8DpX0>
- Melman, C. (2000). *Alcoolismo, delinquência e toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo, SP: Escuta.
- Melo, D. (2016, junho 13). Osmar Terra e o retrocesso na política de drogas. *CartaCapital*. Recuperado de <https://bit.ly/2IOh3Ek>
- Mesquita, F. (1994). Perspectivas das estratégias de Redução de Danos no Brasil. In F. Mesquita & F. Bastos (Orgs.). *Drogas e aids: estratégias de redução de danos* (pp. 181-190). São Paulo, SP: Hucitec.
- Minayo M. C., & Deslandes, S. (1998). A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), 35-42. doi: 10.1590/S0102-311X1998000100011
- Passos, E., & Souza T. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade*, 23(1): 154-162. doi: 10.1590/S0102-71822011000100017
- Pedrinha, R. (2008). *Notas sobre a política criminal de drogas no Brasil: elementos para uma reflexão crítica*. Rio de Janeiro, RJ: Lúmen Júris. Recuperado de <https://bit.ly/2krewte>
- Pernot, P. (n.d.). Du sujet de l'inconscient au parlêtre. *École de la Cause Freudienne*. Recuperado de <https://bit.ly/2INxiO3>
- Queiroz, I. (2001). Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(4), 2-15. doi: 10.1590/S1414-98932001000400002
- Quinet, A. (2000). *A descoberta do inconsciente* (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Ramminger, T. (2014). Modos de trabalhar em saúde mental: pensando os desafios das reformas sanitária e psiquiátrica para o cuidado de pessoas que usam drogas. In: T. Ramminger & M. Silva (Orgs.), *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas* (pp. 27-49). Porto Alegre, RS: Rede Unida.
- Ribeiro, C. (2010). Mesa redonda: ciência, verdade e gozo. Psicanálise e redução de danos: articulação possível? In *Atas do IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental* (não paginado). Curitiba, PR: Universidade Federal do Paraná. Recuperado de <https://bit.ly/2M4BYky>
- Romanini, M., & Roso, A. (2012). Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32, 82-97. Recuperado de <https://bit.ly/2kpmw63>
- Roso, A., Romanini, M., Bianchini, M., Angonese, M., Macedo, F., Monaiar, A., & Silva, V. (2010). Discursos midiáticos sobre o crack: discutindo resultados preliminares. In *XIV Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão*. Santa Maria, RS: Sepe-Unifra. Recuperado de <https://bit.ly/2JtOOYc>
- Santiago, J. (2001). *A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Silva, C. (2014). Da punição ao tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. In: *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. In T. Ramminger & M. Silva (Orgs.) Porto Alegre, RS: Rede Unida. p. 51-68.
- Teixeira, M., Ramôa, M., Engstrom, E., & Ribeiro, J. (2017). Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1455-1466. doi: 10.1590/1413-81232017225.32772016
- Tomm, E., & Roso, A. (2013). Adolescentes e crack: pelo caminho das pedras. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(3), 675-692. doi: 10.1590/S1984-02922013000300016
- United Nations Office on Drugs and Crime. (n.d.). Recuperado de: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pl/drogas/marco-lega.html>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017 junho 29). *OPAS/OMS e UNODC expressam preocupação com as ações sobre drogas em São Paulo*. Recuperado de <https://bit.ly/2smyqkM>

Recebido: 10/04/2018
Aprovado: 26/04/2018