



Universidade Federal
de São João del-Rei

TATIANE JAQUES COIMBRA

**ALCOOLISMO E TOXICOMANIA: impasses e possibilidades na clínica
psicanalítica, o analista nas instituições.**

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2023

TATIANE JAQUES COIMBRA

ALCOOLISMO E TOXICOMANIA: impasses e possibilidades na clínica psicanalítica, o analista nas instituições.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos e Filosóficos da Psicologia.

Orientador: Dr. Pedro Sobrino Laureano

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2023

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C679a Coimbra, Tatiane Jaques.
ALCOOLISMO E TOXICOMANIA : impasses e
possibilidades na clínica psicanalítica, o analista
nas instituições / Tatiane Jaques Coimbra ;
orientador Pedro Sobrino Laureano. -- São João del
Rei, 2023.
128 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Psicologia) -- Universidade Federal de São João del
Rei, 2023.

1. ALCOOLISMO. 2. TOXICOMANIA. 3. CAPS AD. 4.
PSICANÁLISE. 5. SAÚDE MENTAL . I. Laureano, Pedro
Sobrino, orient. II. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 4 / 2024 - PPGPSI (13.24)

Nº do Protocolo: 23122.010679/2024-40

São João del-Rei-MG, 01 de abril de 2024.

A Dissertação **ALCOOLISMO E TOXICOMANIA: impasses e possibilidades na clínica psicanalítica, o analista nas instituições**

elaborada por **Tatiane Jaques Coimbra**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRA EM PSICOLOGIA

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Roberto Lopes Mendonça (UNIFOR)
Assinado por concordância com ata de defesa realizada por videoconferência

(Assinado digitalmente em 01/04/2024 15:50)
FUAD KYRILLOS NETO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DPSIC (12.25)
Matrícula: 1802906

(Assinado digitalmente em 01/04/2024 15:54)
PEDRO SOBRINO LAUREANO
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 093.381.277-96

Visualize o documento original em <https://sipac.ufsj.edu.br/public/documentos/index.jsp>
informando seu número: 4, ano: 2024, tipo: ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO, data de
emissão: 01/04/2024 e o código de verificação: c23caf2474

Dedico esta dissertação única e exclusivamente a ele, minha fonte inspiradora: Roberto Mendonça. A você que exerce várias funções na minha vida, tanto profissional quanto pessoal. Obrigada por tanta gentileza, paciência, sabedoria e simplicidade, você é diferenciado! Obrigada pelo incentivo. Sem você isso não seria possível. Você brilha! Gratidão!

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Pedro Sobrino Laureano, meu orientador, pela manifestação incondicional de apoio e disponibilidade na acolhida de meu tema, pela compreensão nos momentos difíceis. Por ser gentil e tolerante. Obrigada pelas orientações pontuais, assertivas e sem cobrança excessiva, desta forma, foi possível finalizar no tempo que necessitei. Gratidão por tudo!

Ao Professor Dr. Fuad Kyrillos Neto, membro interno da banca examinadora, obrigada pelas aulas maestrais e por tanto conhecimento. Gratidão pelas pontuações claras e concisas na Qualificação. Você é essencial na construção do conhecimento. Aprendo muito com você, minha eterna gratidão!

Ao Dr. Roberto Mendonça, por não medir esforços para participar como membro externo da banca examinadora. Obrigada pela leveza e conhecimento, por me acompanhar sempre. Gratidão!

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).

Ao secretário do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) Adam Fogaça por toda disponibilidade, agilidade e gentileza.

Aos meus familiares pelo apoio e compreensão, principalmente nas faltas!

Ao Rodrigo, por sempre me ouvir e apoiar, nos momentos de desespero me lembrar o motivo da dissertação. Obrigada por ser tão único. Você tem a capacidade de trazer paz no caos.

Por fim, não menos importante, agradeço ao professor Dr. Christian Dunker pela disponibilização do repositório de Figuras de Lacan no site do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip). Agradeço também à Mirna Mendonça e ao Roberto Mendonça que confeccionaram as figuras do repositório. Saibam que elas colaboraram de forma especial com a minha dissertação. Gratidão!

Epígrafe

Da pele para dentro começa a minha exclusiva jurisdição. Eu elejo aquilo que pode ou não cruzar essa fronteira. Sou um estado soberano e os limites da minha pele são muito mais sagrados que os confins políticos de qualquer país.

Anônimo contemporâneo.

RESUMO

Verifica-se a construção do conhecimento relacionado ao campo de álcool e outras drogas, ligados as instituições e principalmente a instituição CAPS ad. Busca-se a qualificação acerca do debate ligado a esse campo causador de engodo, seus contextos, discursos e propostas de tratamento, envolvendo os temas concernentes à Psicanálise e saúde mental. A abordagem sobre o sujeito, suas relações com a cultura, instituições, reforma psiquiátrica, formas de tratamento e suas políticas, utilizadas para dar corpo a discussão, problematizando a singularidade e função do tóxico para cada sujeito, o analista na instituição e sua aposta no surgimento do desejo do sujeito. Investigação sobre processo de estigma de pacientes usuários de álcool e outras drogas, aplicadas ao campo institucional, a relação transferencial seus impasses e possibilidades. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de referencial teórico psicanalítico com discussões de autores referências no campo, tanto da psicanálise quanto da saúde mental e instituição. Com base na sistematização dos dicionários e manuais, disponibiliza-se recursos para a compreensão das questões relacionadas a utilização das drogas e suas formas de avaliação. Apresenta-se vinhetas clínicas que buscam exemplificar pontos sobre toda problemática tratada. A clínica com usuários de álcool e outras drogas apresenta vários impasses, alguns em decorrência da própria utilização do tóxico e suas obscuridades, outras relacionadas ao estigma dos profissionais, e em termos psicanalíticos, resistência. A clínica com toxicômanos e alcoolistas é possível, desde que o analista se disponha a soltar as amarrações imaginárias e dê um lugar para invenção tão necessária e importante ao surgimento de um novo lugar para o paciente e seu desejo. É necessária a aposta no sujeito, o analista na instituição é capaz de subverter os impasses e abrir espaço entre o usuário e objeto tóxico, o produto do capitalismo. Aposta-se no amor como saída, amor de transferência.

Palavras-chave: Toxicomania; Alcoolismo; Psicanálise; Saúde mental; CAPS ad.

ABSTRACT

The construction of knowledge related to the field of alcohol and other drugs is verified, linked to institutions and mainly to the CAPS ad institution. The aim is to qualify the debate linked to this misleading field, its contexts, discourses and treatment proposals, involving themes concerning Psychoanalysis and mental health. The approach to the subject, its relations with culture, institutions, psychiatric reform, forms of treatment and its policies, used to flesh out the discussion, problematizing the singularity and function of the drug for each subject, the analyst in the institution and his commitment to emergence of the subject's desire. Investigation into the stigma process of patients who use alcohol and other drugs, applied to the institutional field, the transference relationship, its impasses and possibilities. This is a bibliographical research on psychoanalytic theoretical references with discussions by reference authors in the field, both in psychoanalysis and in mental health and institutions. Based on the systematization of dictionaries and manuals, resources are available for understanding issues related to the use of drugs and their forms of assessment. Clinical vignettes are presented that seek to exemplify points about the entire problem addressed. The clinic with users of alcohol and other drugs presents several impasses, some due to the use of the drug itself and its obscurities, others related to the professionals' stigma, and in psychoanalytic terms, resistance. The clinic with drug addicts and alcoholics is possible, as long as the analyst is willing to loosen the imaginary ties and give a place for invention that is so necessary and important for the emergence of a new place for the patient and his desire. It is necessary to invest in the subject, the analyst in the institution is capable of subverting impasses and opening space between the user and the toxic object, the product of capitalism. We bet on love as a way out, love of transference.

Keywords: Drug addiction; Alcoholism; Psychoanalysis; Mental health; CAPS ad.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABORDA - Associação Brasileira de Redução de Danos

AA - Alcoólicos Anônimos

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

APS - Atenção Primária a Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas

CESeC - Centro de Estudos de Segurança e Cidadania

CIT – Comissão Intergestores Bipartite

CT - Comunidade Terapêutica

DAP - Divisão de Assistência a Psicopatas

DNS - Departamento Nacional de Saúde

DOU – Diário Oficial da União

E MULTI - Equipe Multidisciplinar Ampliada

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IHRA - Associação Internacional de Redução de Danos (International Harm Reduction Association - IHRA)

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

ONG - Organização Não-Governamental

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAM – Pronto Atendimento Municipal

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PROAD - Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes

PROERD – Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência

PSF - Programa Saúde da Família
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
REDUC -Rede Brasileira de Redução de Danos
RD - Redução de Danos
RP - Reforma Psiquiátrica
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAP - Serviço de Assistência a Psicopatas
SENAD - Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas
SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais
SPA - Substâncias Psicoativas
SRS - Superintendência Regional de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UA - Unidade de Acolhimento Transitório
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFSJ - Universidade Federal de São João del-Rei
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Os quatro discursos montados.....	91
Figura 2 – Os lugares.....	91
Figura 3 – O Discurso do Capitalista.....	93
Figura 4 – Toxicomania na neurose.....	104
Figura 5 – Toxicomania na psicose.....	104

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 CONCEITUALIZAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS	17
2.1 USO	22
2.2 ABUSO.....	23
2.3 DEPENDÊNCIA	25
2.3.1 Dependência química	27
2.3.2 Dependência psíquica	28
2.4 INTOXICAÇÃO.....	29
2.5 ADICÇÃO/ADIÇÃO	31
2.6 ALCOOLISMO/ALCOÓLATRA/ALCOÓLICO.....	33
2.6.1 Alcoolismo	34
2.6.2 Alcoólatra.....	35
2.6.3 Alcoólico	36
2.7 VÍCIO	37
2.8 TOXICOMANIA.....	38
3 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS CAPS AD	44
3.1 REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL.....	51
3.2 A POLÍTICA DE ABSTINÊNCIA E A GUERRA ÀS DROGAS.....	57
3.3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	60
3.4 ESTIGMA E SEGREGAÇÃO: MANICÔMIO SEM MUROS.....	64
3.5 QUAL PSICANÁLISE PARA QUAL SAÚDE MENTAL?	70
4 CLÍNICA PSICANALÍTICA EM INSTITUIÇÕES	76
4.1 A FUNÇÃO SOCIAL DA PSICANÁLISE APLICADA NO CAMPO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	76
4.2 A PRÁTICA ENTRE VÁRIOS: A PSICANÁLISE NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL	83
4.3 O LUGAR DA CLÍNICA.....	86
4.4 BREVES COMENTÁRIOS SOBRE OS DISCURSOS	90
4.4.1 O discurso do capitalista e o gozo cínico.....	92

4.5 TOXICOMANIA E TRANSFERÊNCIA	97
4.5.1 Experiências e vinhetas	106
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
6 REFERÊNCIAS	116

1 INTRODUÇÃO

A problemática das drogas não é apenas um dos fenômenos mais peculiares de nosso tempo, mas também um terreno de engodo no campo social e imaginário. A *Guerra às Drogas* parece ter conseguido estreitar as discussões, criando inúmeros impasses. O *diga não às drogas*, não alcançou completamente seu tão sonhado objetivo, e a princípio está perdido, principalmente na relação do sujeito frente ao Discurso do Mestre Moderno e o consumo frente ao mal-estar. Faz-se necessário qualificar o debate sobre as drogas, em um contexto de omissões, distorções, interesses velados e senso comum. Devemos nos tornar atores políticos, agentes na produção e circulação do conhecimento. As informações equivocadas servem para utilização de recursos públicos de forma errônea, como o aumento de verbas para Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos.

Problematizando a sociedade e suas práticas culturais, assistimos às comemorações regadas a bebidas alcoólicas - raríssimas vezes elas faltam nas celebrações. Ainda que exista o *aval* cultural para tais práticas, estamos acostumados a atribuímos valores: positivo ou negativo (julgamentos morais), de acordo com os mais variados usos. Partindo desse ponto surgem também os estigmas e as segregações.

As drogas não são apenas produtos que tem ação farmacológica: são produtos de uma sociedade que faz um uso milenar para alívio da miséria humana. Antes das leis de repressão, segundo Escotado (1997, p. 35), a definição geralmente mais aceita era a grega: “*Phármakon* é uma substância que é remédio e veneno ao mesmo tempo; não uma coisa ou outra, mas ambas ao mesmo tempo”. Cita ainda Paracelso, “somente a dose faz de alguma coisa veneno”.

O indesejável do relaxamento é parvoíce, a conversa fiada estúpida ou repetitiva, a insensibilidade, a avidez sem juízos, o malefício ao corpo e o arrependimento do dia seguinte. O desejável do relaxamento é a jovialidade, a comunicação, o desnudamento. Como sempre, o fármaco é veneno e cura, remédio e poção, que apenas a conduta individual converte em uma coisa, em outra coisa, ou em um meio termo (Escotado, 1997, pp. 125-126).

Logo, precisamos extrair qual a função do tóxico para cada sujeito, pois esta é única para cada um.

O presente trabalho nasce dos impasses e avanços da clínica¹ com alcoolistas e toxicômanos, clínica aqui tomada amplamente, representando não somente a ideia de consultório, mas também sobre o *setting* nos dispositivos advindos da Luta Antimanicomial.

Nobre (1999) postula que a pesquisa em Psicanálise deve ser motivada pela experiência que afeta o pesquisador, logo o desejo de investigar surgiu a partir de um incômodo: incômodo este que se formulou no período de um trabalho em um CAPS ad III (abril de 2015 a agosto de 2018) e retornou no período de 25 de julho de 2022 a 05 de junho de 2023. Muitas eram as questões e ainda são: longos períodos de pacientes em permanência-dia, excessos de internações *voluntárias* em Comunidades Terapêuticas (o CAPS como uma sala de espera para a internação, pacientes inseridos em hospitalidade noturna), e principalmente falas e comportamentos que sugerem certa estigmatização. As falas de colegas da microrregião eram carregadas de estigma em relação ao campo do álcool e drogas, não somente no desenvolvimento do trabalho no CAPS, como também em reuniões da Superintendência Regional de Saúde (SRS).

A partir da teoria psicanalítica, tentaremos considerar algumas soluções possíveis aos impasses no manejo clínico no campo do álcool e outras drogas, partindo do trabalho do analista nas instituições que atendem usuários de tal campo. Buscaremos elaborar a diferenciação entre a toxicomania e as demais formas de uso de substâncias psicoativas, apresentando as possibilidades de atendimento em instituições de tratamento de álcool e outras drogas, especificamente, em um CAPS ad. Partiremos de vinhetas clínicas para exemplificar o que falamos e para tentar pensar/analisar possíveis intervenções que permitam ao sujeito que se intoxica estabelecer outras formas de laços.

Partindo do pressuposto que um paciente estigmatizado não investe sua energia libidinal no processo transferencial, buscaremos investigar se há uma estigmatização dos usuários de álcool e outras drogas por profissionais da saúde mental e em que medida isso produz efeitos na relação transferencial, afinal, se não há transferência, não há análise.

Segundo Iribarry (2003) a pesquisa psicanalítica, jamais poderia exigir uma sistematização completa, justamente por trabalhar com a impossibilidade de previsão do inconsciente. Ele compara o trabalho de análise ao da pesquisa: ao se formar um analista este coloca seu estilo e se marca como analista para o outro. Assim também se dá com a pesquisa

¹ Clínica tomada de forma ampla. Sempre que nos referimos a clínica, estaremos nos referindo ao campo, e não a ideia de estrutura física de consultório.

em Psicanálise: o autor se apropria da pesquisa após pesquisar o método freudiano e singulariza sua pesquisa.

Luciano Elia (2000) citando Freud, argumenta que a metodologia de pesquisa em Psicanálise deve incluir a transferência em suas condições estruturais de pesquisa. Nas palavras de Freud (1912a/1996, p. 128) "uma das reivindicações da Psicanálise em seu favor é indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem". Desde Freud, teoria, investigação e clínica se entrelaçam e se complementam. A Psicanálise, ao romper com o conceito de clínica tradicional instaura a clínica da investigação.

Visto que a pesquisa em Psicanálise tem na clínica seu amparo e que partir do material clínico a pesquisa ganha sua originalidade, Lo Bianco (2003, p. 120) faz apontamentos:

uma vez que a clínica desempenha um papel tão decisivo na pesquisa, o analista é aí objeto tanto quanto o analisante e as produções inconscientes que emergem na cena analítica. A consequência mais imediata é que o pesquisador não é apenas uma variável a ser controlada, pois fala de determinado lugar e, com sua fala, é causa do que emerge na sessão.

Nesse sentido, o autor da pesquisa é o participante fundamental, é uma premissa básica entre mundo subjetivo do pesquisador e o mundo objetivo da realidade investigada (Iribarry, 2003).

A Psicanálise foi colocada por Freud como um método de investigação das neuroses. Tal qual a Física e a Química, ele tentou fazer daquela uma ciência, porém com o passar do tempo e de suas investigações, percebeu que eram discursos diferentes.

De fato, nenhuma ciência, nem mesmo a mais exata, começa com tais definições. O verdadeiro início da atividade científica consiste antes na descrição dos fenômenos, passando então a seu agrupamento, sua classificação e sua correlação. Mesmo na fase de descrição não é possível evitar que se apliquem certas ideias abstratas ao material manipulado (Freud, 1915/1996, p. 123).

O método psicanalítico de investigação não busca chegar a uma verdade universal ou a conclusões específicas, pois está sempre aberto a mudanças. Não se trata de um processo conclusivo, mas sim investigativo. Clínica e teoria são indissociáveis, são complementares.

Em nosso caso, partiremos de apontamentos de atendimentos realizados em um CAPS ad do interior de Minas Gerais e de casos já publicados por autores contemporâneos, buscando discutir o que se extrai: função da droga, intervenções dentro das instituições e algumas saídas possíveis para tentar teorizar nosso problema de pesquisa. Buscaremos fazer tudo isso

articulando o que foi extraído do campo clínico juntamente com as fontes teóricas, isto é, a teoria psicanalítica de Freud, Lacan e as elaborações de autores contemporâneos que trazem suas contribuições ao campo da *toxicomania*.

Pensando com Mezan (2006), propomos uma pesquisa da teoria embasada na clínica, pois estas são indissociáveis: teoria e clínica se entrelaçam, ou seja, o que propomos é diferente de uma pesquisa sobre a teoria psicanalítica. Buscaremos possíveis soluções aos impasses mencionados.

O interesse por esta dissertação nasceu também do desejo de desenvolver pesquisas na área da saúde mental, buscando influenciar na produção de conhecimento, nas práticas no campo da psicologia e também um posicionamento ético e político que nós somos convocados nesse momento de retrocessos.

Colocados estes pontos, resta discutir: quais seriam as dificuldades adicionais na relação transferencial se existir o processo de estigma? Como promover o laço do sujeito com o analista? É possível que o analista na instituição promova a hiância do toxicômano com o objeto-droga para dar início ao tratamento?

No primeiro capítulo faremos as várias distinções que achamos ser importante para clínica, dentre elas: uso, abuso, dependência química e psíquica, intoxicação, adicção/adição, alcoolismo, vício e toxicomania, para podermos compreender os termos e suas funções, delimitando assim nosso campo: uma investigação pontual das categorias. Em se tratando da questão biológica, as drogas são utilizadas para afetar o estado de consciência, causam modificações no estado mental, comportamentos e sensações dos indivíduos, agem inicialmente no sistema nervoso central. Elas se dividem em três grupos, depressoras, estimulantes e perturbadoras, traremos essa distinção também.

No segundo capítulo apresentaremos a história da saúde mental no Brasil, a reforma psiquiátrica, o nascimento dos CAPS, as formas de segregação e estigma, o manicômio sem muros internalizados pelas práticas dos profissionais; esses elementos são de fundamental importância para nosso campo de discussão e prática.

No terceiro capítulo buscaremos discutir a clínica psicanalítica nas Instituições, o lugar reservado a ela, seus impasses, a transferência e sua importância.

Nas nossas considerações finais, buscaremos responder o nosso problema de pesquisa.

2 CONCEITUALIZAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS

O presente capítulo visa introduzir o conjunto de conceitos e classificações da relação entre o sujeito e o objeto droga: uso, abuso, dependência química e psíquica, intoxicação, adicção/adição, alcoolismo, vício e toxicomania. Nesse ponto, iremos abordar os principais conceitos utilizados nos mais variados discursos, tanto aos que circulam no senso comum, quanto aos que circulam em meio acadêmico e profissional. Para isso, buscaremos apresentar sem sermos exaustivos, as descrições, significados, etimologias etc. Autores como Paulo Dalgalarrondo, Antonio Escohotado e outros, colaboram com tal entendimento e problemática.

Pensamos que tal descrição seja importante para viabilizar o entendimento de tais termos em meios acadêmicos, a compreensão nas discussões de casos clínicos das equipes de saúde mental e também uma forma de exemplificar como se dão as avaliações, principalmente em serviços públicos. Essas descrições são de extrema importância para viabilizar uma boa avaliação de fato e evitar mais impasses em relação ao que já temos. Segundo o neurocientista Carl Hart (2014) os dados científicos mal interpretados baseados em relatos episódicos de uso de drogas, colabora para a estigmatização e também adoção de políticas erradas. Não é difícil exemplificar tal problemática, não raro são expedidas internações compulsórias baseadas nas avaliações dos profissionais, já que o poder judiciário só define de fato sobre a internação após o relatório do profissional de nível superior.

É interessante ressaltar que em grande parte dos textos e artigos não fica clara a definição/distinção entre as nomenclaturas usadas nas literaturas (dependência química, adicção e toxicomania). Essa busca não é para categorizar o sujeito, mas sim para realizar distinções essenciais para clínica, do que se fala, de quem se fala, do que se trata e qual discurso predominante na voz do emissor.

Os termos são construções históricas e a história social da linguagem é basicamente uma questão de poder. Eles são representações sociais, de interesses que podem ser políticos, ou podem ser ligados aos interesses das instituições, das classes ou dos grupos sociais.

Os escravos do capitalismo todas as sextas-feiras publicam em seus status: *sextou!* O *sextou* significa uma forma de aliviar as tensões decorridas da semana, uma autorização para beber, já que a pessoa trabalhou/produziu, é o famoso *Eu mereço*.

Em especial, a cultura tem um apreço especial pelo álcool. Atualmente, uma das cervejas mais populares, traz em sua *nova identidade visual* a seguinte escrita: “Leve e refrescante pra

diversão ir mais longe” (Ambev S.A., 2022), abaixo da frase quatro desenhos, a saber: o guarda-sol, a churrasqueira, a caixa de som e uma onda de praia, ou seja, a representação de paz, comemoração e diversão. Nenhuma advertência em relação ao excesso de sua utilização ou suas implicações danosas, como tem vindo nos maços de tabaco.

Com todo arsenal de diagnósticos e toda potência da indústria farmacêutica, não seria diferente a continuidade da variedade de nomenclaturas com o campo do álcool e outras drogas, pois é sedutor e rentável. O mais interessante é a proposta de *tratar as drogas (ilícitas), com outras drogas (medicamentos), com o mesmo potencial viciante*. Existem medicações para fissura, para diminuir à *vontade de beber*, para abstinência, para acordar, parar dormir, para suportar horas de trabalho. Não há problemas em se drogar com drogas lícitas, prescritas que movimentam o mercado do capitalismo e gera renda.

A ciência da farmacologia vem tornando disponíveis para a humanidade recursos técnicos para a produção de estados de consciência alterada, ou, em outras palavras, técnicas para a intervenção planejada sobre a subjetividade, com o poder de produzir mecanismos mentais específicos, como determinados estados de humor, de prazer, de excitação de capacidades sensoriais, perceptivas, intelectivas, cognitivas, mnemônicas e emocionais (Carneiro, 2002, p. 6).

Muito se fala em vício, descontrole, dependência, compulsão etc., mas não existe clínica de internação para *tratamento* ou grupo de autoajuda para quem realiza práticas excessivas tais como compulsão por compras, jogos, internet, alimentação, pornografia/sexo. Isto porque o capitalismo vive das mazelas de sua sociedade. A sociedade contemporânea é *viciada*, mas para os drogados existem os grupos de autoajuda, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor exigente, CT., pois neste sentido, gera mais lucro.

Afinal, o que define a dependência? O termo dependência parece carregar uma carga de questões sociais, institucionais e familiares. Vários são os dizeres, do mais simples ao mais controverso. O *fantasma* ronda o mundo e causa o *pior flagelo* da humanidade. Parece ser mais perigoso que o vírus do SARS-CoV-2.

Dentre os conceitos mais polêmicos, estão as discussões sobre os conceitos de Toxicomania e Dependência Química, são objetos controversos entre diferentes campos do saber, da neurociência à antropologia, estão intrinsecamente relacionadas a aspectos da política, como prevenção, cuidado, tratamento etc. Não há como falar do campo de avaliação e intervenções/tratamento, sem ao menos investigar a natureza do fenômeno da relação do sujeito com a substância. Acreditamos que a forma de condução clínica seja diferente em cada situação.

Para trabalharmos as definições que nos propomos, partiremos dos Dicionários da Língua Portuguesa (Aurélio, Priberam online, Silveira Bueno e Michaelis online); Gramáticas (Cegalla e Evanildo Bechara); Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa (DELPo); Dicionários de Latim (Ernesto Faria e Francisco Antônio de Sousa); e dos Manuais diagnósticos: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V) e de outras literaturas que se demonstraram imprescindíveis.

Antes de passarmos às definições que buscamos, vejamos um pouco do que a Organização Mundial de Saúde propõe quanto à forma de uso e à classificação das drogas, iniciando por sua definição. A OMS define droga como qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (Organização Mundial de Saúde, 1993).

Para OMS, existem três formas de classificar o consumo de drogas psicoativas, mesmo sem quantificar o consumo. São elas: uso, abuso e dependência química, descritas das seguintes formas. Uso: é descrito o uso de forma geral, conhecido como uso social, podendo ser episódico ou esporádico. Abuso: padrão mal-adaptativo ou excessivo de substâncias psicoativas, manifesta-se consequências clínicas recorrentes e significativas, relacionadas ao uso da substância e Dependência Química: consumo descontrolado e associado com agravamento na esfera física, psíquica e social da vida, trazendo problemas graves ao indivíduo (Organização Mundial de Saúde, 1993). Veremos estes três modos de consumo mais detalhadamente adiante.

As drogas são utilizadas para afetar o estado de consciência, causam modificações no estado mental, comportamentos e sensações dos indivíduos, agem inicialmente no sistema nervoso central. Elas se dividem em três grupos, depressoras, estimulantes e perturbadoras.

- Depressoras: são conhecidas como *calmantes da vida psíquica*, inicialmente causa euforia, posteriormente reduz as atividades cerebrais, reduz a atividade motora, diminui memorização, concentração, relaxa. Dentre elas podemos citar, álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos etc (Organização Mundial de Saúde, 1993).
- Estimulantes: conhecidas como *estimulantes psíquicos*, acelera as atividades dos sistemas neuronais, como consequências causa estado de alerta exagerado e insônia. Dentre elas: tabaco, cocaína, crack, anfetaminas etc (Organização Mundial de Saúde, 1993).
- Perturbadoras: conhecidas como *agentes alucinógenos*, produzem alterações qualitativas no funcionamento cerebral, na sensopercepção, podem causar

delírios ou alucinações. Dentre elas: maconha, ecstasy, alucinógenos e anticolinérgicos. Delírio aqui tem um sentido mais genérico, menos estrito, já que este tipo de fenômeno associado a alguma substância se chama *delirium* (Organização Mundial de Saúde, 1993).

Dentre os descritores da CID 10 (Organização Mundial de Saúde, 1993) e do DSM V (Associação Psiquiátrica Americana, 2014) na evolução do uso para o abuso e depois para dependência, o que está em jogo são os sintomas a seguir: tolerância, abstinência, fissura e uma proposição importantíssima, interessante de ser notada, a lógica diagnóstica criada pelo capitalismo, *a droga ser privilegiada em detrimento de qualquer atividade ou obrigação*, ou seja, o importante é ser produtivo, mesmo que o indivíduo se drogue.

Faremos uma breve apresentação sobre as definições da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) e do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) para contribuir para o entendimento dos possíveis leitores de graduação.

O agrupamento F10 a F19 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) é reservado para a categoria denominada *Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas*, esse por sua vez, descreve os transtornos que se diferenciam pela gravidade variável e por seus sintomas, porém mantém algo em comum, o uso de uma ou mais substâncias psicoativas, O primeiro caractere indica a *família*, o segundo e terceiro indicam a substância e categoria do transtorno F10 Álcool, F11 Opióides, daí em diante, até F19 (Organização Mundial de Saúde, 1993).

O quarto e quinto caracteres indicam as condições clínicas, F10.20 (atualmente abstinentes), F 10.21 (atualmente abstinentes, porém em ambiente protegido) etc.

Temos as subdivisões, que são apontadas como o quarto caractere: (0) intoxicação aguda, (1) uso nocivo à saúde, (2) síndrome de dependência, (3) síndrome (estado) de abstinência, (4) síndrome de abstinência com *delirium*, (5) transtorno psicótico, (6) síndrome amnésica, (7) transtorno psicótico residual ou de instalação tardia, (8) outros transtornos mentais ou comportamentais e (9) Transtorno mental ou comportamental não especificado. Daremos ênfase a duas que nos interessam, uso nocivo à saúde (1) e síndrome de dependência (2) (Organização Mundial de Saúde, 1993).

Para o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM V) os *Transtornos relacionados a Substâncias* são descritos da seguinte forma.

São apresentadas dez classes distintas de drogas que têm a ver com os transtornos relacionados à substância: álcool; cannabis; alucinógenos; inalantes; opióides; sedativos; hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes; tabaco e outras substâncias. São diferentes os mecanismos farmacológicos pelos quais cada classe de drogas produz recompensa, as drogas geralmente ativam o sistema de recompensa e geram sensações de prazer, frequentemente denominadas de *barato* ou *viagem* (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

Uma característica importante dos transtornos por *Uso de substâncias* é uma alteração básica nos circuitos cerebrais, que pode persistir após a desintoxicação, em especial em indivíduos com graves transtornos (Associação Psiquiátrica Americana, 2014). Basicamente, os critérios entre CID 10 e DSM V são iguais neste sentido.

Após estas apresentações, evocaremos Saussure para justificar o motivo da pesquisa sobre as etimologias das palavras, que faremos nos itens seguintes. Dessa forma podemos tratar conceitos de maneira que tragam explicações condizentes com a realidade, pois a própria palavra passa a ser tomada como objeto da pesquisa. O linguista nos diz que a etimologia, não sendo “nem uma disciplina distinta, nem uma parte da Linguística evolutiva”, mas sim, “uma aplicação especial dos princípios relativos aos fatos sincrônicos e diacrônicos [...] remonta o passado das palavras até encontrar algo que as explique” (Saussure, 1995/1916, p. 219). A propósito desta função:

a etimologia toma emprestados seus elementos de (informação) tanto (da) fonética, (quanto da) morfologia, (da) semântica etc. Para alcançar seus fins, serve-se de todos os meios que a Linguística lhe põe à disposição, mas não detém sua atenção na natureza das operações que está obrigada a levar a cabo (Saussure, 1995/1916).

Desta feita, em cada verbete seguiremos a mesma ordem, sempre que possível: os significados comuns encontrados nos dicionários de língua portuguesa citados acima; posteriormente o significado que surge de forma diferenciada em cada um deles; após isso apresentaremos a etimologia do verbete; em seguida tomaremos definições dos manuais de diagnóstico citados e/ou descrições de comentaristas sobre o tema, seguido de uma pequena definição que resume o verbete, esta elaborada por nós. Ao final de cada verbete também apresentaremos vinhetas que ilustrem tais conceitualizações.

2.1 USO

Começaremos pela noção de uso, talvez a mais difundida em nosso meio. Existem várias descrições dos significados, selecionaremos o que diz de nossa realidade de trabalho.

A palavra *Uso* tem os mesmos significados nos Dicionários Aurélio (Ferreira (a), 2010, p. 769), Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (Priberam, s.d.)² e Michaelis (Michaelis, s.d.)³: ato ou efeito de usar (-se); costume, hábito.

No Dicionário Priberam encontramos acrescidos: usança, prática consagrada e constante. Ato ou efeito de se servir de algo; continuação, frequência. Conhecimento adquirido pela prática. A própria prática. Moda.

No Dicionário Silveira Bueno (2010, p. 573) encontramos somente com o verbo no infinitivo - usar: por em uso, por em prática, costumar, trazer habitualmente.

No Dicionário Michaelis encontramos ainda: prática estabilizada e consagrada pela tradição; utilização de algo que serve a uma determinada finalidade.

Nas etimologias temos: DELPo (DELPo, s.d.)⁴, Silveira Bueno e Michaelis: palavra derivada do latim *usus*; Aurélio: Latim *Usu.*, Priberam: não encontrado. E no Dicionário Escolar Latino – Português encontramos: *Ūsus*: Uso, hábito, costume. Necessidade, que é necessário a, aquilo que se tem necessidade (Faria, 1962, p. 1003).

Segundo Escohotado (1997, p.30) podemos falar de uso individual ou coletivo, uso antigo e moderno. “Porém, talvez a forma mais simples de abranger o consumo de drogas seja distinguir seus empregos festivos, empregos lúdicos ou recreativos e empregos curativos e terapêuticos”.

A característica essencial de um transtorno por uso “consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância” (Associação Psiquiátrica Americana, 2014, p. 483). Aqui o critério baseia-se em um padrão patológico e não somente o uso casual. Critérios: baixo controle, deterioração social, uso arriscado e critérios farmacológicos; forte desejo de usar; muito tempo gasto para obter, usar ou se recuperar dos

² <https://dicionario.priberam.org/uso>

³ <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/uso/>

⁴ https://delpo.prp.usp.br/~delpo/consulta/consulta_hiperlema.php?hiperlema=uso

efeitos; fissura; as atividades giram em torno da substância (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

Baseado nas definições acima, podemos notar que o verbete uso está relacionado em linhas gerais com: Costume, hábito; prática consagrada e constante; utilização de algo que serve para uma determinada finalidade; aquilo que se tem necessidade. Escotado abrange as formas de uso: festivos, lúdicos ou recreativos, curativos e terapêuticos. Para APA categoriza-se o transtorno por uso a partir de problemas relacionados à substância.

Paciente Paula⁵ (25 anos) faz uso de Rivotril 2,5 mg (20 gotas/dia) receitado por seu médico psiquiatra e mais outros dois medicamentos antidepressivos, como uma “prática para uma determinada finalidade”, como descrito nos critérios acima. Sempre que tem dificuldades emocionais (religiosamente uma vez na semana), dobra a quantidade de Rivotril. Sente necessidade de recorrer sempre a tal prática. Busca a bebida alcoólica em outros momentos para alívio de sua tristeza, mas com menos frequência que o Rivotril. Consegue manter sua *vida produtiva* normalmente, apesar dos embaraços nas relações amorosas que são o ponto de fragilidade: quem ela é para o outro e o sentimento de rejeição constante.

2.2 ABUSO

A palavra *Abuso* nos Dicionários Aurélio (Ferreira (a), 2010, p. 7), Priberam (Priberam, s.d.)⁶ Silveira Bueno (2010, p. 4) e Michaelis (Michaelis, s.d.)⁷ têm o mesmo significado: mau uso, ou uso errado, excessivo ou injusto.

No Dicionário Priberam encontramos também: Desmando, desregramento. No Dicionário Silveira Bueno (2010, p. 4) a especificidade: uso condenável. No Dicionário Michaelis encontramos ainda: Abusão; Falta de moderação; exagero, excesso. Violação dos bons usos e costumes.

Quanto às etimologias encontramos: Aurélio: Latim *Abusu* (Ferreira (a), 2010). Silveira Bueno: abusos, de *abuti*, de ab + uti (2010, p. 4). Priberam: Latim *abusos- us*. Michaelis: Lat *abusus*. No Dicionário de Ernesto Faria encontramos *Abusus* como a utilização de uma coisa

⁵ Estes terão seus nomes modificados por nomes fictícios, para proteger suas identidades.

⁶ dicionario.priberam.org/abuso

⁷ michaelis.uol.com.br/modernoportugues/busca/portugues-brasileiro/abuso/

até seu esgotamento, consumação completa. Abutor: Consumir no uso e daí, usar até a consumação, consumir, gastar, dissipar. Usar desviando do uso normal. Abusar (Faria, 1956, p. 18). DELPo: não encontrado.

No Dicionário de Latim para português (Sousa, 1957, p. 11), encontramos o prefixo ab: Afastamento, separação. Ainda em sentido local: do lado de. Desses empregos concretos passou a ser usada em outras acepções deles derivadas, indicando: Procedência de, da parte de: Do lado de, do partido de, em favor de. A respeito de, quanto a, acerca de. Como provérbio, ab indica afastamento, ausência, e daí privação: abduco ‘levar para longe, afastar’. Cegalla: Ab, abs, a: indicam afastamento, separação, privação: abjurar, abnegado, abdicar, abs ter-se, abstermio, aversão, afastar (Cegalla, 1920/1993, p. 112).

Em Paulo Dalgarrondo, autor importante para a saúde mental e psicopatologia, encontramos a seguinte proposição: o abuso das substâncias psicoativas (SPA) ocorre quando existe um uso contínuo ou recorrente que pode levar a prejuízos ou sofrimento significativos (Dalgarrondo, 2008).

Uso nocivo para a saúde seria o que também é chamado de Abuso de uma substância psicoativa, modo de consumo prejudicial à saúde. Aqui falamos de complicações físicas (hepatite, HIV, advindas de aplicações de injeções para o uso de drogas) ou psíquicas (transtornos secundários ao uso da droga, depressão, dentre outros) (Organização Mundial de Saúde, 1993).

Abuso de Substância na CID 10 é descrito como uso nocivo. Um padrão considerado mal adaptativo de uso de substâncias. Descrição de uso repetido de situações de risco: perigo físico, problemas legais, sociais e interpessoais Critérios: 1. “Uso recorrente da substância resultando em fracasso no cumprimento das obrigações, na escola, trabalho, casa, negligência com filhos ou afazeres domésticos; 2. Uso recorrente da substância, em situações que gerem riscos físicos, operar máquinas ou dirigir veículo; 3. Uso contínuo apesar dos problemas sociais ou interpessoais persistentes/recorrentes, originados ou intensificados pelo uso (discussões com o cônjuge, brigas). Esses problemas devem estar presentes de maneira recorrente. O Abuso de Substância não inclui tolerância, abstinência ou um padrão de uso compulsivo como critérios (Organização Mundial de Saúde, 1993).

Para abuso podemos concluir a partir dos verbetes: Mau uso; uso errado; desregramento; exagero, falta de moderação; excesso; uso contínuo ou recorrente; violação dos bons usos e costumes; usar desviando do uso normal.

Paciente Lino, 50 anos, faz uso de etílicos sempre aos finais de semana, adora festas e não deixa de ir quando convidado. Cumpre com as descrições citadas: *falta de moderação*,

desregramento, dirige veículos quando prejudicados pelo uso (embriagado) e discute com a cônjuge, exagera e por fim viola os bons costumes. Quando abusa do álcool, é parado na blitz policial, ocasiona em multas altas e confusões, causa transtorno, pois para ser liberado para casa, alguém habilitado tem que buscá-lo. Faz uso de cocaína esporadicamente. Quando chega em casa, às vezes têm desentendimentos com a esposa e filhos. Porém é uma pessoa *bem quista* já que *sustenta sua família e nada falta*, ainda que cause confusões. Quando está sob o efeito de álcool, costuma chorar e queixar de seus familiares, desabafa neste momento. *Trabalha de segunda a sábado*, fator importante para sociedade.

2.3 DEPENDÊNCIA

A palavra Dependência nos Dicionários Aurélio (Ferreira (a), 2010, p. 226), Priberam (Priberam, s.d.)⁸ e Michaelis (Michaelis, s.d.)⁹ trazem em comum os seguintes significados: sujeição, subordinação.

Dicionário Aurélio traz ainda: estado de dependente. Necessidade de manter o uso de drogas.

No Dicionário Priberam encontramos ainda os seguintes significados: Domínio, possessão, pertença.

No Dicionário Silveira Bueno (2010, p. 143) Dependência foi encontrada como verbo no infinitivo (dependere). Estar na dependência, na sujeição de alguém.

No Dicionário Michaelis encontramos também: Condição de dependente, Estado em que se é obrigado a obedecer; submissão. O que resulta de um domínio ou possessão. Distúrbio caracterizado pela incapacidade de agir por vontade própria. Necessidade do consumo de medicamentos ou drogas.

Etimologia: DELPo (DELPo, s.d.)¹⁰ e Michaelis: Latim *dependentia*; Silveira Bueno: Latim *dependere*. Aurélio e Priberam, verbete não encontrado.

Dependeo: Pender de, estar dependurado. Dependere, derivar (Faria, 1956, p. 279).

⁸ dicionario.priberam.org/dependência

⁹ michaelis.uol.com.br/modernoportugues/busca/portugues-brasileiro/dependência/

¹⁰ https://delpo.prp.usp.br/~delpo/consulta/consulta_hiperlema.php?hiperlema=dependência

Para Dalgarrondo, a dependência à SPA é definida como um padrão mal adaptativo de uso, há repercussões físicas, psicológicas e sociais que resultam da interação entre o ser humano e uma substância psicoativa. “Há, na dependência, um grande envolvimento do sujeito com a substância; ele gasta muito tempo (e interesse afetivo) em atividades que implicam a obtenção ou o consumo da substância” (Dalgarrondo, 2008, p. 345). Interessante notar que não é usado o termo *droga*, necessário aqui, termos a implicação em relação aos psicotrópicos, pois eles também geram a dependência e como é um produto do capitalismo, não é levado tanto em consideração e nem tampouco são criticados, pelo contrário.

Segundo Escotado “parece oportuno não se adotar uma ideia simplista em relação ao hábito, e relacionar o costume de consumir drogas psicoativas com o consumo de qualquer outra coisa” (1997, p. 33). Segundo o autor, caímos no engodo com as propagandas banais, “tendemos a acreditar que as pessoas caem em dependência farmacológica por razões diferentes das que levam a contrair dependências sociais, higiênicas ou sentimentais. Isso não é correto” (Escotado, 1997, p. 33). Interessante essa proposição, ainda mais levando em consideração todo estigma que o usuário de álcool e outras drogas sofre. De alguma forma, sempre buscamos subterfúgio em algo, alguma *muleta* funciona, seja as relações afetivas, psicotrópicos etc.

A seguir, os critérios da CID 10:

A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes (Organização Mundial de Saúde, 1993, p. 10).

Não há uma descrição apenas de uso, já existe uma indicação relacionada a dependência. A presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, são características da dependência de substância. São necessários três ou mais critérios para a caracterização como Dependência de Substâncias. Os critérios são: 1. tolerância; 2. síndrome de abstinência; 3. comportamento compulsivo de drogas; 4. tempo gasto para obter a substância, usando-a ou recuperando-se de seus efeitos; 5. consumo em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido; 6. atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são reduzidas ou abandonadas e 7. fracasso da abstenção da droga diante dos problemas ocasionados (Organização Mundial de Saúde, 1993).

Talvez o conceito médico mais controverso do último século e meio seja o de “dependência” de drogas. Este é o termo hoje adotado como o mais indicado, de acordo

a uma nomenclatura normatizada internacionalmente pela OMS, mas antes dele houve outros termos análogos e igualmente oficiais em suas épocas, tais como “adição”, “hábito”, “transtornos da vontade”, “insanidade moral” (Carneiro, 2002, pp. 1-2).

O professor Dr. Henrique Carneiro contribui com seu ponto de vista sobre o *fantasma que ronda o mundo*. “A demonização do ‘drogado’ e a construção de um significado suposto para o conceito ‘droga’ alcança na época contemporânea um auge inédito. Um fantasma ronda o mundo, o fantasma da droga, alçado à condição de pior dos flagelos da humanidade” (Carneiro, 2002, p. 2).

Para dependência, concluímos dos dicionários citados: Subordinação; estado de dependente, pertença; necessidade do consumo de medicamentos ou drogas; comportamento compulsivo e tempo gasto para obter a substância. Os autores Paulo Dalgarrondo, Henrique Carneiro e Antonio Escohotado tentam trazer outras implicações para além da substância.

2.3.1 Dependência química

Após a escrita das definições de dependência, especificaremos as dependências: química e psíquica encontradas nas bibliografias que estamos utilizando.

Verbete encontrado apenas no Dicionário Michaelis (Michaelis, s.d.)¹¹. Encontramos para Dependência química: “distúrbio mental decorrente do consumo periódico ou contínuo de medicamentos ou drogas, cuja ausência pode alterar o estado psíquico do indivíduo, levando-o a consumir doses mais altas da substância química”. Retomaremos a dependência química ao longo do texto.

“Há uma tendência, nas últimas décadas, a expandir-se a noção de dependência química para outras dependências (como jogo, sexo, compras, internet, etc.)” (Dalgarrondo, 2008, p. 350). Interessante notar que o conceito que Dalgarrondo descreve como *dependência química* também é avaliado em outros contextos como *toxicomania*, porém não cabe aqui tal discussão, somente seu apontamento.

Com a descrição do verbe do Michaelis podemos pensar em inúmeros casos de pacientes que utilizam de forma *contínua* o medicamento/droga zolpidem. É um medicamento que produz questões complexas. Desencadeia comportamentos estranhos, como compras em

¹¹ <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/dependencia>

internet e conversas via telefone, por mensagem, sem que a pessoa se recorde no outro dia, apenas confirma ao ver as mensagens e quando familiares relatam.

Paciente Pedro, encaminhado pela médica do PSF ao CAPS ad para avaliação. No encaminhamento consta: “Paciente 43 anos, nega alcoolismo ou uso de drogas ilícitas, mas uso de destilados ocasionalmente, presenças de *bichinhos na pele* há 6 meses, não visualizáveis a olho nu. Realizou dois tratamentos prévios de escabiose com ivermectina + solução tópica, mas sem sucesso. Apresentou anteriormente tremores em mãos. Encaminhado para avaliação e conduta”. Na contrarreferência do profissional de nível superior do CAPS ad consta: “O paciente não deseja tratamento medicamentoso, não se justificando portanto, uma consulta com médico no CAPS. Melhor é o encaminhamento para atendimento dermatológico partindo do PSF”. Neste caso, a enfermeira do PSF ligou para a coordenação do CAPS ad e questionou a conduta, posteriormente foi discutido o caso nas reuniões clínicas semanais.

Problematizando a situação, mais uma vez reforçamos sobre a importância da avaliação cuidadosa, concluímos que: Alguns casos psicopatológicos ocorrem em associação com a síndrome de dependência do álcool, segundo o autor Paulo Dalgarrondo “dignos de nota são: o *delirium tremens* (importante lembrar que *delirium* está relacionado à questão orgânica); *alucinose alcoólica*, o *delírio de ciúmes* e a *embriagues patológica*” (Dalgarrondo, 2008, p. 349). O *delirium tremens* é uma forma grave de apresentação de síndrome de abstinência do álcool, um dos sintomas clássicos são as alucinações visuais, principalmente com insetos e animais pequenos, este quadro em questão é denominado zoopsias (Dalgarrondo, 2008). Concluímos que Pedro naquele momento apresentava o quadro de zoopsias. Ressaltamos que devido à dificuldade da avaliação/diagnóstico dos profissionais, um quadro tão importante como este que merece cuidado, passou despercebido, tanto na APS quanto no CAPS ad, comprometendo assim o prognóstico.

2.3.2 Dependência psíquica

No Dicionário Michaelis (Michaelis, s.d.)¹² encontramos: sensação de bem-estar que uma droga ou um medicamento proporciona, o que leva o paciente ao seu uso contínuo.

¹² <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/dependencia>

A dependência psíquica para Dalgalarrodo constitui-se de uma compulsão ao uso da substância. O indivíduo busca a obtenção de prazer ou a diminuição de desconforto. Quando ele não obtém a substância, experimenta ansiedade, raiva, desconforto geral e insônia. “Atualmente, a distinção rígida entre dependência física e psíquica/comportamental é cada vez mais criticada como excessivamente artificial” (Dalgalarrodo, 2008, p. 346).

Resumidamente podemos compreender a dependência psíquica como uma necessidade em relação ao bem-estar que a droga ou medicamento proporciona, busca-se a obtenção de prazer ou a diminuição de desconforto.

Paciente Cesário, 29 anos, usuário assíduo de cannabis, usa pelo menos 1 cigarro de maconha por dia. Faz atividade física e se conecta sempre com um grupo de colegas da época da graduação. Necessitou de dez anos para concluir a graduação que seria em cinco anos. Não se propõe a se relacionar afetivamente com namoros. Diz que dá trabalho, “eu gosto é de drogas e sossego”. Não trabalha e nem deseja. Não sente motivação para nada e não deseja diminuir o uso de cannabis, sente-se dependente. Importante pontuarmos que a falta da cannabis causa mais efeitos psíquicos que físicos, o desconforto ocorre na esfera da dependência emocional neste caso.

2.4 INTOXICAÇÃO

A palavra *Intoxicação* nos Dicionários Aurélio (Ferreira (a), 2010, p. 436), Priberam (Priberam, s.d.)¹³, Silveira Bueno (2010) e Michaelis (Michaelis, s.d.)¹⁴ trazem o mesmo significado em comum: envenenamento.

Nos Dicionários Priberam e Michaelis encontramos ainda o significado: ato ou efeito de intoxicar. Priberam especifica um pouco mais: Efeito de um veneno no organismo. Dependência física ou psíquica.

Nas Etimologias temos: Dicionário DELPo (DELPo, s.d.)¹⁵ e Michaelis nada além de sua derivação intoxicar+ção. Aurélio e Silveira Bueno: não encontrado; Priberam: *in-*

¹³ dicionario.priberam.org/intoxicacao

¹⁴ <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/intoxicacao>

¹⁵ https://delpo.prp.usp.br/~delpo/consulta/consulta_hiperlema.php?hiperlema=intoxicacao

+tóxico+ar. *Toxicum*: Veneno (em que embebiam as flechas). Veneno, tóxico (Faria, 1956, p. 974).

Os prefixos “In, i, em, em e, significam: para dentro, conversão em, tornar: ingerir, imerso, entesourar, engarrafar, engordar, entristecer, empalidecer, engolir, embarcar, emudecer” (Cegalla, 1920/1993, p. 113).

Em Dalgalarondo, a intoxicação é definida como uma síndrome reversível específica, com alterações de comportamento ou mentais, pode prejudicar o nível de consciência ou outras alterações cognitivas, causadas pela ingestão de substância psicoativa recentemente. (Dalgalarondo, 2008).

A intoxicação está associada com o abuso das substâncias. As alterações mais encontradas são perturbações da percepção, pensamento, vigília, atenção, comportamento interpessoal, julgamento e comportamento psicomotor. É levado em consideração à substância usada, dose, duração ou cronicidade da substância. Critérios: 1. O Desenvolvimento de uma síndrome de caráter reversível específica à substância devido à recente ingestão de uma substância; 2. Alterações psicológicas ou comportamentais significativas devidos ao efeito no sistema nervoso central, como “instabilidade do humor, prejuízo cognitivo, comprometimento da memória, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, que se desenvolvem durante ou logo após o uso da substância” (Organização Mundial de Saúde, 1993, p. 249).

Critérios diagnósticos da Intoxicação por álcool: “ingestão recente de álcool; alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas (p. ex., comportamento inadequado, alteração de humor, julgamento prejudicado) durante ou logo após a ingestão de álcool” (Associação Psiquiátrica Americana, 2014, p. 497). Um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas:

1. Fala arrastada, 2. incoordenação, 3. instabilidade na marcha, 4. nistagmo, 5. comprometimento da atenção ou da memória, 6. estupor ou coma. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância (Associação Psiquiátrica Americana, 2014, p. 497).

Resumindo a intoxicação, percebemos que aqui o que está em jogo é a substância, em linhas gerais significa envenenamento com alterações comportamentais e psicológicas. A intoxicação está associada com o abuso.

Emílio, 27 anos, usuário de cocaína, encaminhado ao CAPS ad após entrar em crise após abusar de cocaína e medicamentos, estava aspirando os medicamentos, ritalina e alprazolam.

Paciente tem estrutura neurótica obsessiva. No período de crise, desconfiava de tudo, mal dormia estava estimulado em decorrência das medicações. Concluímos que Emílio estava intoxicado. Foi admitido em Hospitalidade Noturna (24h/dia). Optamos pelo tratamento pautado pela via da palavra e nenhum medicamento, para que a desintoxicação total acontecesse.

2.5 ADICÇÃO/ADIÇÃO

Ad: indicam aproximação, passagem a um estado, tendência: ajuntar, avizinhar, apodrecer, admirar, adjacência (Cegalla, 1920/1993, p. 112).

As palavras Adicção e Adição são sempre trazidas na literatura, sem uma distinção clara. Ressaltamos que a política voltada para abstinência, referencia os *dependentes químicos* como adictos, ligado a palavra adicção.

No Dicionário Priberam (Priberam, s.d.)¹⁶ *Adicção* foi encontrada como dependência física ou psíquica.

Não encontramos a palavra *Adicção*, nos Dicionários Aurélio (Ferreira (a), 2010), Michaelis (Michaelis, s.d.) e Silveira Bueno (2010).

Na etimologia: DELPo (DELPo, s.d.), Aurélio, Michaelis e Silveira Bueno não foram encontrados resultados. Encontramos apenas no dicionário Priberam: latim *addictio,-onis*, condenação.

O autor Bento encontrou: “adicção”, surgindo no Império Romano como “escravização por determinação legal para pagamento de dívida”, reencontrou-se o antigo sentido grego de “paixão como escravização, sofrimento passivo, submissão a uma ação exterior sobre o corpo” (Bento, 2006, p. 181).

Como pudemos perceber, essas descrições são raras, ou seja, trata-se mais de um discurso tendencioso de determinada instituição. Podemos tomar Adicção como sinônimo de dependência química, dependência física ou psíquica ou também escravização, submissão.

¹⁶ dicionario.priberam.org/adicção

Já a palavra *Adição* no Dicionário Aurélio (Ferreira (a), 2010, p. 17), Priberam (Priberam, s.d.)¹⁷, Silveira Bueno (2010, p. 9) e Michaelis (Michaelis, s.d.)¹⁸ significa, ato ou efeito de adicionar ou de adir. Acréscimo, aditamento. No Dicionário Priberam ainda encontramos: Porção que se junta = Soma.

No Dicionário Michaelis encontramos também: Compulsão pelo consumo de drogas ou substâncias psicoativas.

No dicionário de Silveira Bueno (2010) temos: Latim *additionem, addere* ‘adir, somar’; no Priberam: Latim: *additō – onis*, adição, acrescentamento; Michaelis: latim *additō*.

Não encontramos a etimologia nos dicionários DELPo e Aurélio.

No Dicionário Ernesto Faria encontramos *Adjiciō* (adiciō): Dirigir ou voltar os olhos ou pensamento para alguém (Faria, 1956, p. 31).

A palavra *adição* não é aplicada como termo diagnóstico nesta classificação, embora seja de uso comum em vários países para descrever problemas graves relacionados ao uso compulsivo e habitual de substâncias (Associação Psiquiátrica Americana, 2014). São ditas adições comportamentais, comportamentos repetitivos, mas não são caracterizados como transtorno.

Resumidamente, todos os verbetes com o sentido de soma. Apenas no dicionário Michaelis encontramos o verbete que se aproxima da forma que ouvimos nos discursos sobre o uso de drogas direcionado para compulsão por drogas.

Ricardo, 20 anos, usuário de cocaína e etílicos, mora com os pais e uma irmã. Por inúmeras vezes inicia em um novo trabalho, mas falta no segundo dia. A família é bem-sucedida financeiramente, colaborando para que ele tenha menos compromisso por poder contar com eles. Endivida-se constantemente com o uso excessivo de cocaína e jogos, arruma dinheiro emprestado e paga juros. Fragiliza emocionalmente a família, pois sempre fala que vai se matar. Ricardo tem uma *paixão como escravização* pela droga, não consegue perceber que a situação emocional e financeira que coloca sua família é delicada. Recentemente foi internado em uma CT, ficou um mês, prometeu que não iria mais usar drogas, a família confiou e retirou-o da CT. No momento, a mãe está desesperada, não sabe mais o que fazer. Nas sessões de Ricardo, conseguimos alguns caminhos para a redução de danos, comprometimento em não se endividar (já que coloca sua família em risco) e não dirigir sob efeito de etílicos. Ricardo tem uma vida social baseada em mulheres, amigos, jogos, festas e “farras”, como ele diz. Primeira vez que

¹⁷ dicionario.priberam.org/adição

¹⁸ <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/adição>

consegue “gostar da terapia”. A mãe já tentou vários psicólogos e psicanalistas para atendê-lo, porém sempre falta ao retorno.

2.6 ALCOOLISMO/ALCOÓLATRA/ALCOÓLICO

Em especial o abuso do álcool, tem acarretado inúmeros problemas, dentre os quais podemos citar o aumento de acidentes automobilísticos induzidos por intoxicação alcoólica, aumento nas agressões físicas com parceiras(os) e no trânsito, incapacidade e afastamento laboral, inúmeros pedidos de auxílio-doença no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011) e outros. Consideramos imprescindível serem consideradas as implicações psicológicas, econômicas, políticas e sociais, para dessa maneira compreendermos de forma global o que se passa (Brasil, 2003).

O álcool, por ter seu caráter lícito, traz em sua estrutura um *perigo* silencioso e inestimável, com capacidade de afetar a relação biopsicossocial do indivíduo com o mundo. Seu forte componente cultural de permissividade colabora para a glamorização do uso pela sociedade. Nos acolhimentos em saúde mental, não raro ouvimos: “nunca usei droga, meu problema é com o álcool”.

Um fenômeno complexo, atual e que tem se apresentado de forma natural, principalmente em meio aos adolescentes, são às chamadas festas *open bar*. Adolescentes chegam intoxicados nos pronto-atendimentos, alguns apresentando coma alcoólico.

Nas músicas contemporâneas, como o famoso sertanejo universitário, a bebida é considerada solução frente aos desamores, término e sofrimentos. Uma pesquisa afirmou que de 48 artistas famosos da música sertaneja, apenas sete não faziam menção ao álcool em nenhuma canção, ou seja, 85% dos artistas faziam menção ao álcool (Lioto, 2012). Podemos dizer que a mesma sociedade que permite o uso, estimula, e que faz do uso um laço social, também é a que julga, condena, exclui e segrega, reduz o sujeito a um mero alcoólatra.

Em algumas literaturas encontramos as seguintes nomenclaturas: Alcoolismo, alcoólatra e alcoólico, logo, é necessário sintetizar do que se trata.

2.6.1 Alcoolismo

Para indicar nomes que indicam maneira de pensar; doutrina que alguém segue; seitas; ocupação relacionada com a coisa expressa pela palavra primitiva: ismo: cristianismo, classicismo (Bechara, 1928/2006, p. 360).

Nos dicionários Aurélio (Ferreira (a), 2010, p. 31), Priberam (Priberam, s.d.)¹⁹, Silveira Bueno (Silveira Bueno, 2010, p. 19) e Michaelis (Michaelis, s.d.)²⁰ encontramos significados bem próximos, em linhas gerais para Alcoolismo: Ingestão excessiva do álcool, com graves consequências orgânicas, sociais e ocupacionais. Dependência do álcool. Consumo abusivo e sistemático de bebidas alcoólicas. Vício de consumir bebidas alcoólicas, etilismo.

Vejamos a etimologia. Nos dicionários DELPo (DELPo, s.d.)²¹ e Michaelis: derivado de álcool+ismo, como francês *alcoolisme*. Aurélio, Priberam e Silveira Bueno: sem descrição em grego ou latim. O Dicionário Priberam²² traz o sufixo ismo: Qualquer doutrina, movimento ou teoria que não se quer especificar. Sufixo formador de nomes abstratos.

Na CID 10 encontramos: Síndrome de dependência, após repetido consumo de substâncias psicoativas, surge um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, associado ao desejo poderoso de tomar a droga (fissura), à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências maléficas, a droga é privilegiada em detrimento de qualquer atividade ou obrigação. Surge a tolerância e o estado de abstinência. Segundo a Classificação, este quadro também é conhecido como Alcoolismo crônico, Dipsomania e Toxicomania (Organização Mundial de Saúde, 1993). Notemos aqui, a Toxicomania já relacionada com dependência, sem uma especificação exclusiva em outra parte.

Este quadro em questão traz alguns complicadores, a bebida alcoólica por ser lícita dificulta a compreensão de que seu excesso possa trazer desordem. Um dos problemas é que, quando o problema psíquico ou físico surge, a situação já está agravada, cronificada. Não raro atendemos pacientes a beira da morte, geralmente pacientes mais velhos, raros são os casos mais jovens, o álcool é como um traidor, ele chega de forma sorrateira e vai causando estragos ao longo do tempo.

¹⁹ dicionario.priberam.org/alcoolismo

²⁰ <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/alcoolismo>

²¹ https://delpo.prp.usp.br/~delpo/consulta/consulta_hiperlema.php?hiperlema=alcoolismo

²² <https://dicionario.priberam.org/ismo>

Dalgalarondo (2008, p. 348) cita Sonenreich (1971), para descrever sobre o alcoolismo. “O *alcoolismo* deve ser definido como a *perda da liberdade de escolher entre beber e não beber*, assim como com quem e onde beber” (grifos do autor). Dalgalarondo descreve que para diagnosticar o alcoolismo, três dimensões devem ser consideradas: primeira, a dimensão física, segunda, a dimensão psicológica e a última, dimensão social (Dalgalarondo, 2008).

Traremos apenas uma vinheta para ilustrar sobre o alcoolismo, alcoólatra e alcoólico, pois julgamos que as definições são bem próximas. Antônio, 55 anos, aposentado, com dificuldades sexuais com a parceira. Alcoolista de longa data, infartou há 4 meses (maio de 2023), transferido para a Unidade de Tratamento Intensivo, função hepática e renal baixa, tromboembolia pulmonar acarretados pelo uso crônico de álcool. Costumeiramente comparecia para atendimento ambulatorial no CAPS ad com uma garrafinha de 500 ml de cachaça no bolso. Nega problemas com o álcool, verbaliza que o álcool trata sua timidez e não deseja parar de beber. Anteriormente ao infarto, tentamos trabalhar a redução de danos com ele.

2.6.2 Alcoólatra

O termo Alcoólatra foi encontrado no Dicionário Aurélio (Ferreira (a), 2010, p. 31) com o seguinte significado: Que ou quem é viciado em bebidas alcoólicas.

No Dicionário Priberam (Priberam, s.d.)²³: que ou quem consome bebidas alcoólicas de forma abusiva e sistemática. = alcoólico.

No Dicionário Silveira Bueno (Silveira Bueno, 2010, p. 19) encontramos pejorativo, adorador do álcool, bêbado, embriagado.

No Dicionário Michaelis (Michaelis, s.d.)²⁴ encontramos para alcoólatra uma indicação para ir ao verbete *Alcoolista*.

Quanto à etimologia temos: DELPo (DELPo, s.d.)²⁵, Priberam, Aurélio, Silveira Bueno e Michaelis: derivado de álcool+ grego *latra*, de *latreus*, ‘adorar’; Priberam: não encontrado.

O termo alcoólatra estava carregado de estigma e preconceito, o discurso reduziu o sujeito a um mero significante, logo tentaram mudar a nomenclatura, porém nada mudou, o

²³ dicionario.priberam.org/alcoólatra

²⁴ <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/alcoólatra>

²⁵ https://delpo.prp.usp.br/~delpo/consulta/consulta_hiperlema.php?hiperlema=alcoólatra

estigma se manteve. Interessante notar as denominações, viciado, bêbado, embriagado, adorador do álcool, ou seja, características/adjetivos com forte componente de julgamento moral. Parece que o alcoólatra é somente isso, mais nada, não ama, não é amado, não deseja, não tem nada a oferecer.

2.6.3 Alcoólico

Quanto ao termo Alcoólico, no Dicionário Aurélio (Ferreira (a), 2010, p. 31), Priberam (Priberam, s.d.)²⁶ e Michaelis (Michaelis, s.d.)²⁷ encontramos: que contém álcool; espirituoso. Relativo a ele.

Priberam temos ainda: Que ou quem consome bebidas alcoólicas de forma abusiva e sistemática. = alcoólatra.

No Dicionário Silveira Bueno (Silveira Bueno, 2010, p. 19) encontramos: pessoa dependente do álcool.

ETIMOLOGIA: DELPo (DELPo, s.d.)²⁸ e Michaelis: derivado de álcool+ico, como francês *alcoolique* ; Aurélio, Silveira Bueno e Priberam: sem descrição em grego ou latim. Encontramos no Priberam²⁹ o sufixo ico: Indica valor diminutivo, geralmente na formação de nomes. Geralmente tem relação na formação de adjetivos.

Nota-se pelas definições que o alcoólico já foi promovido ao alcoólatra, mesma definição, logo, mesma forma de ser tratado pela sociedade.

²⁶ dicionario.priberam.org/alcoólico

²⁷ <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/alcoólico>

²⁸ https://delpo.prp.usp.br/~delpo/consulta/consulta_hiperlema.php?hiperlema=alcoólico

²⁹ <https://dicionario.priberam.org/ico>

2.7 VÍCIO

Nos Dicionários Aurélio (Ferreira (a), 2010, p. 782), Priberam (Priberam, s.d.)³⁰, Silveira Bueno (Silveira Bueno, 2010, p. 588) e Michaelis (Michaelis, s.d.)³¹ significa defeito grave que torna uma pessoa ou coisa inadequada para certos fins ou funções. Conduta ou costume nocivo ou condenável. Prática irresistível de mau hábito. De consumo de bebida alcoólica ou de droga.

No Dicionário Priberam e Michaelis ainda encontramos os seguintes significados para vício: Prática frequente de ato considerado pecaminoso. Tendência para contrariar a moral estabelecida (depravação, libertinagem). Hábito inveterado (mania). Dependência do consumo de uma substância (vício do álcool). Qualquer costume condenável ou prejudicial.

Quanto à etimologia temos: DELPo (DELPo, s.d.)³², Michaelis, Silveira Bueno Priberam e Aurélio: Latim: *vitium*; Aurélio traz acrescido *Vitiu*. No dicionário de Latim encontramos: “Vício como tendência para determinado hábito prejudicial. Costume moralmente censurável; devassidão, libertinagem. Costume ou hábito nocivo”. *Vitium* significa defeito, vício, imperfeição moral (Faria, 1956, p. 1155).

Para a Ética, vício é uma disposição habitual para um gênero de conduta considerado gravemente imoral. Quase sempre vício se opõe a virtude na linguagem filosófica. “O amor à virtude e o ódio ao vício”. “O vício é o hábito de fazer o mal; há graus no vício, como a virtude” (Lalande, 1999, p. 1210).

Costumeiramente ouvimos familiares dizerem que seu ente é viciado em drogas. Como no dicionário citado acima, esses usuários parecem contrariar a moral estabelecida com seus *hábitos prejudiciais*. Em especial, os usuários de crack são tidos como viciados, principalmente quando eles escancaram a miséria humana e realizam trocas com objetos para o uso do crack. Pejorativamente são nomeados também de *noia*, eles trazem problemas que incomodam a *ordem moral*, pode ocorrer de em algum momento se descuidarem do corpo, da higiene pessoal, alimentação e romper com os vínculos familiares.

Ana, 34 anos, 4 filhos, todos retirados de casa pelo Poder Judiciário, encaminhados para Casa Lar (abrigo) e posteriormente encaminhados para adoção com a finalização do processo

³⁰ dicionario.priberam.org/vicio

³¹ <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/vicio>

³² https://delpo.prp.usp.br/~delpo/consulta/consulta_hiperlema.php?hiperlema=vicio

– todos foram adotados. Usuária de crack, perambula pelas ruas da cidade com o pai de seus filhos e companheiro, Nilo. Remexem o lixo para procurarem objetos e latinhas. Ela faz o uso de crack em plena luz do dia, produzindo os *repuxos* que a droga ocasiona, ainda assim, continua caminhando com o companheiro com o saco de objetos nas costas. Recusam-se a irem para a casa que é deles, dormem em vários lugares da cidade. O Ministério Público periodicamente pede relatório solicitando a resposta se é caso de internação compulsória ou não. Realizamos busca ativa/visita e ofertamos o tratamento. Ana foi ao CAPS ad por inúmeras vezes, porém no atual momento se recusa *tratar*. Ainda assim, não indicamos a internação compulsória, Ana e Nilo *conseguem se cuidar na rua*, não sem custo e percalços, porém respeitamos o desejo deles no atual momento. Pontuamos sempre: estamos no ad quando precisarem.

2.8 TOXICOMANIA

A palavra *Toxicomania* nos Dicionários Aurélio (Ferreira (a), 2010, p. 747) e Silveira Bueno (2010, p. 555) são os que o significado mais se aproximam. Em Aurélio temos: uso habitual e excessivo de substâncias tóxicas de uso terapêutico (morfina, barbitúricos), ou não. Em Silveira Bueno temos uso habitual de tóxicos.

No Dicionário Priberam (Priberam, s.d.)³³ encontramos: hábito patológico de absorver doses crescentes tóxicas ou estupefacientes (éter, morfina, cocaína, ópio) por amor às sensações anômalas que eles produzem.

No Dicionário Michaelis (Michaelis, s.d.) encontramos para Toxicomania: consumo excessivo e compulsivo de substâncias como o álcool e as drogas.

Em relação à etimologia temos no dicionário DELPo: vocábulo composto de *tóxico*+grego *manía*, como francês *toxicomanie*; Aurélio: [*Tóxic* (o) - + - *mania*]. ; Silveira Bueno: [Grego. *Toxicon* + *mania*]., Michaelis: vocábulo composto de *tóxico* + grego *manía*, como francês *toxicomanie*. Priberam: não encontrada.

A toxicomania, terminologia originada das palavras gregas *toxicon* (veneno) e *mania* (loucura). Toxícum: veneno (em que embebiavam as flechas). Veneno, tóxico (Faria, 1956, p.

³³ dicionario.priberam.org/toxicomania

974). Mânia: (Cícero. A mania, o furor louco, escreveu em grego) (Faria, 1956, p. 573). No Dicionário Priberam (Priberam, s.d.)³⁴ para mania encontramos: “exprime a noção de loucura ou desejo imoderado”.

Na gramática de Bechara encontramos para mania: mania, loucura, gosto apaixonado por. Principais radicais gregos usados em português (Bechara, 1928/2006, p. 377).

O conceito de Toxicomania é variado, o significado não se repete em nenhum dos Dicionários, apenas se aproxima em Aurélio e Silveira Bueno. Em Priberam já encontramos um viés ligado a patologia e ao amor. Bechara define mania e loucura, o que é interessante é a junção de veneno e loucura nas definições. Em Bento, a paixão como escravização e também a noção de toxicomania como flagelo social e doença produzida por dependência. Um estado patológico de amor, mania e loucura ao tóxico. Um paradoxo, veneno e remédio na operação *Phármakon*.

Bento (2006) traz contribuições importantes pela ótica da Psicanálise, para entendermos a etimologia de *tóxico* e *adicação*, elas foram comparadas à paixão e toxicomania (que é o que nos interessa), decorrente a isto, concluiu que: “As palavras “*tóxico* e *toxicomania* remetem à *substância química* que ataca o organismo”. Nos seus sentidos etimológicos originários de *paixão* e *tóxico* se parecem. A “paixão como sofrimento de passividade frente à ação prejudicial”, em Aristóteles e em Cristo lembra “tóxico” na ponta das flechas utilizado pelos bárbaros, anteriormente ao século II, na guerra, o sofrimento passivo, que prejudicava o atacado (Bento, 2006, p. 181).

A “toxicomania” se aproxima da paixão, pois nasce no campo médico, no fim do século XIX, definida como “degenerescência”, “imoralidade” e “paixão”; o sentido de paradoxo foi encontrado em “tóxico”, “toxicomania”, e “paixão”; e na “adicação”, surgindo no Império Romano como “escravização por determinação legal para pagamento de dívida”, reencontrou-se o antigo sentido grego de “paixão como escravização, sofrimento passivo, submissão a uma ação exterior sobre o corpo” (Bento, 2006, p. 181).

Em sua tese de doutorado, Bento (2006) encontrou as seguintes proposições no dicionário clássico de língua francesa do século XVIII, Diderot e D’Alembert (1765/1967) para definir *toxicum*:

Veneno que os Citas e alguns outros povos bárbaros esfregavam na ponta de suas flechas; o *toulola* dos Índios modernos é talvez o mesmo veneno; o que é certo

³⁴ <https://dicionario.priberam.org/mania>

segundo o testemunho dos historiadores, é que a ferida tocada pelo *toxicum* dos Citas era mortal; de onde vem que se utilizou a mesma palavra na língua latina, para marcar um veneno contra o qual nada pode impedir o efeito (p. 501).

É antigo o prefixo *tóxico* da palavra toxicomania, remete à flecha envenenada usada para ataque, como citada acima. Logo, sugere a existência do *tóxico* anteriormente a este século, momento histórico anterior àquele que marca o surgimento da atual noção de toxicomania. A respeito desta e de seu aparecimento histórico somente no final do século XIX, Bento (2006, p. 184) cita seu próprio texto de 1999:

Enquanto o uso de ‘drogas’ remonta à Antiguidade, é apenas por volta do final do século XIX que aparece a noção de ‘toxicomania’, tal como ela é concebida atualmente como associada à imagem de um flagelo social, à ideia de doença e ao domínio médico. Mais precisamente, esta noção de toxicomania como flagelo social e doença produzida por dependência e por abuso de droga aparece pela primeira vez em 1875 com o alemão Édouard Levinstein, sob o nome de morfiomania.

Bento (2006, p. 188) cita novamente Édouard Levinstein (1878, p. 3), quando é descrito o sentido passional da paixão, através da morfiomania. “(...) morfiomania significa *a paixão que possui um indivíduo de se servir da morfina como excitante ou como alimento, e o estado patológico que resulta do uso abusivo deste medicamento*”.

Existe um sentido passional imbuído na etimologia da toxicomania. Bento *apud* Delrieu (2006, p. 187) mostra que o termo da toxicomania nasce no campo médico, no fim do século XIX, associado aos sentidos de *degenerescência, imoralidade e paixão*. O autor escreverá a esse respeito:

Considerado como um degenerado³⁵, logo como alguém atingido em suas faculdades superiores, particularmente morais, o toxicômano, nestes anos 1871-1898, cai sob o golpe destes tipos de julgamento: é um “viciado³⁶”, ou um “perverso”. (...) com efeito, se é desagradável, para o mundo médico muito afetado por esta paixão, tomar para si tais qualificativos, por outro lado isto agrada àqueles que querem controlar o que alteraria as forças vivas da nação (trabalhadores, soldados, funcionários coloniais). Aqui o ideólogo toma a frente do terapeuta (Bento, 2006, p. 187).

³⁵ Este termo vem de Benedict-Augustin Morel, ele coloca que quanto mais distante de Adão e Eva mais imperfeito (degenerado em Genesis da Bíblia, onde encontramos o mito de Adão e Eva).

³⁶ Vício vem da Ética a Nicômaco do Aristóteles, vício são os dois extremos (para mais ou para menos). O caminho do meio, a mediedade é a excelência. Na tradição cristã, das traduções de Aristóteles a mediedade ficou conhecida como virtude.

O sentido paradoxal do termo tóxico, conferiu a discussão acerca da aproximação com a toxicomania. Bento (2006) traz a luz a discussão da Operação *Phármakon*:

A inspiração inicial de Le Poulichet (1987) ao propor a “Operação do *Phármakon*” é o “*Phármakon*” platônico descrito por Derrida, em “A farmácia de Platão”, como sendo, simultaneamente e paradoxalmente, veneno e remédio, droga maléfica e benéfica, filtro de esquecimento e possibilidade de salvação pelo acesso ao *lógos* – (grifos do autor) (Bento, 2006, p. 191).

Sobre a *Operação do Phármakon*, Bento (2006) cita Le Poulichet (1987) que também a situa mais além da substância química. Em outras palavras, tanto a *Operação do Phármakon* quanto o *Phármakon* platônico evocarão a ideia da existência de uma *não-substância* na base da intoxicação. A respeito desta *Operação do Phármakon*, mais além da droga, Bento (2006) cita Le Poulichet (1987, p.39) que escreverá:

Eu tentarei num primeiro tempo especificar as qualidades desta operação, afastando-me dos modelos psicofarmacológicos. É apenas após ter apreciado as características desta *operação do phármakon* – que não é equivalente ao uso de drogas – que eu examinarei o tipo de formação ao qual ela pertence. Apenas neste momento eu abordarei o lugar desta formação nas diferentes toxicomanias (Bento, 2006, p. 192).

O que torna a questão tóxica, não é a droga em si, a questão é para além da droga. A Psicanálise pode ofertar uma reflexão, a dimensão subjetiva em jogo e a dimensão enigmática da experiência. O verdadeiro tóxico que a Psicanálise e a clínica devem se ocupar, não é em relação a droga em si, o ponto é investir na *não-substância*.

Quando o sujeito se separa do objeto droga cria-se um vazio, um mal-estar, uma gigantesca ausência de palavras para lidar com essa separação, é bem uma forma de angústia³⁷ quando falta o tóxico.

Bento (2006) propõe que o modelo do vazio, parece representar uma constante clínica, levando em consideração quando o uso de tóxicos se transforma em uma *operação do phármakon*.

Antonio Escotado apresenta um posicionamento em relação ao que classifica em relação as drogas:

³⁷ Retomaremos esse ponto ao final com Fabián Naparstek.

Uma segunda classificação³⁸ fala das drogas “fatalmente aditivas” e drogas que “somente criam hábito”. Aqueles que defendiam esta classificação se apoiavam em um médico chamado A. Porot que, em 1953, propôs “distinguir as grandes toxicomanias (ópio, maconha, cocaína) e os pequenos hábitos familiares em relação a algumas substâncias “inofensivas” de uso habitual (álcool, tabaco, café, soníferos)” (Escohotado, 1997, p. 37).

O autor conclui que as substâncias chamadas de *inofensivas e criadoras de pequenos hábitos familiares* causam milhares de vezes mais mortes, dependências e lesões do que as provocadas nas grandes toxicomanias (Escohotado, 1997).

Vejamos dois breves relatos: Eugênio, acolhido no CAPS ad aos 27 anos, no ano de 2010. Usuário de crack desde os 19 anos de idade, faz uso de etílicos e tabaco. À época morava com o pai, José (paralítico devido um acidente de trabalho) e dois irmãos; Maria, a mãe, faleceu em 2006. Eugênio iniciou o uso de crack por curiosidade, “não tinha noção do que realmente era” (sic). Desde que começou usar cada dia aumentou o consumo de crack. Ele fazia colheita de café, porém saiu do trabalho para cuidar de seu pai. Segundo ele, antes do acidente, o pai era alcoólatra, bebia, ficava agressivo e batia nos filhos. Eugênio relatou que o pai não dava muita atenção para ele, que os irmãos eram preferidos, em decorrência disto, aumentou o consumo de etílicos e de crack por acreditar que receberia atenção. Maria teve um relacionamento extraconjugal, somente aos 5 anos Eugênio e José descobriram, que ele não era filho, para ele, a diferença de tratamento era em decorrência disso. Atualmente, Eugênio está com 40 anos, há muitos anos rompeu vínculo com os familiares, dorme em um quatinho solitário no fundo da horta de sua tia, nunca teve um relacionamento afetivo, não teve filhos. Perambula pelas ruas recolhendo latas, usa crack todos os dias. Recusa qualquer tipo de *tratamento*. Não frequenta o CAPS ad, por inúmeras solicitações da tia fomos a sua casa para visita domiciliar, às vezes não estava, outras estava, porém não se importava, a questão da droga nunca foi um ponto de enigma para ele. Não tem demanda nenhuma, acostumou-se com sua vida.

Lourdes, mãe de Sena procurou o CAPS ad em 2007, ele estava com 22 anos de idade, usuário de crack, Lourdes solicitou ajuda devido ao filho ter praticamente vendido sua casa toda para usar crack (subtraía os objetos para troca e obtenção de crack). Sena foi para consulta psiquiátrica apenas em 2008, o médico que fez o encaminhamento para uma CT e agendou o retorno no CAPS ad, paciente não compareceu. Sena em momento algum se vinculou ao CAPS ou a alguém da equipe, recusava qualquer tipo de tentativa ou intervenção, conversava nos corredores e na recepção. Não aceitava psicólogo nem fora da sala. Pedia dinheiro na rua

³⁸ O autor não cita qual, porém achamos válida a reflexão dele.

próximo a rodoviária e avisava que era para o crack. Com o passar do tempo sua mãe jogou um colchão no quintal, na porta da cozinha, lá ele passou a ficar quando chegava em casa, às vezes entrava e tomava banho. Por vezes ia ao CAPS ad para pedir dinheiro para equipe e cantávamos com ele Legião Urbana, como adorava. Realizadas inúmeras visitas, foi proposto permanência para tentativa de minimizar os danos, alimentação, descanso etc., nunca aceitou. Há 4 anos foi vítima de um tiro, estava na porta da casa de um traficante, foi hospitalizado, permaneceu por 40 dias, parou de andar, ainda assim, brigava no hospital com todos porque queria crack, surgiu uma ferida nas costas e virou escara devido a fragilidade da saúde, veio a óbito aos 34 anos.

3 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS CAPS AD

A proposta inicial é contextualizar a Reforma Psiquiátrica e suas contribuições para o nascimento do campo da Saúde Mental e campo do álcool e outras drogas no Brasil, sem a pretensão de uma apresentação exaustiva, e explicar sobre o nascimento dos CAPS.

No Brasil, em 1830, não havia ainda tratamento para os doentes mentais: os ricos eram mantidos isolados em suas casas, longe dos olhares curiosos, enquanto os pobres perambulavam pelas ruas ou viviam trancafiados nos porões das Santas Casas de Misericórdia. As influências da psiquiatria europeia tomam vulto em especial nas figuras de Pinel e Esquirol, assim como a ideia de que o manicômio é ao mesmo tempo instituição e método por excelência para o tratamento. A recém-criada Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro se une em torno do lema: *Aos loucos, o hospício* (Teixeira & Ramos, 2012).

Em 1852, na Praia Vermelha, em uma chácara afastada do centro da cidade, foram inaugurados o hospício e a magnífica estátua em mármore de Carrara do Imperador. O *Palácio da Praia Vermelha* foi construído inspirado nos modelos franceses, em estilo neoclássico, com espaços suntuosos e decoração de luxo. Tal construção materializa o nascimento da psiquiatria e do atendimento ao louco no Brasil (Teixeira & Ramos, 2012).

No hospício D. Pedro II não era apenas a doença mental que trazia exclusão, havia também uma divisão de classes internas dentro do próprio hospital, a saber: pertenciam à primeira classe os indivíduos brancos, membros da Corte, fazendeiros e funcionários públicos; à segunda, os lavradores e serviçais domésticos; à terceira, pessoas de baixa renda e escravos pertencentes a senhores importantes; à quarta classe, mais numerosa que as anteriores, destinada aos marinheiros de navios mercantes, aos indigentes, principalmente os ex-escravos, e aos escravos de senhores que comprovadamente não tivessem recursos para a despesa do tratamento (Rey, 2012).

Enquanto os pacientes de primeira e segunda classes viviam em quartos individuais ou duplos e se entretinham com pequenos trabalhos manuais, jogos e leitura, os de terceira e quarta trabalhavam na cozinha, manutenção, jardinagem e limpeza. Paradoxalmente, os últimos recuperavam-se com mais facilidade que os primeiros, que, paralisados pelo ócio, perpetuavam-se na internação (Rey, 2012).

Em 1890, por meio do Decreto nº142A, o Hospício de Pedro II foi desanexado da Santa Casa da Misericórdia e passou a ser denominado Hospício Nacional de Alienados. Entre janeiro

de 1890 e novembro de 1894, teriam sido internados no Hospício Nacional 3.201 pacientes, e a superlotação trouxe o caos ao hospício. As críticas se multiplicaram em diversos jornais e revistas, de artigos a tirinhas e crônicas (Teixeira & Ramos, 2012).

Juliano Moreira (1873-1933) tornou-se o diretor do Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro no período de 1902 a 1930. Nesse período concentrou suas publicações na área neuropsiquiátrica, em campos vários como psicopatologia, psiquiatria clínica, psiquiatria comparada, nosografia e modelos assistenciais. Juliano foi diretor do principal hospício brasileiro em um momento “fundamental, o da reorganização da assistência nos moldes propostos pelo decreto de dezembro de 1903 e legislação conexas (como o decreto de 1º de fevereiro de 1904, o Regulamento da Assistência a Alienados no Distrito Federal)” (Oda, 2011, p. 722).

Em 1912 o Governo desapropriou um antigo engenho em Jacarepaguá e inaugura em 1924 uma Colônia para alienados. O início da construção se deu em 1919 e foi nomeada de *Colônia de Psicopatas-Homens* (Venancio, 2008).

A colônia foi rebatizada em 1935, com o nome de *Colônia Juliano Moreira*. Em sua fundação, essa instituição fundamentava-se em dois alicerces: a assistência hetero-familiar e a praxiterapia. A assistência hetero-familiar se inspirou na experiência da aldeia de Gheel, na Bélgica, que recebia romarias de alienados desde o século XVII. A partir da segunda década de 1930, a Colônia Juliano Moreira passou a aceitar também pacientes mulheres. Na década de 1960 chegou a abrigar 5.000 internos (Venancio, 2008).

Em 1937 houve a criação do Departamento Nacional de Saúde (DNS), composto de quatro divisões: Divisão de Saúde Pública, Divisão de Assistência Hospitalar, Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, Divisão de Assistência a Psicopatas. No ano de 1941 foi promovida por João de Barros Barreto a reforma do DNS, essa reforma foi institucionalizada através do decreto-lei nº3.171 de 2 de abril. Esse decreto segmenta as ações de saúde segundo doenças determinadas (Venancio, 2008).

A partir de 1941 o DNS passaria a ser composto dos seguintes órgãos específicos: Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Peste, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Febre Amarela e o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), o qual reunia a Divisão de Assistência a Psicopatas (DAP) e o Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP) (Venancio, 2008, p. 4).

Em 1946, Adauto Botelho, diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, instituiu como modelo institucional o *hospital-colônia*, implantado em diferentes estados brasileiros.

Ao final dos anos 1970, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. (Brasil, 2005). Nova estratégia – o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, transformações para além da Psiquiatria. Busca de soluções técnicas ou administrativas que promovem a reelaboração de questões teóricas, políticas, culturais e sociais, com a seguinte proposta: “Por uma sociedade sem manicômios” (Brasil, 2005).

Franco Basaglia, em 1978 fez uma visita ao Hospital Colônia de Barbacena. Basaglia comparou a instituição a um campo de concentração, reforçando denúncias de maus tratos e violência que já haviam sido feitas. A mídia deu extrema importância à visita de Basaglia ao Brasil, e acabou produzindo uma forte e decisiva influência na trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil, 2005).

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental tornou-se o Movimento Social pela Reforma Psiquiátrica com a seguinte proposta: “Por uma sociedade sem manicômios” (Brasil, 2005). Daí surgiu a Luta Antimanicomial, no Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru (SP), em 18 de maio de 1987. O 18 de maio ficou consagrado e é comemorado todos os anos.

Em 1989 ocorre uma série de mortes na Casa de Saúde Anchieta em Santos. Decorre disso uma grande transformação da saúde mental. No lugar da clínica psiquiátrica surgiram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de permanência-dia e/ou abertos 24 horas (Brasil, 2005). No ano de 1989, Paulo Delgado deu origem ao Projeto de Lei nº 3657/89:

dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (Brasil, 2005, p. 7).

Iniciada na década de 1970, a Reforma Psiquiátrica foi marcada pela desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, um movimento caracterizado pela abertura de um novo espaço prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano (Amarante, 1996).

Em 1988, com a nova Constituição Brasileira, é criado o Sistema Único de Saúde – SUS. Em 1990 é regulamentada a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080 que regulamenta o SUS, definindo atribuições e competência à União, estados e municípios e critérios de financiamento para o setor. Ocorreram 25 vetos a esta lei, que depois surgiram como Lei complementar, nº 8.142/90 (Brasil, 2005).

Em 1990 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgaram a Declaração de Caracas, uma nova configuração para a política em Saúde Mental, os serviços teriam que salvaguardar a dignidade, os direitos humanos e civis dos portadores de transtornos mentais; inclusive em questões de legislação, além de propiciar a permanência destas pessoas em seu meio comunitário (Brasil, 2002).

Em 2001, a Lei Paulo Delgado foi sancionada no país (Brasil, 2005). Em 2001 ainda, na III Conferência Nacional de Saúde Mental as drogas foram apontadas como um problema de saúde pública, contribuindo também para a consolidação da Política de Atenção Integral aos Usuários de álcool e outras Drogas e a regulamentação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), regulamentados por meio da Portaria GM/MS nº 336 (Brasil, 2022).

A Lei Federal n.º 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a partir de serviços substitutivos aos hospitais permitiu o cuidado em liberdade. Tais mudanças proporcionaram tratamento em serviços inseridos no cotidiano dos sujeitos, extinguindo as internações em manicômios, onde existiam as práticas de exclusão social e maus tratos. A rede assistencial que nasceu da Reforma Psiquiátrica propõe substituir progressivamente os manicômios, buscando resguardar ao louco o direito de transitar em liberdade no território, nas cidades, nas ruas, com a intenção de preservar o que temos de mais precioso, a nossa subjetividade (Brasil, 2001).

A partir da aprovação da Lei nº 10.216/01, foi proposta a regulamentação do funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II e III por meio da Portaria GM/MS nº 336 (Brasil, 2022), que prevê o atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou médio (César & Melo, 2018).

A portaria citada acima regulamenta o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo estratégico que possibilita a manutenção dos vínculos familiares e sociais, prezando pela atenção psicossocial dos usuários desse serviço. Por meio das oficinas é possível iniciar o processo de reabilitação, visando à reinserção social. A Reabilitação Psicossocial encontra-se no eixo central do cuidado às pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, mas há que se cuidar deste momento.

Tais dispositivos são estratégicos para substituir as internações em hospitais psiquiátricos, possibilitando à manutenção dos vínculos familiares e sociais, com a lógica de território, que opera pela acolhida, vínculo e respeito ao paciente. Dentre as modalidades de

tratamento temos a ambulatorial, permanência-dia e hospitalidade noturna. Em um breve apontamento, a permanência-dia enquanto uma modalidade de tratamento no serviço CAPS deve acontecer enquanto uma etapa possível na vida do paciente, de modo a não institucionalizá-lo.

A conhecida *Linha guia em saúde mental* (Minas Gerais, 2006, p. 64) nos adverte:

sobretudo, o tratamento no próprio CAPS visa a não manter o portador de sofrimento mental apenas na condição de usuário de serviços de Saúde Mental, mas abrir perspectivas em sua vida: o namoro, as amizades, o estudo, o trabalho, o lazer. Portanto, as coisas não vão bem, quando a maioria dos usuários é mantida por muito tempo dentro dos seus limites.

No referido CAPS ad da experiência de trabalho, havia pacientes institucionalizados em permanência-dia, inseridos por mais de três anos, todos os dias da semana, sem crise, sem sofrimento psíquico significativo e sem nenhuma proposta clara e construída no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Lancetti (2008, p. 46) afirma que “um dos grandes obstáculos dos CAPS é a centralização em si mesma e sua pouca abertura para o território”, e ainda que “na prática, pude observar que qualquer instituição que agrupe doentes mentais tende a cronificar-se”. O mesmo autor aponta que o mau funcionamento do CAPS se torna obstáculo e centraliza a atenção em saúde mental sem abertura para o território.

Amarante (2003) faz um apontamento significativo, dizendo que há o risco de os CAPS descaracterizarem a reforma enquanto um processo social complexo, colaborando assim com a *capsização* da Reforma, um reducionismo ligado a uma simples reformulação técnico-assistencial.

Avançamos com a instauração dos CAPS, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Existe o investimento voltado para eles, mas ainda em uma escala insatisfatória e com uma conjuntura política nos últimos anos que desfavorece tal dispositivo. A oferta de serviços especializados (CAPS ad) é considerada inferior à demanda, menos ainda que o necessário para outros dispositivos igualmente importantes, tais como as residências terapêuticas, os leitos psiquiátricos em hospital geral, cooperativas de trabalho e geração de renda, unidade de acolhimento transitório e centro de convivência. Existe o apontamento que estes dispositivos, quando existentes, têm deixado dúvidas quanto à forma de cumprimento de seus objetivos (Araújo & Tanaka, 2012).

A implantação dos CAPS e também a regulamentação dos serviços destinados aos usuários de álcool e outras drogas, representa um avanço nos tratamentos destinados às pessoas portadoras de transtornos mentais. Isso representa um início para quebrar os paradigmas relacionados à figura do *dependente químico/toxicômano*, muito associada à criminalidade e à justiça. No entanto, entende-se também, que a rede substitutiva dos CAPS possui limitações, não estando ainda totalmente consolidada. Há um grande furo na rede. Há falta de interlocução entre a atenção primária, secundária e terciária, constituindo-se em um grande desafio para a reforma psiquiátrica. O que está em jogo nessa falha é que existe ainda o fatiamento do sujeito, o usuário é referenciado e contrarreferenciado, não é visto em sua totalidade.

As discussões em torno do uso de álcool e outras drogas emergem como ponto central e impactante na sociedade. No contexto da reforma psiquiátrica nos deparamos com grandes desafios, como por exemplo, a inserção dos usuários de álcool e/ou outras drogas nos serviços de saúde mental, em especial nos CAPS que não são os específicos em álcool e outras drogas (CAPS ad). Não raro, na prática, em reuniões e palestras ouvimos a frase incômoda e errônea: “somos CAPS tudo”, frase carregada de preconceito e estigma. Alverga e Dimenstain descrevem outros pontos de impasses, que descreveremos no capítulo específico, sobre estigma.

Tenório (2001[a]) sinaliza que no campo da saúde mental existem duas possibilidades principais: a primeira, reabilitação psicossocial; e a segunda, a clínica, que é muito bem fundamentada e embasada pela Psicanálise. A reabilitação psicossocial visando à recuperação da cidadania e a Psicanálise mantendo seu posicionamento ético, escutando o sujeito em sua singularidade.

A saúde mental visa hoje combater a história de segregação, promovida pela cultura manicomial, (que ainda hoje encontra alguns apoiadores, inclusive na política pública), por meio da política de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial – a cidadania como um ideal de ambas. À Psicanálise cabe sustentar a ética do desejo por meio da escuta, posto que não se combate à exclusão com a derrubada dos muros. Sabemos que muitos profissionais mantêm os manicômios vivos dentro de si, proporcionando nos serviços substitutivos normas e regras, pautadas por questões morais, muitas vezes assumindo um viés superegóico (Rinaldi, 2006, p. 3).

O movimento da Reforma assumiu desde o início um caráter político, uma crítica ao modelo asilar e da luta pela liberdade e cidadania. O campo da saúde mental nasceu de forma heterogênea, onde se cruzam política e clínica, em alguns momentos existindo conflitos nas duas dimensões. O processo da reforma nasceu com crítica não somente às instituições, mas também à clínica. Neste sentido (Rinaldi, 2006, p. 142) enfatiza que as discussões:

“representam não apenas uma crítica à instituição asilar, com sua cultura manicomial onde os direitos mais elementares dos loucos são desrespeitados, mas à própria instituição da clínica, que fundamentou e sustentou, em nome da ciência, práticas excludentes”.

Tenório (2002, p. 28) acredita que a “importância de considerar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico”. A clínica tem lugar privilegiado para se relacionar com a loucura.

A reabilitação psicossocial parece não ter conseguido alcançar muito êxito. A cultura manicomial, preconceituosa, segregativa e estigmatizante, impede que o trabalho caminhe. A impossibilidade de trabalho para o público álcool e outras drogas é gigantesca. Pensando na atual Política Pública direcionada para tratamento de usuários de drogas, encontramos dois discursos distintos, pólos extremos: a abstinência e a redução de danos. Respectivamente um focado na repressão, na lógica manicomial e centrado na droga, o outro focado na minimização de prejuízos, cuidado em liberdade e centrado no sujeito.

Temos um desafio em nosso horizonte: mantermos o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas em liberdade, sem internação, pois o discurso das internações e abstinência tem sempre um lugar reservado na política e no judiciário. Estamos caminhando para a retomada do asilamento, com práticas segregativas e aumento de verbas para possibilitar tal direcionamento.

As intervenções dos CAPS devem se pautar para além das estruturas físicas, para além da lógica ambulatorial, respeitando os sujeitos como um todo, na sua relação biopsicossocial, histórica e cultural, em espaços abertos e acolhedores. As instituições CAPS devem funcionar seguindo as orientações da Reforma Psiquiátrica. Uma das funções de tais instituições se dá na promoção dos laços sociais, de forma original, sem a superficialidade de sociabilidade.

O Diário Oficial da União (DOU), publicou uma Portaria em 19 de março de 2019, a Portaria 563/2019 (Diário Oficial da União Nacional, 2019), assinada pelo ministro da Cidadania Osmar Terra, que cria o cadastro de credenciamento das Comunidades Terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes de álcool e outras drogas e seus familiares, e estabelece regras e procedimentos para o referido credenciamento no âmbito do Ministério da Cidadania. Osmar Terra disse ainda que está tentando organizar esses tratamentos que é um dos mais eficazes. Terra disse que deveria ser incluído nas escolas uma disciplina antidrogas (Braziliense, 2019).

No ano de comemoração de 30 anos da Redução de Danos, assistimos em meio ao cenário político a tentativa de desmonte da Reforma Psiquiátrica, distorções e retrocessos. Na

data 21 de dezembro de 2017, foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que reúne representantes do Ministério da Saúde (MS), secretários estaduais e municipais, a portaria 3588, que interrompe o fechamento dos hospitais psiquiátricos, estimula a criação de novas vagas de internação, com liberação de verbas para dispositivos que ferem o cuidado em liberdade e no território, em nome do higienismo e da *Guerra às drogas*.

No mês de março de 2019 foi lançado nas redes sociais o vídeo da sessão solene em homenagem aos 50 anos de instalação das Comunidades Terapêuticas, anunciando a mudança de paradigma de Redução de Danos para Promoção de abstinência, alegando tratamento com *carinho e resolutividade*. O objetivo é enfrentar o cenário que *as drogas* oferecem no Brasil. Aumentaram de 2900 vagas para 11000, um número assustador, com aporte financeiro anual de R\$ 153.000.000,00 (Gov.br, 2019).

3.1 REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL

A bebida alcoólica é usada desde sempre. As mais variadas relações da humanidade com o álcool remontam à antiguidade. O álcool é considerado a droga psicoativa mais usada na maioria dos países. Ele libera as inibições e é usado em celebrações e para o alívio do sofrimento.

Seu *uso* é responsável por danos em inúmeras esferas: sociais, trabalhistas, individuais e familiares. Seu caráter lícito traz o engodo de baixo risco e de segurança, mas não é bem assim. Na maioria dos países o álcool tem um impacto ainda maior em termos de mortes, ferimentos e custos econômicos se comparado com as drogas ilícitas (Saúde, 2004, p. 29).

O álcool pode gerar impactos a curto, médio e longo prazo, em qualquer estágio de doenças, nos variados grupos etários, de maneira indireta ou direta, atividade sexual não planejada ou gravidez não desejada, mortes acidentais como o afogamento, perda de relacionamentos amorosos, trabalho etc. Não temos a margem de segurança.

De acordo com o *Guia* da OMS, os indicadores de danos atribuídos principalmente dos efeitos de curto prazo do consumo de álcool são:

- acidentes de trânsito relacionados com bebida;
- ferimentos não-intencionais e mortes provocadas por uso de álcool;
- suicídio;
- violência interpessoal (Saúde M. d., 2004, p. 25 / Grifos do autor).

A política de saúde pública deve ser prioritariamente direcionada à mudança de padrões de consumo e redução dos danos causados. O Ministério da Saúde atualmente tem como direcionamento a política de Redução de Danos, eixo que tem como fio condutor o cuidado em liberdade, sua autonomia e responsabilidade; mas geralmente o conceito de redução de danos está mais atrelado às drogas ilícitas que às drogas lícitas.

Compreendendo que a Guerra às drogas não funciona e que a embriaguez existirá sempre, devemos tentar deixar *o mundo mais seguro para quem bebe*, ou seja, buscar práticas novas, como forma de reduzir os danos.

A Associação Internacional de Redução de Danos (International Harm Reduction Association - IHRA) define redução de danos como “políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento” (Saúde, 2004, p. 31).

A redução de danos não incentiva o uso de drogas, mas também não nega sua existência; são reconhecidos os danos e consequências. Realismo e pragmatismo são o espírito dela, que é uma estratégia cotidiana de vida.

Inaugurada na Inglaterra em 1926, a Redução de Danos tinha como iniciativa o tratamento para pessoas dependentes de opiáceos, em sua maioria, de heroína, e somente bem mais tarde, no início dos anos oitenta, surgiu nas cidades de Amsterdam e Rotterdam, na Holanda, com as trocas de seringas. A troca de seringas foi iniciativa de uma associação de usuários diante do cenário das mortes relacionadas com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e a forte prevalência de hepatites B e C, pelo compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis.

Em 1974, depois da experiência inglesa, a Organização Mundial de Saúde (OMS), através do vigésimo informe do seu Comitê de Especialistas

propunha que “...o principal objetivo neste campo [da saúde] deveria ser prevenir ou reduzir a incidência e severidade dos problemas associados com o uso não médico de drogas. Este é um objetivo muito mais amplo que a prevenção ou redução do uso de drogas em geral” (Nery Filho, 2019, p. 4).

Fazendo um breve recorte podemos dizer que as práticas de Redução de Danos deram início no Brasil como parte de uma resposta nacional à epidemia de HIV/Aids. Posteriormente o conceito foi sendo apropriado por outros campos de intervenção e reflexão, desenvolvimento

social e saúde mental. Denis Petuco (2020) faz uma narrativa do processo histórico das três ondas da redução de danos no Brasil à qual intitula *dos nascimentos às ondas*. Ele utilizou a metáfora das ondas para substituir a ideia de um processo estático e apresentar o que de fato faz sentido: a “sobreposição sinérgica das ondas que seguem umas às outras e se reúnem na praia” (Petuco, 2020, p. 95). As ondas se seguem, sem rupturas, em um movimento de continuidade. Sigamos o pensamento de Petuco apresentando um pouco de cada uma destas três ondas.

Primeira onda: prevenção ao HIV/Aids e às hepatites. Esse momento se deu no Brasil em Santos-SP, em 1989, “à beira do mar e ‘*contra a maré*’” (Petuco, 2020, p. 95). Os santistas iniciaram as experiências inovadoras nas diversas áreas: urbanismo, educação, meio ambiente, saúde, e assim Santos se tornou uma referência. Neste momento, contexto de criação do SUS, foi possível concretizar demandas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e implementar políticas de Saúde Mental e do enfrentamento ao HIV (Petuco, 2020).

Porém, ainda assim, houve um momento de reflexões no qual um gestor à época percebeu que mesmo com o preceito de universalidade do SUS, havia uma população marginalizada - os grupos minoritários: prostitutas, travestis, gays e usuários de drogas. Santos era conhecida como a *Capital da Aids*. 217 casos para 100 mil habitantes entre 1980 e 1992. Mais de 50% dos casos eram relacionados aos usuários de drogas ilícitas, sobretudo ao compartilhamento de seringas para uso de drogas injetáveis (Petuco, 2020). Diante disso a gestão anunciou que seriam feitas às trocas de seringas. Essa estratégia iria compor a resposta ao HIV/Aids, porém o Ministério Público impediu a implantação, justificando que era uma proposta de incentivo às drogas. Desta forma, o cuidado foi ofertado de forma *clandestina*.

O que estava em jogo no cuidado com a população infectada não era apenas a saúde, era também tangenciado por um posicionamento ético, que tinha total relação com política e cultura. Os grupos minoritários (prostitutas, travestis, gays e usuários de drogas) foram convocados aos debates para a construção de estratégias de enfrentamento à epidemia. Tais grupos deram visibilidade a uma realidade para além da epidemia: denúncias de violação de direitos, estigmas e preconceitos. Neste sentido o HIV não era apenas uma doença, mas sim um campo social, um fenômeno social.

Nos primeiros anos do século XXI, o crack, que já era conhecido desde 1990, espalhou-se pelo Brasil, fazendo com que o uso de drogas injetáveis tivesse uma diminuição significativa, a ponto da epidemia se tornar irrelevante. Ainda assim, em 2014 foi publicada uma pesquisa mostrando que a prevalência do HIV/Aids entre os usuários de crack era oito vezes maior que na população geral; a prevalência de hepatite tipo C também era duas vezes maior neste grupo (Petuco, 2020). Estudos apontam o quanto a população usuária de crack é vulnerável em sua

maioria, pois apresenta comportamentos de risco, contextos pobres e violentos, dentre outras questões.

A Prevenção Combinada, adotada no final da década de 2010, ofertou uma maior efetividade nas estratégias complementares de prevenção comportamental, biomédica e estrutural, colaborando para uma significativa redução nos danos na incidência de HIV (Petuco, 2020). A Redução de Danos foi incluída como componente estratégico da Prevenção Combinada.

Segunda onda: Saúde Mental. O tratamento ofertado a pessoas usuárias de álcool e outras drogas no Brasil, por um período grande, foi uma prática exclusiva da psiquiatria. A Reforma Psiquiátrica demorou assumir o cuidado com as pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas, mesmo com queixas de violência manicomial. “A experiência brasileira de Redução de Danos, por seu turno, também demorou encontrar a Saúde Mental, ‘surfando’ apenas a onda do HIV e das hepatites virais” (Petuco, 2020, p. 98).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Reforma Psiquiátrica (RP) sofreram ataques da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e sindicatos médicos devido a dispersão do uso de crack em meados da década de 2000 por todo território nacional. Eles argumentavam que os pacientes estavam desassistidos. Porém, com os encontros que já havia sendo construídos desde o final de 1990 entre as políticas e movimento de Saúde Mental e de HIV/Aids, como resposta ao ataque, surgiu o lançamento da Política de Atenção Integral para Pessoas que usam álcool e outras drogas, com esforços de diversas áreas do Ministério da Saúde. A Redução de Danos foi transformada em diretriz de cuidado no SUS (Petuco, 2020). A Redução de Danos oferta o cuidado em liberdade, reflexões éticas, movimento e invenção. Passaremos então à última onda da redução de danos.

Terceira onda: direitos humanos e desenvolvimento social. Essa nova onda seria desenvolvida em Pernambuco. Os técnicos envolvidos com a gestão política que realizavam o cuidado com jovens e adolescentes envolvidos com drogas se encontravam ameaçados de morte e somado a isso, percebia-se que essa população era de fato vítima por crimes de morte.

A história da Redução de Danos, em Pernambuco renderia um capítulo à parte. O Instituto Papai, por exemplo, foi uma ONG pioneira na reflexão sobre o uso de drogas e masculinidades. Recife, por seu turno, foi a primeira capital a realizar concurso público para contratar redutoras e redutores de danos, além de implementar a “Casa do Meio do Caminho”, inspiração para as Unidades de Acolhimento (UA) propostas pela Política Nacional de Saúde Mental (Petuco, 2020, p. 100).

Nesta época também a gestão Estadual inovou com a criação de serviços de assistência social especializados, direcionados às pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas.

A proposta com maior visibilidade nacional para terceira onda de redução de danos foi a de São Paulo, em 2014, com o programa *De Braços Abertos*. Esse programa foi desenvolvido na Cracolândia para usuários de crack. Era ofertado trabalho, moradia, cultura, educação e assistência social. Inspirada nessa experiência a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) lançou também no ano de 2014 o Projeto Redes. O objetivo era apoiar e financiar as iniciativas semelhantes ao Programa *De Braços Abertos*, em nível municipal, direcionando recursos para mais de 30 cidades, configurando a terceira onda da experiência brasileira com Redução de Danos (Petuco, 2020).

Inicialmente, essas foram as práticas que deram início a Redução de Danos no Brasil. É um processo complexo. Cuidar em liberdade é preciso, porém a sociedade pede a segregação. Por isso é necessário desconstruir estigmas.

Posterior ao início da Redução de Danos no controle do HIV em Santos, o Governo Brasileiro, através do “Programa Nacional de Aids, criou um primeiro financiamento nacional para ampliar as estratégias de limpeza e troca de seringas, (*outreach work*) e promoção de Redução de Danos para controlar o crescimento do HIV entre pessoas que usavam drogas injetáveis” (Mesquita, 2020, p. 12).

Surgiram das estratégias das trocas de seringas duas entidades importantes e fundamentais: a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA, fundada em 1997) e a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC, fundada em 1998). Em meio acadêmico o tema sobre drogas também progrediu, os centros de excelência em políticas públicas sobre drogas como o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) ambos da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), impactaram de forma positiva ao desenvolvimento de estratégias no país. Esses momentos históricos, sem dúvida colaboraram para a criação dos CAPS, posteriormente a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS ajudou na implementação e organização da Saúde Mental no Brasil (Mesquita, 2020).

Diante de interesses políticos, foi publicado em 11 de abril do ano de 2019 pelo Diário Oficial da União, o Decreto de número 9.761, retirando a Redução de Danos do âmbito da Política Nacional sobre Drogas e em seu lugar foi colocada a velha e fracassada proposta de abstinência, afastando-se das preciosidades da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (Diário Oficial da União, 2019). Porém, a Redução de Danos não se exclui por decretos ou

portarias. Ela é uma ética do cuidado. Vai além de qualquer posicionamento político contrário ao cuidado em liberdade. É um ato de resistência com o cuidado em liberdade.

Segundo Nery Filho (2019) passados mais de 30 anos da primeira iniciativa brasileira de Redução de Danos, pode-se dizer que as experiências a nível internacional demonstra que o que funciona em relação ao consumo das drogas são o conjunto de ações articuladas, estruturas assistenciais, jurídicas, legislativas, comunitárias e administrativas.

Mais do que a eliminação do uso de drogas, a redução de danos busca através de estratégias planejadas e articuladas favorecer que o uso de drogas produza o mínimo de danos possíveis à sociedade e aos cidadãos. A estratégia fundamental desta última, competência dos governos, se apoia na educação sanitária, voltada para alcançar a modificação de conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde das pessoas, grupos e comunidades, incidindo sobre os determinantes de saúde individuais, comunitários e sociopolíticos (Nery Filho, 2019, p. 5).

Importante acrescentar alguns pontos sobre a redução de danos, baseados na escrita preciosa de Antônio Nery Filho: 1- muitas pessoas desejam consumir drogas e não apresentam problemas, outras sim, podem ter efeitos negativos associados ao consumo, por razões distintas, não querem abandonar o consumo; 2- a redução de danos reconhece a liberdade individual, incluindo o direito de consumir drogas; 3- o potencial de risco derivado do consumo, tem a ver com as características individuais e expectativas, dose, tipo da droga, padrão de consumo, circunstâncias ambientais e sociais; 4- as intervenções de RD envolvem os níveis: político, legal, individual e comunitário. As intervenções devem repercutir em todas essas esferas, agir não somente sobre as percepções sociais, mas também sobre os aspectos jurídicos e legislativos, pois eles influenciam fortemente nas percepções sociais; 5- o uso de drogas é um fenômeno complexo e variado, incluindo distintos tipos de relação com as substâncias, desde um consumo excepcional, ocasional, recreativo ou grave dependência, exigindo assim intervenções ajustadas a cada um; 6- os danos são multidirecionais; o receptor do dano pode ser tanto o indivíduo quanto quem está no contexto social mais próximo (família, vizinhos, amigos) ou a sociedade como um todo, os danos podem ser atenuados, sem abstinência ao consumo; 7- a competência e responsabilidade do consumidor deve ser promovida, eles devem se implicar no planejamento das estratégias que atendam as necessidades próprias; 8- muito dos danos resultantes do consumo de drogas são gerados como produto da estigmatização social, a qual algumas políticas reforçam. Reconhece-se que algumas condições sociais como precariedade social, isolamento, racismo, marginalização e pobreza podem afetar a autonomia e a capacidade de reduzir danos e riscos dos indivíduos, ficando impossibilitados, como consequência de realizar um

comportamento mais saudável; 9- a ilegalidade de algumas drogas origina a rede potente de traficantes, que escapam em geral do processo penal, e conseqüentemente favorece a marginalização de alguns consumidores que fazem delinquência para o custeio elevado do preço das drogas ilegais. Frequentemente as drogas são adulteradas e não tem o controle sanitário; 10- os objetivos assistenciais são orientados basicamente pela abstinência, o fato de serem exigentes e rígidas não tem a aprovação dos próprios usuários gerando expectativas pouco realistas, frustrações entre os profissionais, decepção e distanciamento dos consumidores. A abstinência pode ser uma possibilidade, mas nunca uma obrigação a ser obtida pelo tratamento, e sempre de acordo com o desejo e circunstâncias do usuário (Nery Filho, 2019).

Concluindo, a Redução de Danos propõe uma clínica radicalmente aberta, ampliando a noção de acolhimento para além de uma mera conversa, propondo um *ouvido atento e aberto*, até mesmo para ouvir o que não gostaríamos.

3.2 A POLÍTICA DE ABSTINÊNCIA E A GUERRA ÀS DROGAS

Habitualmente se constroem questões em relação às drogas, sobre os usuários e sobre a rede. Hoje em dia, interna-se mais pacientes usuários de álcool e drogas que psicóticos, isola-se o consumidor que não produz, ou seja, que está inapto ao mercado capitalista.

Apesar de conhecer o potencial de abuso e dano dessas drogas, eu enfatizava que os dados científicos a seu respeito, em geral, eram mal interpretados, com uma ênfase deformada nos relatos episódicos. Explicava que essa situação não apenas estigmatizava de forma equivocada, os que usam e abusam das drogas, como também levava a adoção de políticas erradas (Hart, 2014, p. 308).

Esse ponto é esclarecedor. Por isso é necessário que os profissionais engajados na clínica álcool e drogas saibam realmente do que se trata, o que está em jogo. As descrições de nosso primeiro capítulo não são em vão. Aos profissionais que já estão com a carreira consolidada pode ser desnecessário, mas para os que estão no início do percurso, pode ser válida a problemática em questão. As avaliações errôneas e as descrições sem fidedignidade causam problemas de ordem às vezes inimagináveis, como os que ocorrem com frequência. As internações compulsórias e involuntárias são em sua maioria advindas de tais *avaliações*.

No início do século passado foi iniciada a política proibicionista que com o passar do tempo foi ganhando uma proporção gigantesca. No governo do então presidente dos Estados Unidos da América, Richard Nixon, foi anunciado que o uso abusivo de drogas era o inimigo número um dos EUA e logo foi decretada a *Guerra às drogas*, em 1971 (Mesquita, 2020).

A política de *guerra às drogas* se originou através de um viés conservador e moralista. A partir disso surgiram medidas proibicionistas e rígidas, que geram fiscalização e gastos. No Brasil, por exemplo:

os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro gastaram, juntos, ao menos 5,2 bilhões de reais para a aplicação da Lei de Drogas em 2017 – o equivalente a 12% de todas as despesas com segurança pública, justiça criminal e prisões nesses dois estados naquele ano. O valor consta no estudo divulgado pelo Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC). A título de comparação, tal quantia seria suficiente para comprar mais de 90 milhões de doses da vacina do Butantan contra a Covid-19 e imunizar 21% da população brasileira (Telles, Arouca, & Santiago, 2018).

A atual configuração das políticas de álcool e outras drogas no Brasil, origina-se no paradigma da proibição, que teve seus parâmetros desenhados na década de 1980, baseada em uma lógica belicista. A política antidrogas no Brasil teve um forte endurecimento no período da ditadura militar, contribuindo para o aumento da violência policial. Os efeitos mais visíveis da *Guerra às drogas* são o encarceramento em massa e o extermínio. O Brasil é o terceiro país com maior população carcerária do mundo, atrás dos Estados Unidos e da China. (Telles, Arouca, & Santiago, 2018).

Desde a Lei de Drogas (Lei no 11.343, de 2006), o número de presos por tráfico aumentou 339%.

No Brasil, a política da guerra às drogas afeta desproporcionalmente as regiões periféricas dos centros urbanos [...]. É pela mira do fuzil que o Estado brasileiro olha para as favelas e periferias. E, no que se refere à política de drogas, a estratégia prioritária adotada pelos governos é a do confronto e a da guerra. As táticas para combater o mercado ilegal de drogas são bem conhecidas por todos: incursões policiais frequentes, fazendo uso irrestrito de armamento pesado, com o objetivo declarado de desmantelar organizações criminosas e apreender substâncias ilícitas (Telles, Arouca, & Santiago, 2018).

A estratégia de repressão e proibicionismo do *Diga não às Drogas*, só colabora para o aumento da marginalização, preconceito, estigma e segregação.

O clima de guerra contra um objeto inanimado, a droga, é muito curioso. No Brasil as discussões na Televisão e nas escolas são enganosas. O Programa Educacional de Resistência

às Drogas e à Violência (PROERD) é um exemplo significativo, é o emblemático *caso de polícia*, implantado em 1992 no Brasil. É um programa educacional brasileiro que se baseia no Drug Abuse Resistance Education (DARE), programa norte-americano, nascido em 1983. (Ferraz, s.d.). Busca-se transmitir o recado de valorização à vida e distanciamento das drogas e da violência. Vários estudos indicaram a ineficiência do Programa, a seguir um para exemplificar:

André Julião | Agência FAPESP – Estudo conduzido por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) em 30 escolas da capital paulista mostrou que o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (Proerd), implementado no país desde a década de 1990, não teve efeito na prevenção do uso de álcool e drogas nas crianças e adolescentes que participaram da pesquisa e, em alguns casos, teve desfechos contrários aos esperados (Agência FAPESP, 2021).

Neste contexto seria ideal o debate aberto, pois o impacto advindo do *Guerra às Drogas* e clandestinidade do tráfico são significativos em nossa sociedade. O ideal seria uma política que realmente compreendesse a existência do uso de drogas como um fator constante e que faz parte da história e não como um problema que possa ser eliminado.

O neurocientista Carl Hart descreve uma interessante medida adotada por Portugal. A droga de uso recreativo é permitida, para o suprimento de até dez dias. Criaram uma Comissão de Dissuasão do Vício em Drogas, formada por um assistente social, um profissional da área médica, como psicólogo ou psiquiatra e um advogado. Os usuários que são apanhados pela polícia com drogas, recebem uma multa de trânsito, ao invés de serem detidos ou estigmatizados com um registro policial, são intimados a comparecer perante a comissão, que foi criada exatamente para enfrentar um possível problema sanitário e também para estimular os usuários a debater honestamente sobre o consumo, com profissionais que agirão como especialistas e conselheiros. A pessoa é avaliada e caso não tenha problema com as drogas paga somente a multa; caso tenha, é encaminhada para tratamento com um especialista indicado (Hart, 2014).

Devemos considerar mais o meio de utilização e menos a droga. Não se trata de ajudar as pessoas a chegarem na abstinência, mas sim diminuir o sofrimento e evitar riscos relacionados às formas de uso. Um deslocamento que se efetiva a partir da ampliação do olhar e da intervenção em saúde. Estratégia construída fora do campo das drogas, mas que retorna para ele.

Ao considerarmos que o caminho do crime é a cadeia, do doente o hospital e do pecador o inferno, percebemos que se mudarmos o contexto mudaremos também o

caminho trilhado por estas pessoas sem necessariamente mexer com a individualidade e com as escolhas pessoais (Siqueira, 2021, p. 28).

Com sabedoria devemos estimular a autonomia, rever a noção de autoridade e até mesmo romper com o poder de elites sobre o comportamento da maioria. Isso é político. Não devemos focar na abstinência, afinal, quando restringimos somente a isso, anulamos as possibilidades de promoção de saúde para quem não deseja interromper o uso. A ampliação da singularidade do sujeito permite atender demandas para além da substância.

3.3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As Comunidades Terapêuticas (CTs), chamadas também de *fazendinhas*, surgiram no continente europeu, no fim da década de 50 do século XX. Um grupo de alcoolistas americanos, buscavam viver em comunidade, entre os pares, para que juntos conseguissem alcançar à abstinência, o grupo se apoiaria e se ajudariam mutuamente.

Um dos grupos *mais importantes* de autoajuda nestas instituições são os Alcoólicos Anônimos (AA). A centelha que daria origem ao primeiro grupo de AA foi acesa em Akron, Ohio, Estados Unidos, em 10 junho de 1935 (comemorada como a data da fundação do AA), durante uma conversa entre Bill W. Ebby, alcoólatra, corretor de ações da Bolsa de valores de New York e um médico de Akron Dr. Robert S, conhecido como Dr. Bob, um cirurgião, também alcoólatra. A filosofia do AA vem do Grupo de Oxford, um movimento religioso popular que praticava o autodesenvolvimento e o autoinventário, admitindo erros, usando prece e meditação e levando sua mensagem aos outros (Alcoólicos Anônimos, 2015).

Segundo o livro dos Alcoólicos Anônimos, conhecido como Livro Azul, os princípios básicos do programa de AA são válido para vários estilos de vida e diversas nacionalidades. “Os Doze Passos que resumem o programa podem ser chamados de *Los Doce Pasos* num país, *Les Douze Etapes* em outro, mas traçam exatamente o mesmo caminho para recuperação que foi desbravado pelos primeiros membros de Alcoólicos Anônimos” (Alcoólicos Anônimos, 2015, p. 19).

Segundo o Livro Azul (2015) o alcoólatra sempre será absolutamente incapaz de parar de beber, baseando-se unicamente em seu conhecimento próprio. Dessa forma confiam em um Poder Superior. Mesmo que o AA diga que não é baseado em nenhuma religião, o livro coloca

como impossível a tarefa do livramento da bebida sem *uma imediata e profunda 'consciência de Deus'*, terceiro, quinto, sexto e décimo primeiro passo traz a palavra Deus; no sétimo passo: *Ele*, remetendo ao *Deus* do sexto passo.

A organização das CTs partem de um modelo de instituição total, como foi nomeada por (Goffman, 1988). Os indivíduos são mantidos em um ambiente de caráter residencial, rural, 24 horas por dia, segregados do contato social e do mundo exterior, sem acesso a realidade da vida, trabalho remunerado, familiares, dificuldades etc.

O objetivo é recuperar o *doente* e reabilitá-lo para viver em sociedade. O sistema é estruturado por disciplina, horários, regras, normas e principalmente abstinência de drogas e sexo. O tratamento em CT se dá de forma em que as práticas tendem a uniformizar os indivíduos e privilegiar o grupo, o coletivo, e é denominado também de *Programa de vida*.

Há, ainda, contribuições da metodologia Minnessota de “essência predominantemente espiritual, e baseada na ajuda mútua e nos 12 passos”, cujo tratamento “busca incutir esperança através da confiança no poder divino superior”; e do método Synanon, “de essência predominantemente analítica”, baseado na “autoconfiança do indivíduo” e na laborterapia (Ribeiro & Minayo, 2015, p. 517).

A partir da década de 90 do século XX, iniciou-se no Brasil o debate com a finalidade da regulamentação do trabalho das comunidades, visando privilegiar formas de tratamento *menos invasivas*, com maior respeito às pessoas, suas dificuldades e interesses (Brasil, 2002 [b]). A partir de tal debate, surgiu a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) proposta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) 101/01 (Brasil, 2002 [b]) que regulamenta e dá os requisitos mínimos para o funcionamento das CTs e outros serviços assemelhados (clínicas particulares que funcionam com os mesmos parâmetros). Atualmente, foi revisada a RDC – tornando-se RDC ANVISA 29, de 30 de junho de 2011 (Ministério da Saúde, 2011). As comunidades devem seguir alguns padrões, porém, não é bem assim que acontece, haja vista que existem denúncias bastante recorrentes de violações dos direitos humanos.

Em sua grande maioria, o *tratamento* nas CTs é baseado no tripé: Laborterapia (trabalho), Espiritualidade (religião/oração) e Conscientização (estudos dos 12 passos, livros de AA, Amor exigente e bibliografias voltadas para o entendimento da *doença*). A filosofia dominante e que direciona as reuniões é sempre a dos 12 Passos. A espiritualidade é voltada prevalentemente para religião cristã, católica, às vezes evangélica, ainda que de forma camuflada, e o trabalho, em forma de laborterapia, ocorre em escalas obrigatórias.

A então nomeada *dependência química*, é considerada *doença progressiva e de fins fatais* pelos discursos voltados para a internação. Nestas internações não existe subjetividade. A rotina é prescrita. Tudo acontece em nome do grupo: horário para acordar, dormir, banho (tempo máximo de 10 minutos), alimentação, laborterapia, televisão, visita mensal, grupos de autoajuda, ligação etc. Aos internos que não seguem as *sugestões* podem ser aplicados castigos físicos e morais, e ainda a retirada de direitos básicos (visita, ligações), quando um erra, todos pagam pelo erro, ficam sem o *lazer*.

Nos anos de 2013 e 2014 tive a oportunidade de estagiar em uma Comunidade Terapêutica e ser contratada posteriormente por um período. Acredito que a prática é essencial em algum momento para compreendermos com mais fineza o que se passa em campo. Na realidade, é uma oportunidade única para se assimilar teoria e prática, e foi neste período que pude perceber sobre os pontos citados acima, também em relação da metodologia Minnessota e do método de Synanon.

Na Comunidade referida e também em sua grande maioria, existia o tripé como parte do programa: Laborterapia, Espiritualidade e Conscientização. A filosofia que permeava as reuniões era a dos 12 Passos e literaturas afins e a Espiritualidade sempre voltada para religião católica, com imagens de santos por todos os lados.

Os *residentes* passavam por fases de avaliação e a cada três meses a equipe técnica (coordenadora da instituição, psicóloga e monitor) se reuniam. No dia anterior à avaliação, o *residente* recebia um questionário a ser respondido e levado no dia agendado, para sua avaliação. Neste momento eram avaliadas algumas *fases*: uma lista progressiva com *sugestões* do que deveria ser *tratado*, como *indício de evolução*. Cada residente era identificado com o crachá escrito seu nome e com a cor correspondente à fase em que estava naquele momento. Apresentaremos a seguir as quatro fases/etapas que os residentes deveriam seguir para serem avaliados. As escritas são baseadas nos banners que ficavam expostos no refeitório da instituição.

PRIMEIRA FASE: Cor verde -> Desintoxicação do Corpo: 1º, 2º, 3º e 4º Passo (Livro e Apostila); 1º, 2º, 3º e 4º Princípios do Amor Exigente; iniciar o 4º Passo Escrito; Adaptação ao Programa; Disciplina; Pontualidade; Respeito a si e ao próximo; Comunicação clara e direta; Aprender a perguntar; Aprender pedir ajuda e permissão; Organização; Guarda-roupas bem arrumado; Educação; Higiene; Atenção; Concentração; Correção Fraternal e Metas diárias.

SEGUNDA FASE: Cor Amarela -> Desintoxicação do Corpo: 5º, 6º, 7º e 8º Passo (Livro e Apostila); 5º, 6º, 7º e 8º Princípios do Amor Exigente; Verbalizar o 5º Passo; Responsabilidade; Cooperação; Colaboração; Acolher novatos; Ser exemplo; Aceitação;

Autoconfiança; Paciência; Autoavaliação; Participação; Pedir ajuda; Humildade; Lidar com cobranças, frustrações e perdas; Cuidar da saúde da CT; Desenvolvimento emocional; Perdão; Coordenar reuniões; Dever e querer; Buscar doações; Saídas com autorização da equipe e Metas semanais.

TERCEIRA FASE: Cor Vermelha -> Ressocialização: 9º, 10º, 11º e 12º Passo; 9º, 10º, 11º e 12º Princípios do Amor Exigente, Acolher novatos; Coordenar reuniões; Cuidar da saúde da CT; Serenidade; Compaixão; Gratidão; Participação Ativa; Cooperação; Ajudar os crachás verde e amarelo; Ser exemplo; Responsabilidade; Vivenciar a Literatura; Pensar antes de agir; Doar mais que receber; Colaboração; Saber ouvir; Saber esperar; Vivenciar o trabalho; Auto equilíbrio; Priorizar o Dever e Metas Mensais.

QUARTA FASE: Cor Azul -> Prevenção de Recaídas: Integração; 12 Passos, Gratidão; Ouvir mais; Amadurecimento; Honestidade; Aceitação; Ser exemplo; Auto equilíbrio; Acompanhar regras e Organização da CT; Cuidar da redução de despesas da CT; Motivar o grupo; Auxiliar monitoria e coordenação; Responsabilidade; Acolhimento de residentes; Doar mais que receber; Coordenar reuniões; Cuidar da Saúde da CT; Responsabilidade por levar observações e informações à Equipe; Metas trimestrais; Vivenciar itens dos crachás anteriores e Ajudar residente da CT.

Na verdade, o que parece é se tratar de um tratamento moral, que tenta moldar o comportamento e caráter dos *residentes*, juntamente com práticas segregativas, sem vistas à subjetividade, uma total anulação do desejo. Obviamente, como toda regra tem sua exceção, determinado público privilegia tal instituição, ainda mais com as *garantias de cura*.

Um dos grandes causadores de tanta adesão se dá em decorrência *das imagens* que são passadas para os familiares, são dizeres *sedutores*, *o tratamento funciona* e também das falhas nas políticas públicas, com a falta de dispositivos projetados na RAPS. Como os usuários estão longe das drogas ganham peso e não estão em casa *dando trabalho*, queixa recorrente dos familiares. A família se sente segura, obviamente. Ora, se o usuário está em ambiente protegido, claro que não haveria de ser diferente neste momento, a abstinência vem em decorrência da situação e não por uma escolha ou desejo. Mas posteriormente à saída, muitas das vezes o uso é retomado, com frequência no mesmo dia da *alta* ou *abandono do tratamento*.

O discurso de CT sobre doença, insanidade mental, recuperação, alcoólico anônimo, dentre outros nomes traz um viés patologizador. Ao rotular o usuário de drogas de doente, exclui-se o sujeito, não há subjetividade, apenas um ser que perdeu o controle de sua vida e deve aos 12 passos total submissão para o sucesso. A situação é tão complexa que o indivíduo perde sua singularidade e nomeação, ao se apresentar em grupo o nome deve ser omitido, neste

lugar surge: *eu sou um alcoólico anônimo*. O que está em jogo nestas instituições é o *Discurso do Mestre*.

3.4 ESTIGMA E SEGREGAÇÃO: MANICÔMIO SEM MUROS

Lacan em (1967) fala sobre a produção da segregação pela conjunção da ciência ao capitalismo, cujo paradigma real é o *campo de concentração*. A internação em *Clínicas* e em CTs concretizam o aumento do estigma e conseqüentemente da segregação. É importante tratar sobre o tema da segregação, pois através dele é possível elaborar sobre os modos de operação e das conseqüências práticas dos discursos sociais.

A cultura promove um estranhamento direcionado ao sujeito que faz uso de tóxicos e ao doente mental. Na cena social existe o senso-comum que relaciona a loucura com a incapacidade do sujeito em estabelecer trocas sociais, logo esses sujeitos experimentam o estigma e preconceito de uma sociedade capitalista; tais situações dificultam a Reforma.

Sobre os impasses das institucionalizações, Alverga e Dimenstain (2006, p. 300) apresentam os seguintes pontos:

diminuição importante, mas ainda insuficiente, dos gastos com internação psiquiátrica (modelo hospitalar ainda dominante, o que reflete a política ideológica dos hospitais psiquiátricos), fragilidades em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e da formação profissional, bem como um imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura.

Dos pontos descritos, nos interessa dar ênfase maior ao imaginário social, que é carregado de estigma e preconceito e que colaboram para as dificuldades, o que será descrito a seguir como *desejos de manicômio*. Os atravessamentos e desafios impostos para se concretizar de fato a RP não são de fácil tarefa, somos constantemente capturados por nossos desejos de controle, normatização, subjugação, ou, em outras palavras, nossos “*desejos de manicômio*” (Alverga & Dimensatin, 2006, p. 314). Machado e Lavrador (2001, p. 46) dizem sobre os *desejos de manicômio*:

eles (*desejos de manicômio*) se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que

aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele.

É preciso abrir possibilidades de escuta para ofertar o cuidado, rotas possíveis de acolhimento e respeito, priorizando o vínculo. O profissional deve se apresentar despido de qualquer preconceito moral, tarefa difícil, porém necessária. Precisamos desconstruir alguns paradigmas como nos lembra Alverga e Dimenstain (2006, p. 304), “posto que partimos do entendimento de que a desinstitucionalização necessita da desconstrução das relações sociais calcadas no paradigma racionalista problema-solução, processo que atribui nexos causais entre o diagnóstico e prognóstico, entre doença e cura, exclusão e reinserção”.

Em especial, a oferta de tratamento em relação ao alcoolista ainda consiste em embaraços. Trata-se de um grande desafio, não somente para os usuários, como também para os profissionais da saúde. Atualmente, as políticas públicas direcionam que o tratamento seja ofertado de forma humanizada (eixo norteador através do programa Humaniza SUS), com práticas de acolhimento, escuta qualificada, tratamento no território com equipe interdisciplinar, rompendo o modelo biomédico (Brasil, 2001). Tão estranho humanizar o que já é do humano!

A problemática em relação ao uso de álcool aponta para a existência de índices significativos que implicam em questões sociais, econômicas, familiares, judiciárias e psicológicas. Em especial no campo social existe muita resistência e a velha tentativa de higienismo, criando um embate com a proposta do cuidado em liberdade. O campo do álcool tem gerado uma tensão entre os profissionais.

Somos feitos de histórias, somos tomados por emoções e sentimentos, que podem se atualizar a cada encontro com o outro, no próprio encontro entre trabalhador da saúde e usuário. Não há neutralidade total, por isso existe a dificuldade em lidar com certos sujeitos. Merhy (2005, p. 6) nos adverte que:

o mundo do trabalho, nos encontros que provoca, abre-se para nossas vontades e desejos, condenando-nos também à liberdade e a estarmos diante de nós mesmos, nos nossos atos e nossas implicações. Tomar o mundo do trabalho como escola, como lugar de uma micropolítica que constitui encontros de sujeitos / poderes, com seus fazeres e saberes permitem abrir a nossa própria ação produtiva enquanto um ato coletivo e como um lugar de novas possibilidades de fazeres, a serem extraídas do próprio encontro e do próprio fazer, ao se desterritorializar dos núcleos profissionais e se deixar contaminar pelo olhar do outro do campo da saúde: o usuário, individual e coletivo, como lugar de um complexo modo de viver o mundo. Abrindo-nos, em ato, para novos engravidamentos e partos.

Essa implicação reflete em como nós profissionais vamos ofertar o cuidado. Precisamos ter clareza em nossas ações e deveres, nosso compromisso ético. Cuidar de nossas emoções, pois afetamos e somos afetados, por isso é tão importante o processo de análise pessoal.

O campo das intervenções psicossociais deve ser direcionado para a potencialização das capacidades existentes no sujeito, visando à busca pela autonomia, a superação das dificuldades existentes, a reinvenção e o fortalecimento de caminhos possíveis (Alves & Francisco, 2009). E tal prática deve ser pensada com a interdisciplinaridade, pois o permanente diálogo entre os diversos campos de atuação colaboram para a efetivação da desinstitucionalização e cuidado.

No artigo 2º da Portaria 3088/2011 que 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, fica instituído como diretrizes para funcionamento: “combate a estigmas e preconceitos; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos”. Dessa forma precisamos desconstruir os estigmas e preconceitos (Brasil, 2011).

Como pensamos em um possível estigma, precisamos delimitar o que queremos dizer com isso. O estigma e a discriminação funcionam como padrões recorrentes e reiterados de interação social, e dos quais nada podemos esperar senão desrespeito, o que repercute nas diversas situações. Compreender, identificar e debater estigma e discriminação é mais do que explorar academicamente uma categoria da psicologia social (Monteiro & Vilela, 2013).

Para Goffman (1988), o estigma é definido como um atributo negativo (depreciativo), que torna o sujeito diferente, diminuído ou possuidor de uma desvantagem. Assim, é estabelecida uma relação entre certos atributos e estereótipos que fomenta manifestações de discriminação entre os sujeitos ou grupos portadores das marcas tidas como indesejáveis.

O estigma, o preconceito e a exclusão social da sociedade frente aos usuários de drogas, são situações que contribuem para a perda do valor social, influenciando no modo de como eles próprios se veem. As atitudes de discriminação com usuários de álcool e outras drogas se concretizam com a falta de oportunidade para trabalho, afastamento dos amigos e familiares, a sociedade rechaça os sujeitos.

Como o estigma é forte, a questão cultural manicomial se mantém arraigada à sociedade. São inúmeras as solicitações de internações involuntárias, pedidos de laudo para internações compulsórias, que permanecem ao longo da história reforçando as dificuldades. Há uma recusa dos familiares em buscar o tratamento em liberdade. Existem fortes críticas ao modelo de

redução de danos e sobre o espaço da permanência-dia, espaço que em sua grande maioria não é visto como espaço de cuidado, mas sim de folga – *lugar de curar ressaca*.

Goffman (1988) fala em três tipos de estigmas, o que nos interessa está ligado “às culpas de caráter individual” (p. 7), no que se encaixa o alcoolismo, ou seja, um *traço indesejável* que afasta a sociedade dos alcoolistas, reduzindo-os a mera categorização, colaborando com o distanciamento social. O mesmo autor, nos diz sobre “o normal e o estigmatizado, eles não são pessoas, são perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro” (p. 117). Logo, se são perspectivas, são passíveis de mudanças.

Em linhas gerais, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem como proposta ser um espaço de criatividade, de construção de vida e identidade que, ao invés de excluir e estigmatizar, deve ser lugar de acolhimento, de cuidado e de estabelecimento de pontes com a sociedade.

A relação empobrecida entre profissional e paciente implica na dificuldade de se construir o vínculo terapêutico e pode trazer impasses diante da construção do projeto terapêutico singular. Feuerwerker (2014, p. 8) nos apontam que “por isso mesmo tem sido tão difícil ‘conquistar a adesão’ às propostas terapêuticas, sobretudo nas situações crônicas”. Para sustentar a existência dos usuários sem a institucionalização é necessária a percepção de uma visão mais ampla para oferta de cuidados. A desinstitucionalização deve ser responsável, o tratamento deve tornar-se criação de possibilidades concretas de interação social na comunidade e de subjetivação, assim existirá a possibilidade de diminuir estigmas.

Com os avanços da Reforma Psiquiátrica ainda assistimos às práticas manicomiais internas. Ousamos dizer que a RP ainda está engatinhando. Os avanços são lentos e caros; é mais fácil encaminhar para a Comunidade Terapêutica um paciente problemático, ou mesmo solicitar a internação compulsória que propor um tratamento. *Dá menos trabalho* esta forma de institucionalizar: trancar, sem cuidar em liberdade.

A nova institucionalização se dá muitas vezes no âmbito dos *serviços substitutivos* ao manicômio, mesmo com uma intenção, discurso e filiação ideológica antimanicomial, a favor da reforma psiquiátrica. Apesar disso muito dos problemas relacionados ao manicômio são sustentados, cultivados na relação cotidiana, da nossa forma de pensar (Goulart & Valente, 2023).

O vínculo às vezes é de cuidado, de afeto, mas também pode gerar dependência. Essa dependência está revestida de uma relação afetiva, que por sua vez não favorece o processo de desenvolvimento, favorece a proteção, e no fundo, vemos que o que está na base desse processo

é um descrédito, como se o outro não fosse potencialmente capaz de lidar com as contradições da vida e dos processos.

Esse processo da nova institucionalização nos CAPS cultiva os vínculos históricos entre os transtornos mentais e exclusão social. Esta lógica nada mais é que cultivar de certa maneira o modelo manicomial, ou seja, é uma forma de entender que o manicômio é mental, é sem muros, na relação de objeto que temos com o outro. Uma pessoa inanimada, sem desejo, sem projetos, sem voz. O indivíduo que não é digno de consideração da sua condição de agente e de sujeito. Essa relação manicomial na qual o outro é objeto é uma relação sem vida, uma relação que está fundamentada na burocratização dos papéis sociais, numa forma de hierarquia moral, na qual nos julgamos superior ao outro – *o meu saber é superior ao do outro*, e, portanto, a nossa voz de alguma maneira cala a voz do outro. É uma maneira de reproduzir a lógica dos confins do manicômio, dos HPs terríveis, que foram sustentados durante décadas (Goulart & Valente, 2023).

Os manicômios são subjetivos, pois têm a ver com a qualidade dos processos e das relações, a maneira como nos sentimos nesse espaço. Essa relação de manicômios subjetivos encontramos não somente nos CAPS, mas também nas escolas, nas UBSs, nas Universidades, na forma que tratamos a diferença: uma ótica objetal. Isso implica em pensar as questões de forma fragmentada, como se passássemos a não ser um agente do processo. A relação que temos com o processo de vida, se dá em relação a uma externalidade, aqui também se dá a alienação, que acontece de uma maneira radical no manicômio. O manicômio vai se solidificando em nossas práticas, nas relações, e vai adquirindo roupagens sutis, imperceptíveis.

Quanto mais patologização vai se criando, mais nos descuidamos das outras dimensões da vida: subjetiva, cultural, histórica, social, e vamos medicalizando os sujeitos. A relação com a medicalização dificulta que entre em jogo o processo de se pensar a subjetividade. Precisamos sempre refletir sobre os processos – como se dão, teorizar o que se passa – senão incorremos no praticismo, a prática pela prática, a famosa *fazeção*, dita nas reuniões de equipe, dissociada de uma capacidade de enxergar os problemas. Somente o discurso e bandeira de antimanicomial não são capazes de garantir qualidade no acompanhamento em saúde mental.

Não precisamos nos centralizar nos psicodiagnósticos como tem sido na história da saúde mental/psicopatologia e colocá-los como foco da atenção. Precisamos compreender e dialogar com as formas do sofrimento psíquico que não pode ser negligenciado, levar em consideração os processos sociais, históricos, culturais e políticos, sermos capazes de compreender a dimensão subjetiva e trabalhar com ela, criar estratégias (Goulart & Valente, 2023).

A despatologização não implica no desconhecimento. Não temos que aplicar verdades universais, mas sim criar uma abertura para a construção do conhecimento sobre aquele determinado sujeito, de forma singular. A expressão sintomática pode até ser um ponto de partida, mas não somente. Temos que trabalhar com o sujeito em sua totalidade, não apenas com os sintomas. A partir da compreensão do sofrimento é possível valorizá-lo e legitimá-lo (Goulart & Valente, 2023).

Cada um tem um processo de amadurecimento e não podemos colocar nossos posicionamentos sobre o outro, como uma imposição. É preciso a escuta. Ela é um recurso central, pois a partir do diálogo, da conversa, vamos conhecer o outro e operar a partir daí, com táticas e estratégias – isso é uma forma despatologizante. A saúde mental não se dissocia do desenvolvimento subjetivo.

Quando o CAPS deixa de ver o sujeito, ele trata apenas o sintoma, como são os casos em que lemos na contrarreferência: paciente não se encaixa nos critérios de tratamento do CAPS. Aí perguntamos: onde fica o sofrimento psíquico? Onde fica a subjetividade? Ele não se encaixa em que? Apenas crise? Como ter certeza de que em um primeiro contato avaliamos corretamente? A importância da patologização segue presente nos (des)acolhimentos.

Vejamos um breve relato de uma situação que confirma as dificuldades advindas dos profissionais (não eximindo a nossa participação em algum momento). O CAPS ad III citado anteriormente como de nossa experiência de trabalho agora tem sede própria. Retornando para o trabalho no AD, fomos até a cozinha, para um lanche rápido. São duas pias. Não disseram quais seriam as especificidades delas, mas logo ouvimos de uma profissional, “não lave aí, essa pia são lavadas as louças dos pacientes”, rapidamente a resposta veio, de forma irônica: “realmente, se lavar aqui é perigoso pegar alcoolismo”. A profissional se espantou. Essas como outras, são práticas corriqueiras nos serviços de saúde mental, não somente desta realidade em questão, mas das inúmeras que presenciamos ou ouvimos relatos, até a separação dos banheiros.

Existe a discussão sobre os avanços e impasses da RP, parece haver uma descaracterização da clínica, um olhar mais abrangente que busca uma interlocução com a reabilitação psicossocial, porém isso não é bem verdade, na prática vemos os pacientes elegerem a clínica médica psiquiátrica como solução; quando os pacientes não são medicados, há logo queixas.

Então é necessário a problematização de até que ponto realmente o sujeito se implica ou não com suas questões de uma forma mais genuína. Quando paramos para nos questionar sobre o caminhar do CAPS ad, nos deparamos com o paciente que elege uma nova droga – a medicação – para tratar o seu mal-estar. As agendas médicas ficam cheias, com um grau de

adesão *invejável*. As agendas dos psicólogos ficam cheias também, porém sem muita assiduidade e importância. Lançar mão do fármaco é viável, uma resposta rápida, instantânea e ao alcance das mãos, sem qualquer mal-estar ou implicação.

3.5 QUAL PSICANÁLISE PARA QUAL SAÚDE MENTAL?

Partindo de uma das provocações do belo livro dos psicanalistas Christian Dunker e Fuad Kyrillos, intitulado *Psicanálise e Saúde Mental* (2015), ficaram várias questões e provocações a serem pensadas. Em um breve recorte, os autores desenvolveram, a partir da leitura de Luis Cláudio Figueiredo, três configurações para se pensar a articulação histórica entre Psicanálise e saúde mental. Aqui tentaremos articular alguns pontos que se extrai dos autores juntamente com o que se passa na prática em questão, uma tentativa de interlocução.

Primeira configuração: a Psicanálise contribui com uma teoria capaz de promover uma diagnóstica de fundo, em relação a uma psiquiatria indefesa com teorias sobre hereditariedade, e ainda participa de um dispositivo disciplinar. Uma teoria que trata a subjetividade institucionalizada (Dunker & Kyrillos Neto, 2015).

Segunda configuração: a Psicanálise fornece uma condição de matriz de simbolização e de correlação de diferenças, servindo a uma determinada antropologia moderna. Contendo uma aspiração de universalidade, a Psicanálise delimita um sujeito do desejo, que através de uma convergência dialética ou mesmo estrutural toma conflitos periféricos, variedades etnográficas e outros (Dunker & Kyrillos Neto, 2015).

Terceira configuração: a Psicanálise dentro das práticas de saúde mental, é entendida como uma antropologia adequada para esta nossa região ao sul do Equador. Tanto é adequada que o modelo extraído do texto *Totem e Tabu*, que trata do mito fundacional freudiano, apresenta um modelo e um anti-modelo trabalhando a criança, o primitivo e o adoecimento psíquico, tudo isto baseado no ato do banquete totêmico. O mal-estar em todas as suas variedades e diferenças serão pensados a partir do narcisismo e da identificação, na dimensão pessoal e dos laços familiares (Dunker & Kyrillos Neto, 2015).

O livro discute no espaço que reúne Psicanálise e Saúde Mental, dissolução das formas de tratamentos e políticas de cura e uma condição de falência da clínica, como intitulam os autores.

Vamos às formulações: “As políticas substitutivas em saúde mental acabaram indiretamente, e quiçá despropositadamente, se transformando em políticas contrárias à clínica, seja ela psicológica, psiquiátrica ou psicanalítica” (Dunker & Kyrillos Neto, 2015, p. 16). Aqui fica um questionamento: o que tem colaborado para as políticas contrárias à clínica? Seria a gestão? As equipes? A (des)organização da rede?

Acreditamos que alguns dos impasses que complicam a dimensão clínica nas instituições se dão em decorrência da desorganização da rede, das falhas, furos nas políticas públicas e verbas, falta de diálogo, e principalmente a falta de dispositivos para ofertar de fato o cuidado em liberdade. Frequentemente as Comunidades Terapêuticas são utilizadas como refúgio/lar dos usuários. Quando os vínculos familiares estão rompidos ou fragilizados e o usuário não tem para onde ir, recorre à CT, pois na realidade de inúmeros municípios há falta de Unidade de Acolhimento Transitório ou Abrigos. O próprio CAPS ad III já encaminhou pacientes para CT por não ter outra possibilidade, na verdade, anteriormente existia uma *parceria* entre CAPS ad e CT, os encaminhamentos eram corriqueiros. A política da Assistência Social também falha, o usuário em situação de rua de outro município tem direito ao aluguel social, porém o usuário e morador do próprio município não, isso é inacreditável. Quando o paciente ou morador em situação de rua chega no município, não conseguimos encaminhá-lo para casa, somente para cidade mais próxima. Em alguns momentos o CAPS ad 24h, funciona como abrigo, principalmente para pacientes acidentados.

Seguindo a discussão, Dunker e Kyrillos Neto trazem como diagnóstico preliminar:

a reforma substituiu a clínica, que, de certa forma, nunca chegou a se estabelecer como um dispositivo pleno de atenção geral à população, por algo que se poderia chamar de política de gestão do mal-estar. A reforma, ao baratear as práticas de saúde mental, pela progressiva desinternação, investiu fortemente em uma clínica reduzida à distribuição de medicação e uma terapêutica reduzida a intervenções de socialização (Dunker & Kyrillos Neto, 2015, p. 17).

Aqui cabem algumas indagações: em que medida os sujeitos que utilizam esses dispositivos de saúde mental estão de fato colaborando ou não para a prática da medicalização? Até que ponto isso parte ou não de um desejo de se intoxicar cada vez mais na clínica do Álcool e Drogas?

Para além da colaboração da psiquiatria na medicalização, existe um posicionamento dos sujeitos que não podemos desconsiderar, o mal-estar e sofrimento inerente parece não ser suportado, e isso não é só na clínica ad, percebemos que é uma realidade cultural e que se apresenta no consultório também. Com a difusão da rede social, os pacientes chegam

diagnosticados pelo *Dr. Google*, com uma constante, *Eu sou* (bipolar, depressivo, ansioso). O *diagnóstico* mais ouvido atualmente é o da *ansiedade*. Qualquer mal-estar e sofrimento é nomeado como *ansiedade*, sem nenhuma implicação; uma maneira do sujeito não se questionar, só para se justificar, pois afinal, *eu tenho algo...; não está em mim...* Curiosamente, por inúmeras vezes, escutam as pessoas se queixarem na recepção, e na pressa para um não escutar o outro, chegam à conclusão que se trata de *ansiedade*! E quando indagados o que é *ansiedade*, não conseguem responder.

Em relação as intervenções de socialização, elas são mínimas, raras, quase invisíveis. Parece até não haver tratamento efetivo no território. As práticas de reinserção social e reabilitação psicossocial são escassas ou fracassadas. O estigma e o preconceito colocam impasses, principalmente em relação ao trabalho; a própria equipe se nega a dar emprego a usuários do dispositivo. Inúmeras vezes foi feita a pergunta à equipe, a cada um, *você daria emprego a usuário do CAPS?* A resposta sempre chegava prontamente: *não!* Resposta que saía com muita facilidade e certeza, sem nem um instante de hesitação.

Em alguns momentos a equipe tentava e ainda tenta mobilizar a realização de eventos extramuros, porém é sem sucesso e a adesão é irrisória. Mesmo com o transporte cedido pelo CAPS ad e a busca em domicílio, contava-se nos dedos os usuários do CAPS ad que se dispunham participar. O preconceito com a rotulação de ser um *paciente ad* vem também deles próprios.

Cabe aqui fazer um pequeno apontamento sobre a reabilitação psicossocial, ainda que ao longo do texto tenhamos feito pontuações breves. É adequado a busca pela inserção social de todos os pacientes? A reabilitação psicossocial e a clínica são para todos? Seria um ideal de normatização achar que todos devem *produzir, trabalhar, estar inserido no mercado de trabalho?* Isso são ideias do capitalismo. A inserção no mercado de trabalho não se aplica a qualquer indivíduo. Para isso existe o Projeto Terapêutico Singular. É necessário pensar e conduzir o trabalho clínico no qual o sujeito é pensado em sua dimensão singular – a velha e tão importante orientação *cada caso é um caso*. Tenório (2001 [b], p. 87) nos diz que a

atenção psicossocial e clínica do sujeito não são a mesma coisa. Mas uma pode tornar a outra possível – desde que a primeira evite dois riscos: o de impor aos psicóticos ideais de funcionamento que são nossos e aos quais ele muitas vezes não pode corresponder, e o de acreditar que o bem-estar psicossocial torna menos relevante o trabalho subjetivo da palavra.

Há posicionamentos a serem pensados tanto na clínica quanto na reforma. Benilton Bezerra pontua que a dimensão do lugar da clínica no campo de intervenção ora é supervalorizada, ora subvalorizada. Supervalorizada por grupos e pessoas que tem visão reducionista em relação à prática, no sentido de superdimensionar o trabalho individual ou grupal, mas no nível da intervenção psicológica, psicanalítica ou psiquiátrica, ou seja, da intervenção psi, o campo psi em detrimento das práticas das intervenções no campo da interação entre os sujeitos e seu meio e ambiente. O autor ainda nos indaga:

Vocês devem conhecer, as experiências que tentam fazer a ideia de transformação, apenas a aplicação radical de uma proposta terapêutica psíquica. Existe isso ainda hoje e é o campo dos que supervalorizam a ideia de clínica e criticam de reforma por supervalorizá-la (Bezerra, 1996, p. 176).

Existe os que subvalorizam a importância da questão da clínica e subdimensionam sua importância, “na medida em que acentuam, com correção e ênfase, a importância em se pensar as estruturas assistenciais que contemple a relação do sujeito com a realidade social” (Bezerra, 1996, p. 176), ou seja, que não seja reduzida a prática a uma prática apenas individual, é importante encontrar um terreno comum.

Na prática percebemos o qual importante é a dimensão clínica, porém não podemos deixar de relatar também a importância de se pensar a questão social e suas conjecturas. Os impasses sociais pesam de forma negativa no processo individual, os arranjos sociais muitas das vezes acaba por impedir alguns avanços subjetivos, principalmente em que pese a pobreza, alimentação etc.

Podemos citar um caso emblemático. Fonseca, 28 anos, mora com a mãe Maria de 65 anos, ela faz uso de bebida alcoólica às vezes (já teve problemas em decorrência do abuso de etílicos), está referenciada no CAPS I. Lima é o irmão de 34 anos de Fonseca, diagnosticado com esquizofrenia. Lima recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC), único meio de sustento da família, pois não pode existir mais de um BPC na mesma residência. O pai de Fonseca suicidou-se na frente dele com soda cáustica quando ele era pequeno. Os três têm baixa escolaridade, a questão social é precária. Fonseca está inserido em permanência-dia no CAPS ad de segunda a sexta. Todas as tentativas para diminuir os dias de PD são problemáticas. O paciente intensifica o uso de etílicos e os problemas são decorrentes pois, como ele mesmo diz: “preciso comer, a fome é triste”, dentre outros problemas. Foram feitas várias reuniões em rede, porém sem sucesso. Não há nada que a Assistência Social possa fazer. Fonseca não consegue trabalhar – tem uma questão cognitiva/cultural que dificulta – além de ser um paciente

conhecido pelo município inteiro. Ele se corta, daí acionam o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e inúmeras vezes vai para o Pronto Atendimento Municipal (PAM). Não têm oportunidades. Corriqueiramente chegam à portaria do CAPS ad e começam brigar (Maria e Fonseca). Logo após a acolhida, percebe-se que o movimento é para a obtenção de pão com margarina e café. Assim que comem a briga cessa. Em alguns momentos a equipe questiona se é adequado dar o café sempre. Pontuo: “estando com a *barriga cheia* é fácil questionar a necessidade do outro”. Resumindo, o impasse da condição social/financeira impacta de forma negativa e forte nas tentativas de avanço, mas ainda assim não desistimos.

Esse caso traz à tona a importância de não reduzirmos as questões à relação a reabilitação psicossocial ou somente à clínica, precisamos ir além, sobre o que é sofrimento, o que é terapêutico, possibilidades etc. Não podemos cair em um reducionismo. Qualquer prática clínica que tivermos em nosso horizonte com o objetivo definido de antemão que tenha a ideia de um sujeito plenamente reabilitado socialmente, sofrerá a falência.

Saraceno fala sobre três cenários: cenário habitat, cenário mercado e cenário trabalho. Dentro destes cenários desenrolamos cenas dos elementos – histórias e efeitos dentro destes elementos: “dinheiro, afetos, poderes, símbolos, etc.”. O autor diz que às vezes somos mais ou menos, hábeis e habilitados, “e há, também, a “desabilidade³⁹” por falta de poder contratual” (Saraceno, 1996, p. 22). Fonseca não tem poder contratual. Saraceno (1996) propõe que a reabilitação não seja baseada em entretenimento, mas sim em um processo de reconstrução, um exercício de plena contratualidade e cidadania, nos três cenários:

habitat, rede social e trabalho com valor social. Pense nisso na hora de atender seus pacientes que fazem parte do programa de reabilitação. Porque um esquizofrênico teria que, além da desgraça de ser esquizofrênico, ter a desgraça de ser ator, tocador de piano, artista plástico...necessitamos que exerçam a cidadania (Saraceno, 1996, pp. 22-23).

Após o diálogo acima, evocaremos os autores Dunker e Kyrillos Neto (2015) para responderem à pergunta que serviu de bússola para inúmeras reflexões. “Qual Psicanálise para qual saúde mental”? “Contra a transformação da saúde mental em um sistema integrado de gestão de condomínios” (Dunker & Kyrillos Neto, 2015, p. 18), ou seja, em meio a vários discursos, precisamos resgatar a dimensão clínica e cuidar da disseminação de práticas clínicas

³⁹ Desabilidade (Disability). Tradução do termo de origem inglesa usado em psiquiatria para caracterizar a perda de possibilidades de sobrevivência decorrentes da doença ou da iatrogenia dos tratamentos (Saraceno, 1996, pp. 20, nota do autor).

em saúde mental e mais que isso, encontrar o desejo do sujeito e suas possibilidades, não reduzir a uma coisa ou outra.

4 CLÍNICA PSICANALÍTICA EM INSTITUIÇÕES

Acreditamos ser aqui o coração das discussões desta dissertação. Obviamente o trabalho como um todo comporta cada pedacinho de sua importância, porém aqui as discussões são mais teóricas e tentam esclarecer um pouco mais sobre a problemática em questão. Apresentaremos a Psicanálise aplicada ao campo de álcool e outras drogas. Dentre as possibilidades, a Psicanálise em interlocução com a saúde mental, apresentaremos a prática entre vários, um deslocamento do mestre detentor de saber. O lugar da clínica, uma clínica que comporta seus paradoxos e apresentações teóricas que ora se encontram, ora se desencontram. A clínica e seus avanços e impasses. Finalmente, um dos conceitos fundamentais e importantíssimo da clínica psicanalítica, a transferência; e também a Toxicomania.

4.1 A FUNÇÃO SOCIAL DA PSICANÁLISE APLICADA NO CAMPO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Em 1923, no período entre Guerras, Freud (1923/1996, p. 167) comentava sobre a responsabilidade social da Psicanálise. Vejamos o que ele dizia:

Se a Psicanálise, ao lado de sua significação científica, tem valor como procedimento terapêutico, se é capaz de fornecer ajuda àqueles que sofrem em sua luta para atender às exigências da civilização, esse auxílio deveria ser acessível também a grande multidão, demasiado pobre para reembolsar um analista por seu laborioso trabalho. Isso parece constituir uma necessidade social particularmente em nossos tempos.

Nossa época encontra-se cada vez mais com a necessidade de tratamento psicanalítico. A civilização com suas inúmeras roupagens se adoce cada dia mais: inúmeros produtos do capitalismo, excessos de medicalizações, procedimentos estéticos, cirurgias bariátricas, intolerância, ódio, dentre outras práticas, tudo isso em nome das exigências da civilização. As redes sociais têm colaborado em massa e consumido a civilização.

Freud em seu pronunciamento no Quinto Congresso Psicanalítico Internacional realizado em Budapest nos diz que haverá um tempo, mais cedo ou mais tarde, em que será

necessário à adaptação da técnica as novas condições, e essas condições são ligadas à gratuidade do tratamento (1919[1918]/1996, p. 105).

Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres (...). Não tenho dúvidas de que a validade das nossas hipóteses psicológicas causará boa impressão também sobre as pessoas pouco instruídas, mas precisaremos buscar as formas mais simples e mais facilmente inteligíveis de expressar as nossas doutrinas teóricas (...). É muito provável, também, que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta”.

E conclui: “Mas, seja qual for, a forma que essa psicoterapia para o povo possa tomar, (...) seus ingredientes mais eficazes e mais importantes permanecerão sendo aqueles tomados da Psicanálise estrita e não tendenciosos” (Freud, 1919[1918]/1996, p. 105).

Ou seja, Freud se refere a Psicanálise fora do *setting tradicional*, dentro das instituições e com a proposta de adaptação necessária *aos poucos instruídos*, sugerindo também que para seu avanço exista a assistência psicológica juntamente com o apoio financeiro. Em clínica particular não existe a garantia que a abordagem da Psicanálise se sobressaia para além das instituições. “O que devemos deduzir é que não há duas Psicanálises, uma para o consultório e outra para o ambulatório” (Figueiredo, 1997/2002, p. 11).

Ana Cristina Figueiredo problematiza a situação da Psicanálise em dispositivos das instituições na medida em que frisa que “o suposto modelo universalizante da Psicanálise refere-se, que deve ser entendida como um conjunto de conceitos articulados como ‘universais’ — algo que não é em si um defeito teórico, mas pré-condição de um sistema”, são operacionalizáveis para serem aplicados à demanda diversificada (Figueiredo, 1997/2002, p. 15).

A autora defende ainda que não é sobre achar que a Psicanálise é para todos, mas sim de apostar no dispositivo psicanalítico capaz de permitir seu exercício para além da clínica privada, com pacientes afeitos “à cultura psi” (1997/2002, p. 15). Importante ressaltar que para além da instituição existe a função do analista, vale lembrar sobre essa preciosidade, ela não se dá em um local, mas sim em uma função.

Freud, na trigésima quarta das Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise (1932-1936/1996, pp. 98-99), deu a seu objetivo legitimidade teórica, depois de entender o alcance da Psicanálise como *psicologia das profundezas*:

A Psicanálise tornou-se psicologia profunda; e, de vez que nada daquilo que o homem cria ou faz, é compreensível sem a cooperação da psicologia, as aplicações da Psicanálise a numerosas áreas do conhecimento, em especial àquelas das ciências mentais, ocorreram espontaneamente, entraram em cena e requereram debate. As aplicações da análise são, também, sempre confirmações dela. Ademais disso, ali onde o trabalho científico está de algum modo distanciado da atividade prática, as inevitáveis diferenças de opinião assumem, por certo, um tom menos extremado.

No ano de 1918, pós-guerra, fenômenos sociais e clínicos tornaram-se emergentes e apontaram para um cenário fértil assim como para a ampliação e difusão da Psicanálise. Após a efetivação da teoria psicanalítica nas instituições, Freud conclui:

devo acrescentar mais algumas palavras à história da Psicanálise durante a última década. Não pode haver mais dúvida alguma de que ela continuará; comprovou sua capacidade de sobreviver e de desenvolver-se tanto como um ramo do conhecimento quanto como um método terapêutico (Freud, 1935/1996, p. 46).

O autor Florent Gabarron-Garcia, em seu livro *Uma história da Psicanálise popular* (2022), traz importantes considerações em relação à herança política da Psicanálise e restitui sua força subversiva. Ele diz que “desde o início, na Viena dos anos de 1920, a Psicanálise jamais se reduziu a uma clínica das elites para as elites” (Gabarron-Garcia, 2022, p. 2). O autor nos lembra como os psicanalistas do início do século XX se preocupavam com as questões de emancipação, influenciados pela efervescência revolucionária e pelo contexto político em que estavam inseridos. Existiu a expansão massiva das clínicas populares da Viena Vermelha dos anos 1920–30.

A posição dos textos de Freud sobre as relações entre Psicanálise e política vai do intervencionismo claro e direto na saúde mental das populações, “esboçada em seu trabalho de 1908 sobre a *Moral sexual ‘civilizada’ e o nervosismo moderno*” até o desejo de universalizar o acesso à Psicanálise, em sua conferência de Budapeste de 1918 (Gabarron-Garcia, 2022, p. 2). Quando comparamos as políticas da Psicanálise com a política em sentido geral de ocupação do espaço público, percebemos que as sociedades e escolas de Psicanálise não são sempre a expressão monolítica de um único pensamento, longe disso, os interesses são distribuídos (Gabarron-Garcia, 2022).

Aqui se interpõe a variedade das formas da sustentação da Psicanálise em contexto cultural de marginalidade ou de centralidade, em relação às disciplinas universitárias e diante das práticas psiquiátricas ou de saúde mental, bem como suas diferentes táticas de ocupação dos espaços públicos, para além das instituições (Gabarron-Garcia, 2022, p. 5).

A Psicanálise pode ser sustentada em qualquer campo, desde que encontre o desejo do analista – ele que deve operar. Devemos cuidar das políticas de sofrimento. O posicionamento político é um dos pontos importantes para sustentação da Psicanálise. Não devemos recuar, especialmente nos últimos anos, quando se busca combater a política asilar.

Ou seja, nas experiências aqui selecionadas não há nada que se pareça com uma posição fixa – elitista ou revolucionária – imune às circunstâncias. Isso sugere que a Psicanálise se politiza ou se despolitiza conforme sua reatividade contingente ao modo como a política em geral afeta as políticas de sofrimento. É nas horas mais críticas que ela deve ser capaz de lembrar de sua história, de resgatar seus silêncios, de refazer seus modelos e anti-modelo, mostrando que ‘a cura pela fala permanece’ (Gabarron-Garcia, 2022, p. 6).

Freud, no congresso de 1918, falou sobre a psicoterapia popular. Ele lastimou o fato de que a Psicanálise, até aquele momento, dirigia-se somente às classes sociais favorecidas. Freud formulou a esperança de uma consciência social e que a coletividade lembrasse que os pobres têm direitos também a uma ajuda psíquica.

Seu voto em favor de uma psicoterapia popular foi realizado, dezenas de policlínicas surgiram em toda Europa após o congresso. Em Budapeste, Berlim, Moscou, Viena, Zagreb, Londres, Trieste, Roma, Frankfurt, Paris, todos os analistas das maiores capitais dessa época respondem a seu apelo. Nesse empreendimento, não restam dúvidas sobre a questão política, que é abertamente assumida. Reflete-se até na ortografia escolhida para designar as policlínicas: prefere-se o “i” de “política” ao “y” que evoca a multiplicidade dos cuidados, de forma que a denominação indica claramente o engajamento na cidade. O psicanalista, então, é tudo menos indiferente, e a Psicanálise está longe de ser neutra (Gabarron-Garcia, 2022, pp. 18-19).

O engajamento político e seus efeitos puderam ser encontrados. Podemos ver isto em seu livro *O futuro de uma ilusão*, no qual Freud legitima a revolta das massas contra a cultura na qual uma minoria de indivíduos oprime a maioria:

se, porém, uma cultura não foi além do ponto em que a satisfação de uma parte e de seus participantes depende da opressão da outra parte, parte esta talvez maior- e este é o caso em todas as culturas atuais-, é compreensível que as pessoas assim oprimidas desenvolvam uma intensa hostilidade para com uma cultura cuja existência elas tornam possível pelo seu trabalho, mas de cuja riqueza não possuem mais do que uma quota mínima. Em tais condições, não é de esperar uma internalização das proibições culturais entre as pessoas oprimidas. [...] Não é preciso dizer que uma civilização que deixa insatisfeito um número tão grande de seus participantes e os impulsiona à revolta, não tem nem merece a perspectiva de uma existência duradoura (1927-1931/1996, p. 9).

É no decorrer desse episódio intensamente revolucionário que Freud pronuncia seu célebre discurso fundador sobre as policlínicas, em 1918:

Agora, concluindo, tocarei de relance numa situação que pertence ao futuro – situação que parecerá fantástica a muitos dos senhores, e que, não obstante, julgo merecer que estejamos com as mentes preparadas para abordá-la. Os senhores sabem que as nossas atividades terapêuticas não têm um alcance muito vasto. Somos apenas um pequeno grupo e, mesmo trabalhando muito, cada um pode dedicar-se, num ano, somente a um pequeno número de pacientes. Comparada à enorme quantidade de miséria neurótica que existe no mundo, e que talvez não precisasse existir, a quantidade que podemos resolver é quase desprezível. Ademais, as nossas necessidades de sobrevivência limitam o nosso trabalho às classes abastadas, que estão acostumadas a escolher seus próprios médicos e cuja escolha se desvia da Psicanálise por toda espécie de preconceitos. Presentemente nada podemos fazer pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave (1919[1918]/1996, pp. 104-105).

Freud aposta que uma organização permite aumentar o número para tratamento em grandes quantidades de pessoas: “o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quanto o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia” (Freud, 1919[1918]/1996, p. 105). Ele diz ainda que as neuroses não afetam menos a população que a tuberculose. Freud diz ainda sobre o tratamento para a grande massa da população:

Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres (Freud, 1919[1918]/1996, p. 105).

O discurso de Freud em defesa de uma Psicanálise gratuita teve muito sucesso. Foram criadas mais de 12 policlínicas nas maiores capitais. O engajamento dos analistas no projeto das policlínicas é indissociável desse horizonte revolucionário. Os analistas puderam acompanhar as turbulências políticas em decorrência de seus posicionamentos sobre educação e sexualidade (Gabarron-Garcia, 2022).

Freud apoiou os jovens analistas que decidiram, em meados dos anos 1920, priorizar os meios operários, visando aplicar a Psicanálise nos bairros mais populares. Eles foram ainda mais longe na realização do voto freudiano em favor de uma psicoterapia popular.

Várias clínicas psiquiátricas e centros de acolhimento tratam gratuitamente seus pacientes conforme o método psicanalítico. A vontade expressa por Freud em seu discurso de Budapeste é realizada: os pobres têm direito à Psicanálise do mesmo modo que ao auxílio cirúrgico. Era normal, portanto, que Freud, como a grande maioria de seus colegas, apoiasse os analistas bolcheviques russos e a adesão da Sociedade Psicanalítica Russa à Associação Psicanalítica Internacional (IPA) (Gabarron-Garcia, 2022, pp. 32-33).

Na última década do século XX houve um interesse crescente dos psicanalistas, em especial os de orientação lacaniana, pelo trabalho desenvolvido nas Instituições Públicas, principalmente de assistência em saúde. Tal movimento desloca os psicanalistas do *setting*, convidando as novas práticas em meio a outros profissionais e discursos. Neste sentido, Laurent, em *O analista cidadão*, nos diz que os analistas precisam “passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação” (1999, p. 8). Mais além das paixões narcísicas das diferenças, o analista tem que ajudar, mas com os outros. “Assim, com os outros, há de ajudar a impedir que, em nome da universalidade ou de qualquer universal, seja humanista ou anti-humanista, esqueça-se a particularidade de cada um” (1999, p. 9).

O analista nas instituições possibilita algo único que a Psicanálise sempre nos adverte: cada caso é um caso. Não tentamos homogeneizar as formas de tratamentos e sujeitos, mas sim manter a singularidade de cada caso. Bem mais próximo aos dias atuais, Laurent (2009, p. 5) afirma que “o psicanalista de hoje tem que se haver com as demandas institucionais”, essa afirmação nos convida a levar a Psicanálise às instituições novamente, com o cuidado e com as advertências sempre por perto.

Sobre esse assunto colabora Cruz (2007, pp. 61-62):

pode-se afirmar que a ética da Psicanálise orienta um trabalho coletivo que descompleta o saber dos especialistas. Essa orientação é solidária do saber advindo do sujeito, ainda que esse saber seja subversivo em relação ao saber dos especialistas. Não se exclui considerar que esse saber advindo do sujeito interroga e subverte, inclusive, a própria Psicanálise, seja como doutrina teórica, seja como dispositivo operacional.

Aqui localizamos a importância da fala do paciente e da escuta atenta do analista. O analista faz a oferta: FALE! Com isso ele convida o paciente para a regra fundamental e única da Psicanálise: a associação livre. Desta forma o analista na instituição possibilita um lugar exclusivo para a palavra, um lugar privilegiado de produção, onde é possível situar o desejo. Na medida em que a clínica valoriza o sujeito existe a possibilidade de construção de sua própria autonomia, partindo de seu próprio saber.

A Psicanálise constantemente sofre ataques. Ouvimos críticas sobre ela ser *ineficaz*, não ser funcional fora do consultório. Não raro recebemos encaminhamentos endereçados para Terapia Cognitiva Comportamental, dita *baseada em evidências*. Precisamos mostrar com nossa experiência o contrário. Laurent (1999, p. 12) afirma:

quando se vem dizer-lhes, com arrogância, que a prática analítica não é útil ou não é eficaz, porque tal tipo de terapia cognitiva é supostamente mais útil, os analistas têm que demonstrar o contrário com sua experiência, e isso não é muito difícil. Não se deve pensar que são coisas extravagantes e do outro mundo.

Ultrapassamos a velha ideia de *setting* analítico privado, dentro de quatro paredes; encontramos analistas em várias instituições. Essa subversão colaborou com a mudança de paradigma do analista furado, nas palavras de Laurent (1999, p. 12) fica claro tal posicionamento.

Tudo isto deve permitir, espero, tirar-nos do que foi aquela posição de exclusão de si mesmo, de exílio de si mesmo, de sua própria posição, cujo resultado foi o suposto analista furado, o analista que caiu no próprio buraco produzido por sua prática: o buraco dos ideais.

O grande desafio em meio institucional é possibilitar ao sujeito de direito não tamponar o sujeito do inconsciente. A clínica não deve desconsiderar o discurso da reforma e nem da instituição, mas ir além, extraindo alguma singularidade dele, possibilitando surgir o novo a partir da instituição (Kyrillos Neto & Moreira, 2017). Nas instituições a verdadeira prática deve se orientar em relação aos sujeitos, reconhecendo a especificidade de cada caso. A partir da prática institucional podemos produzir novos saberes.

A preocupação com o retorno do paciente ao social denuncia as mazelas de nossa sociedade. Porém tal inserção é marcada pelos valores capitalistas, na perspectiva basagliana: divisão do trabalho, salário, volta ao círculo produtivo, entre outros atributos necessários à conquista da inclusão social (Kyrillos Neto, 2007, p. 159).

Dessa maneira pensando o posicionamento do profissional perante o sujeito e instituição, Kyrillos Neto (2017, p. 111) nos diz sobre sua aposta: “é que o técnico de referência ao intermediar a relação sujeito-instituição possa atuar como um operador da clínica”. Importante advertência! Assim não caímos no engodo da institucionalização de forma mascarada, de colaborar para a subjetividade institucionalizada. O técnico de referência deve ajudar originar o desejo do paciente, em busca de sua singularidade.

Lacan (1953/1998, p. 322) lança um convite/desafio aos analistas: “alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época”. Partimos dessa advertência de Lacan para sustentarmos a clínica nas instituições. Por intermédio dos analistas, a Psicanálise é sustentada em nosso tempo, e se mostra efetiva diante das críticas a ela. O formato da Psicanálise pura se mantém, o que se renova é a Psicanálise aplicada à terapêutica, modificam-se parâmetros como: duração limitada e programada de tempo e pagamento.

Os efeitos psicanalíticos não resultam apenas do enquadre, mas do discurso, quer dizer, da instalação de coordenadas simbólicas por alguém, que é analista e cuja qualidade profissional não depende do terreno apropriado do consultório, nem da natureza da clientela, mas, sim, da experiência em que ele se engajou. Os conceitos lacanianos de ato analítico, de discurso analítico e de fim da análise como passe ao analista é que nos permitiram conceber o psicanalista como objeto nômade e a Psicanálise como uma instalação portátil, susceptível de se deslocar para novos contextos e, em particular, para as instituições (Miller, 2008, p. 8).

Os efeitos psicanalíticos não dependem das paredes do consultório privado, mas sim do desejo do analista. Podemos nos deslocar para as instituições com grande facilidade.

4.2 A PRÁTICA ENTRE VÁRIOS: A PSICANÁLISE NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL

A prática entre vários foi criada por Antônio Di Ciaccia nos anos 90. Segundo ele (Di Ciaccia, 2005) essa prática é estabelecida a partir de uma das modalidades da Psicanálise aplicada, é uma variante em um contexto institucional, uma forma de intervir. A suposição do saber é deslocada da equipe para o sujeito, que pode se reinventar a partir disso, a suposição do saber não fica centrada na figura do mestre, *detentor do saber*. Di Ciaccia. (2007, p. 75) afirma:

com base nessa consideração, seria preciso correlacionar o funcionamento institucional – não se deve esquecer que o próprio dispositivo analítico é um deles – com a posição do sujeito. Seria preciso, então, mudar o enquadre institucional – instituição, consultas, análise propriamente dita – em função da receptividade do sujeito quanto à fala e em função de sua implicação em seu dizer. Em uma instituição, uma verdadeira prática entre vários deveria levar isso em conta e orientar seu funcionamento não a partir das exigências dos especialistas, mas a partir das exigências do sujeito, não em relação à sua posição quanto ao sintoma e ao diagnóstico, ainda que ele seja de estrutura, mas em sua relação com o campo da fala e da linguagem.

É preciso apostar na invenção subjetiva e valorizar o discurso do sujeito em sua terapêutica. Torna-se preciso a passagem do analista especialista da desidentificação ao mundo externo, a um analista cidadão que deve ser “capaz de entender qual foi a sua função e qual lhe corresponde agora” (Laurent, 1999, p. 13). Nossa função é ir além da Reforma Psiquiátrica, sem responder aos seus ideais de direito do sujeito, não enquadrar todos nos ideais de cidadania e reabilitação psicossocial.

Mattos (2003, p. 52) problematiza sobre a disponibilidade do analista. Termo que “designa uma certa presença que permite que a operação analítica aconteça de uma maneira pura e/ou aplicada”. A oferta de uma possibilidade de elaboração diante do sofrimento.

As instituições buscam responder às funções, acolher, tratar, inserir. Tentamos compreender: qual a demanda? De quem? Social? Do sujeito? Da família? Da justiça? A Psicanálise oferta uma outra cena, o olhar sobre o sujeito. Ele realiza uma construção singular e própria. É “um processo de construção de um saber do sujeito sobre si mesmo, sobre seus modos de gozo, sobre seu sintoma” (Ferreira (b), 2001, p. 16). A Psicanálise é um saber que se apresenta como um não saber, para possibilitar que o outro saiba de si mesmo, pela via do manejo da transferência.

A clínica é uma aposta no sujeito, na sua produção discursiva. Na instituição, temos que inaugurar uma nova prática, que aponte uma saída na intervenção clínica, pautada pela transferência. Buscamos na intervenção a invenção de um significante, que produza sentido para o sujeito. A clínica com toxicômanos é nomeada como *A clínica do fracasso* (Beneti, 2015), *A clínica da exclusão*, isso colabora para o imaginário profissional criar suas formas de estigma e manicômios internos.

Podemos então nos perguntar: em que se fundamenta a prática da instituição? Di Ciaccia (1999, p. 49) nos responde: “a articulação entre o Um e o múltiplo é essencial. É esta articulação mesma que chamamos instituição. Ora, nem todas as instituições são equivalentes. E a prática feita por muitos é, então, diferente segundo o funcionamento institucional”. O discurso do mestre tem uma tendência natural a dominar a instituição, uma maneira automática que se impõe. Através do desejo do analista, podemos cuidar do desejo do Outro. Esse desejo está na origem do desejo do trabalho feito por muitos, partimos da invenção de cada um, de seu vazio.

Di Ciaccia (1999, p. 52) faz apontamentos preciosos sobre a instituição. “A via do ato é o motor do desejo do analista”. A partir disso, extraímos as consequências. Após o ato, algo se inscreve, e se torna inapagável. Em uma instituição, cada um é chamado a fundá-la, a partir de sua relação com o próprio vazio constitutivo, na invenção possível de cada um, ou seja, ela não

se sustenta somente pelo Um do Mestre e por fim, duas instâncias diferentes, mas que não são incompatíveis: Um do Mestre e Um do Vazio.

Se nossas instituições tentam se fundar sobre o Um do vazio, elas certamente também têm necessidade disso que sobressai do Um do Mestre: de uma hierarquia, de diretores e de fórmulas institucionais, que podem ser múltiplas, diferentes e todas semelhantes (Di Ciaccia, 1999, p. 53).

Não a figura do mestre, mas sim a serviço da tarefa, uma referência para direcionar a equipe em seu trabalho. O trabalho feito por muitos se torna possível a partir disso, na iniciativa de cada um e respeitando o estilo do outro. A partir da construção do caso clínico, podemos traçar uma tática, uma estratégia que garanta a intervenção na instituição e tenha os efeitos na clínica.

Na desordem encontraremos o fio condutor, ele é importante, pois nos permitirá desfazer os nós invisíveis para chegar à clínica, a clínica intitulada *complexa e impossível, a clínica das frustrações*. Nossa tarefa é árdua, mas é preciso compreender a ação e os efeitos das drogas, eles ajudarão compreender e revelar o que se passa em certa medida.

A droga cria com grande rapidez um simulacro, um efeito psíquico de fulgor para o qual, na realidade, é necessário um espaço e um tempo longo. Para que ocorra este “clarão”, é preciso que anteriormente, em outras velocidades e por outras vias, tenha se constituído aquele capital mnésico que, naquele instante preciso, é restituído (Olivenstain, 1985, p. 18).

A droga produz efeitos no corpo e psiquismo que não podemos desconsiderar, os efeitos objetivos, logo as descrições iniciais e finais têm papel importante e fundamental na clínica. Assim como não há partituras para dança, não há tanta clareza em alguns momentos, pois o indivíduo intoxicado se perde em meio as descrições, onde se forma o conhecimento-desconhecimento de si.

Os discursos que visam a internação dizem que o ritual do uso de SPA é comportamental, porém com o uso se produz uma resposta neuroquímica e ao mesmo tempo um fenômeno psíquico extraordinariamente complexo. Equivaleria a negar o lado orgânico, inerte, não fantasmático da droga, ou seja, a importante relação entre o orgânico e psíquico. Na ausência da droga, vemos o sofrimento da falta e a dor, produção psíquica e física. A falta psíquica perdura por mais tempo que a física, porém vale lembrar que não existe um tipo de toxicômano.

4.3 O LUGAR DA CLÍNICA

Tomemos a origem etimológica da palavra *caso* - latim *casus*⁴⁰ e da palavra *clínica* - grego *klinikē*⁴¹. *Caso* vem do latim *casus*, cair para baixo, ir para fora de uma regulação simbólica;. A palavra *clínica* vem do grego *klinike* e quer dizer leito. A *clínica* é ensinamento que se faz sobre o leito diante do corpo. Dessa forma, partimos sempre do singular e não do universal.

Não há uma clínica imóvel e nem do equilíbrio. Mesmo que seja repetitiva em certa medida, ela deve ser única e inédita, podemos até falar em características, traços, mas não podemos nos fechar em um discurso único, a clínica deve constituir-se contra a razão acabada. Com efeito, a observação clínica é capaz de evidenciar uma característica curiosa, presente na *toxicomania*, a saber: um elemento escondido, obscuro.

Freud, em *Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor* (1912b/1996, p. 111), faz a análise da impotência psíquica e elabora algo sobre o antagonismo irremediável entre as exigências da pulsão e as restrições da cultura. A impotência psíquica de uma pulsão cresce em proporção à frustração. A restrição feita ao amor, pela cultura, envolve a tendência universal a depreciar o objeto, ocasionando assim desencontros: ou se ama, ou se deseja. Pode até existir o amor e o desejo, mas os dois ao mesmo tempo não. Freud (1912b/1996, p. 111) dizia que “deve-se justificar a perspectiva da impotência psíquica como uma condição universal da civilização e não uma perturbação circunscrita a alguns indivíduos”.

Freud (1912b/1996) ainda nos indaga se já ouvimos se o bebedor tem necessidade de trocar constantemente de bebida porque enjoou da qual fazia uso. Ele relata que ao contrário, o hábito reforça o vínculo. A relação do bebedor com o vinho aparece de forma mais harmoniosa possível, ocasionando assim o que Freud chama de *casamento feliz*.

O casamento, enquanto relação conjugal, não produz a satisfação completa, ao passo que o encontro do bebedor com a garrafa, ocasiona o *casamento feliz*, e esse permite a construção de “um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio deste ‘amortecedor das preocupações’, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio” (Freud, 1930[1929]/1996, p. 51).

⁴⁰ https://delpo.prp.usp.br/~delpo/consulta/consulta_hiperlema.php?hiperlema=caso

⁴¹ https://delpo.prp.usp.br/~delpo/consulta/consulta_hiperlema.php?hiperlema=clínica

Em *O mal-estar na cultura*, Freud aponta que a vida é árdua demais para nós, e nos é proporcionado sofrimento, decepções e tarefas impossíveis. Lançamos medidas paliativas para nos ajudar a suportar tais mazelas. “Existem talvez três medidas desse tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela” (Freud, 1930[1929]/1996, p. 49).

O que nos ocasionam tais sofrimentos e mazelas se dá em decorrência da busca pela felicidade. Nós nos esforçamos por sua obtenção e manutenção. Parece que colocamos como propósito de nossas vidas sermos felizes. O pai da Psicanálise fica inclinado a dizer que a intenção do ser humano em ser feliz não se encontra no *Plano da Criação*, sendo assim, nossa própria constituição já nos predestina a sofrer, “assim, nossas possibilidades de felicidade sempre são restringidas por nossa própria constituição. Já a infelicidade é muito menos difícil de experimentar” (Freud, 1930[1929]/1996, p. 50).

Freud apresenta que o Mal-estar surgiria a partir de três situações de ameaça:

de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento; o medo [*Angst*] como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens (1930[1929]/1996, p. 50).

O sofrimento advindo de nossos relacionamentos parece ocupar um lugar central em nossas vidas, os desencontros amorosos são palco das sessões. Esse último é apontado como o mais penoso. Buscamos então caminhos de fuga do desprazer. Dentre os métodos que usamos para evitar o sofrimento, o mais interessante são os que influenciam nosso organismo. Freud dizia que “o mais grosseiro, embora também o mais eficaz, desses métodos de influência é o químico: a intoxicação” (Freud, 1930[1929]/1996, p. 51). Para Freud não é possível viver em uma cultura sem mal-estar, isso é estruturante e inevitável, mas há possibilidades de paliativos para lidar com ele.

Freud acrescenta um importante esclarecimento: “O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido” (1912b/1996, p. 51). Pensando no uso de drogas e na localização de Freud sobre a economia libidinal, traremos o autor Naparstek para discussão, pois ele extrai considerações importantes de Freud.

Naparstek (2005, p. 22) nos diz que “Freud dá às drogas um valor de remédio frente à enfermidade da existência humana”⁴². Reitera também que Freud, ainda assim, não deixava de marcar que o remédio poderia cumprir a função de veneno. Como o termo grego *Pharmakon* (escrito várias vezes ao longo do texto), o efeito do uso do tóxico pode transitar no indivíduo entre o poder do veneno e o poder do remédio. Naparstek (2005, p. 23) fala sobre a importância de se pensar a questão do valor que damos a substância desde o ponto de vista psicanalítico:

em todo caso se vê que a intoxicação não é um método, para dizê-lo assim, simbólico, melhor seria dizer que é um método que aponta ao real, uma operação real. Não se tenta resolver o mal-estar desde o campo da palavra, desde a sublimação – ainda que Freud fale da narcose da arte, é estruturalmente diferente⁴³.

Talvez seja esse o sentido do apontamento de Freud sobre a intoxicação ser o meio mais grosseiro, dado que não se tenta resolver o mal-estar pela via da palavra, pois ela limita e tem efeitos no gozo, e o problema é o gozo fora da palavra. A intoxicação pode ser tomada como um amortecimento da realidade, uma vez que há produção imediata de prazer e um desligamento do mundo externo.

Naparstek (2005) esclarece ainda que cada maneira de enfrentar o mal-estar/desconforto, implica uma forma de levar o sujeito o desconforto em si, e dá o exemplo de Freud sobre o amor, que o amor causa sentimentos e sensações prazerosas, isso que pode trazer maior felicidade, também pode trazer sofrimento, caso haja a perda desse objeto. Em suas palavras, Naparstek fala sobre o *efeito muleta*:

Ora, fica claro que a resposta ao desconforto é uma solução que não elimina o desconforto em si e ao mesmo tempo - e isso vai muito além - pode até gerá-lo. Gosto do termo “muleta” que Freud utiliza e que li num dos parágrafos anteriores, pois mostra que é o que vai para o lugar de uma ausência e que, na sua função, tenta suprimi-la (Naparstek, 2005, p. 24).⁴⁴

⁴² Tradução nossa. No original: “Freud leda a los narcóticos un valor de remedio frente a la enfermedad de la existencia humana”.

⁴³ Tradução nossa. No original: “En todo caso se ve que la intoxicación no es un método, para decirlo así, simbólico, sino más bien es un método que apunta a lo real, una operación real. No se intenta resolver el malestar desde el campo de la palabra desde la sublimación - aunque Freud hable de la narcosis del arte, es estructuralmente diferente”.

⁴⁴ Tradução nossa. No original: Ahora bien, queda claro que la respuesta ante el malestar es una solución que no elimina al malestar mismo y a la vez -y en esto va mucho más allá- hasta puede generarla. Me gusta el término "muleta" que Freud utiliza y que leí en uno de los párrafos anteriores, ya que muestra que se trata de lo que va al lugar de una ausencia y que, en su función, intenta suprimirla.

Esse efeito muleta, em algum momento pode ver-se claramente alterado, aqui comportando a marca do gozo cínico⁴⁵. Naparstek acredita que o recurso que o sujeito utiliza como muleta, em algum momento falha,

Há um momento em todo toxicômano em que aquela muleta que ele comandou e serviu para aliviar o desconforto se torna sinistra, pois ele não aguenta e o deixa fora da relação com o outro. (...) inicialmente era um bem-estar e eles conseguiam administrar, depois se torna insuportável e incontrolável ao mesmo tempo (Naparstek, 2005, p. 25).⁴⁶

Naparstek (2005) aprecia as considerações de Freud, porém pontua que é necessário articular as questões históricas com a atualidade. *O Mal-estar na cultura* ele crê que não pode ser sustentado hoje em dia. Ele entende que a época de Freud e a nossa é diferente. Assim Naparstek conclui:

Quer dizer, no centro da questão está um desconforto inerente a cada cultura e depois há uma série de possibilidades para aliviar esse desconforto; O uso de entorpecentes é mais uma muleta entre outras. Atualmente, existe uma tendência que leva a uma resposta única e globalizada, é um usufruto unitário para todos de forma igual, tentando varrer todas as diferenças (Naparstek, 2005, p. 26).

Naparstek (2005) postula que temos outro momento que responde ao nosso tempo, chamado por Jacques Alain Miller de *inexistência do Outro*, onde já se trata da toxicomania generalizada. Em entrevista a Didier Velásquez Vargas, Naparstek nos diz: “A toxicomania é um dos modos de manifestação sintomática que representa, paradigmaticamente, nossa época, uma era de consumo generalizado, como Jacques-Alain Miller nos indicou” (Naparstek, 2012, p. 2). Naparstek (2005) faz sua interpretação neste momento: há um desenganche com o Outro, o que Lacan chamou de desenganche do Outro⁴⁷, Outro social, Outro sexual, Outro sexo. Para ele, o verdadeiro toxicômano prescinde do Outro da linguagem e busca uma operação que não passa por ali, que dispensa o sexo e encontra uma resposta libidinal diferente.

⁴⁵ Teoria filosófica que aponta para um desprezo para com o Outro ou as relações sociais, como os cães (daí o cínico) que não se importam com nossa sociedade.

⁴⁶ Tradução nossa. No original: Hay un punto en todo toxicómano en que esa muleta que comandaba y servía para paliar el malestar se transforma en siniestra, ya que no la puede manejar y lo deja por fuera de la relación con el otro. (...) en un principio era un bienestar y podían manejar, luego se les transforma en insuportable e inmanejable a la vez.

Jésus Santiago compreende a Toxicomania da forma que pensamos, “A toxicomania, na atualidade, dissemina-se, prolifera e transforma-se em adição” (2017, p. 231).

O fenômeno toxicomaniaco, típico do século passado, em que se destacava a dependência de certa substância., massifica-se, cada vez mais, à medida. que seus objetos se multiplicam. Se, antes, a dependência definia-se pela ação de determinada substância, nas chamadas novas adições tal substância não se faz necessariamente presente. Objetos de consumo, amor, pornografia, *videogames*, *fast-food* e outros são suscetíveis de dar lugar a conduta aditivas diversas. Os significantes, “adicto”, “drogadição”, “fissura” impõe-se no discurso corrente, indicando que não se trata mais de dependência de uma droga ilegal, mas da força da banalização das adições (Santiago, 2017, p. 231).

O autor defende que o objeto pode se tornar *adicto*, visto que convoca a pulsão e tem o poder de levar a uma repetição de um ato que modifica a relação do sujeito com os objetos e prazeres do corpo (Santiago, 2017). Ora, se o objeto pode *convocar a adição*, logo para existir a toxicomania não necessariamente tem que existir o objeto droga.

Jésus Santiago em seu *Posfácio à segunda edição* postula que o fenômeno da drogadição revela-se como uma modificação da sociedade atual, um ponto em comum com Naparstek. Em o Mal-estar na civilização onde o discurso do mestre se impunha ao sujeito para reprimir o gozo ou renunciá-lo “a atualidade do discurso capitalista, e associada a ele, a prática analítica, ao procurar responder ao mal-estar vigente, levam ao que Miller nomeou ‘uma liberação do gozo’” (Santiago, 2017, p. 232).

O mundo contemporâneo capitalista traz a marca do excesso, do fora do lugar, promovendo o gozo pelo mercado. Santiago, citando Lacan, nos diz que desde os anos de 1970 formula que o contemporâneo é caracterizado pela “ascensão ao zênite social do dito objeto pequeno (a), inerente à lógica capitalista, que gera uma ‘produção extensiva, portanto insaciável, do mais-gozar’” (2017, pp. 231-232).

4.4 BREVES COMENTÁRIOS SOBRE OS DISCURSOS

Faremos um breve apontamento sobre os discursos e trataremos as especificidades sobre o discurso que nos interessa, o discurso do capitalista. Acreditamos que essa discussão é importante levando em consideração sobre o Discurso do Mestre, que tem total relação com o

Discurso do Mestre Moderno, tal problemática tem a ver com o laço social, pois acreditamos que na Toxicomania, não há o laço social. Tomaremos como base um texto do professor Júlio Castro, não apenas pela qualidade do escrito, mas também por sua forma sucinta e didática. Lacan com o termo discurso, designou quatro modos de estruturação do laço social — “daquilo que, por meio do discurso, faz liame social” (Castro, 2009, p. 246).

O *Seminário 17: O avesso da psicanálise* (Lacan, 1969-1970/1992), é o momento em que a formalização da teoria dos quatro discursos é, pela primeira vez, levada a esse lugar público. “Neste Seminário, o ensino de Lacan reflete a relação do avesso – em termos topológicos e, se possível, matemizando essa relação – existente entre o discurso do mestre (inconsciente) e o discurso psicanalítico” (Castro, 2009, p. 245).

Convicto do espírito de que o inconsciente é um discurso, Lacan (1969-1970/1992) estabelece sua teoria dos quatro discursos. “Espírito expresso em aforismos como: ‘O inconsciente é o discurso do Outro’ e ‘O inconsciente é estruturado como uma linguagem’” (Castro, 2009, p. 246). A intenção era de mostrar Freud pelo avesso, ir além do mestre, deixar o Retorno a Freud definitivamente.

Vejamos a estrutura dos quatro discursos apresentados por Lacan:

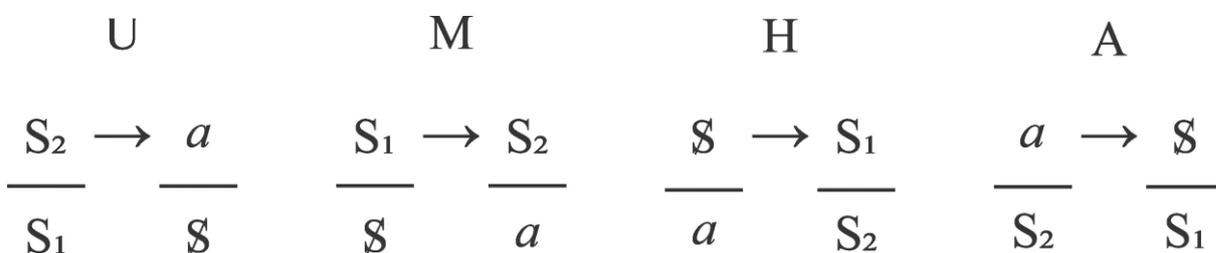


Figura 1 – Os quatro discursos montados
(fonte: Lacan (1969-1970/1992, p. 27)

E agora os lugares destes discursos:

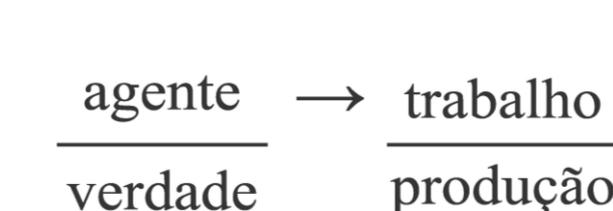


Figura 2 – Os lugares
(fonte: (Lacan, 1969-1970/1992, p. 161)

No discurso do mestre a impossibilidade está colocada entre o mestre (S_1) e o saber (S_2), indicando-nos assim a impossibilidade “de governar aquilo que não se domina”, a impossibilidade “de mandar no saber” e a impossibilidade “de fazer o seu mundo, do mestre, funcionar” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 166). A impotência é localizada entre o objeto a e o sujeito ($\$$), mais especificamente, do objeto a ao sujeito, e nos indica um furo estrutural desse discurso: não pode extrair, tanto do produto quanto da produção, qualquer verdade subjetiva. Desse modo, a impotência do discurso do mestre é a escrita da alienação subjetiva característica desse discurso.

No discurso histórico, a impossibilidade está localizada entre o $\$$ e S_1 a nos revelar a impossibilidade de o sujeito histórico dominar o significante-mestre. No discurso histórico a impotência diz respeito à produção de saberes que, contudo, não dão conta do gozo — saberes nos quais o sujeito é incapaz de se verificar como/enquanto objeto mais-gozar. Por isso a alienação histórico-discursiva é, antes de tudo e paradoxalmente, uma alienação gozosa, fruto dessa impotência discursiva.

No discurso do universitário, a impossibilidade está posta entre o saber (S_2) e o objeto a , enquanto marca da impossibilidade de educar pelo comando do saber. No discurso universitário, sua localização está, então, entre o sujeito produzido e o seu reconhecimento no significante-mestre, colocado no lugar da verdade.

Já no discurso do analista, a impossibilidade está situada entre o objeto a e o sujeito ($\$$), indicando-nos, assim, a impossibilidade de curar e mesmo de psicanalisar, e revelando-nos, ainda, a impossibilidade de abordagem do mais-gozar exclusivamente por apelo aos recursos do Outro. No discurso do analista, a impotência é superada devido ao trabalho do psicanalisante de “saber haver-se com a verdade”. Portanto, nesse discurso, a impotência é ultrapassada pelo trabalho e pelo ato psicanalíticos, indicando-nos, por isso mesmo, uma transposição da produção de significantes-mestre para o saber em posição de verdade.

4.4.1 O discurso do capitalista e o gozo cínico

Em 12 de maio de 1972 em uma conferência na cidade de Milão, Lacan apresenta um novo discurso, na verdade um pseudodiscurso. O discurso do Discurso do Capitalista também é conhecido como o Discurso do Mestre Moderno.

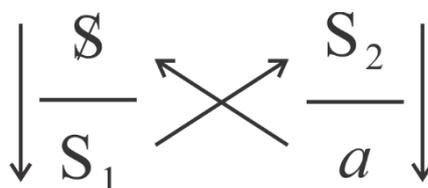


Figura 3 – O Discurso do Capitalista

(fonte: (Lacan, 1972, p. 24)

A escrita do Discurso do Capitalista é um derivado lógico do discurso do mestre por efeito da torção de sua banda lateral esquerda, ou seja: S_1 e $\$$ são trocados de lugar, S_1 passando do lugar de semblante ao lugar da verdade e o contrário ocorrendo com $\$$ (Castro, 2009).

Observamos, por essa torção, que o significante-mestre (S_1), no discurso do mestre, torna-se a verdade no discurso do capitalista, e que o sujeito ($\$$) é retirado de sua posição de verdade no discurso do mestre e posto, como no discurso do histórico, em posição de agente, ou seja, diante da cena do mercado como sujeito-consumidor (Castro, 2009, p. 251).

Podemos dizer que pela identidade do sujeito ($\$$) em posição de agente, há uma proximidade lógica do discurso capitalista ao discurso histórico, e também pela identidade do significante-mestre (S_1) em posição de verdade, uma proximidade lógica ao discurso universitário (Castro, 2009).

O sujeito se coloca em cena no discurso do capitalismo e, dirige-se a um saber de mercado, logo saber do Outro, que tem por fim o gozo (no formato de consumo) de um objeto (saber, serviço, bem), “sendo, todavia, impotente em nele verificar, tal e qual no discurso universitário, a verdade de seu significante-mestre” (Castro, 2009, p. 252).

Devemos destacar que não há relação entre o agente e o outro, por isso é que dizemos que não há laço social no discurso do capitalista. Entretanto isto não quer dizer que ele não funciona, que ele não gira. Pelo contrário, ele é extremamente eficaz em seu funcionamento (Mendonça, 2013). Esta pequena inversão de lugares entre o sujeito barrado e o significante mestre “é suficiente para que isto marche sobre rodas, não pode marchar melhor, porque justamente marcha demasiado rápido, se consoma, se consoma tão bem que se consome” (Lacan, 1972, pp. 17-18). Aqui localizamos o toxicômano.

O sujeito do Discurso do Capitalista não é fora do discurso como na psicose. O que fica fora é causa de desejo, porque a verdade é excluída. Há outro ponto essencial nesse discurso: nele não se encontra a barreira de gozo como nos outros (inibição DM, sintoma DH e angústia DU). Então, goza-se indefinidamente, sem que a barreira faça função de limite ao gozo do Outro. O DK vai em direção a um gozo mortífero. A angústia é acionada devido à divisão do agente ($\$$), mas rapidamente o saber (S_2) produz um meio de gozo com os gadgets (a - como *semblant*, pois o a não funciona como causa do desejo) (Mendonça, 2013). Sobre a angústia Fabián Naporstek (2012, p. 6) coloca um ponto precioso:

A angústia é central, porque parte do problema dessa clínica é o fato de que certos sujeitos não se angustiam. A angústia, em muitos casos, é o que faz que um sujeito venha consultar um psicanalista, e, quando, às vezes, está na deriva maníaca, não aparece a angústia, que é um freio à mania, é algo que detém a mania. Por outro lado, nesses casos, às vezes, não aparece a angústia, e, então, como dizia Lacan, ela é sempre uma bússola, porque, na clínica, trata-se do real, então, o ponto de angústia é central para nós. Há que se pensar como, em cada caso, ocorre a irrupção da angústia.

Gozar do objeto é ficar nos limites do princípio do prazer. Entretanto, quando se goza dele mais além de um limite, como ocorre no DK, rompe-se com o objeto, que, então, muda a natureza de sua origem, ou mesmo, quebra-se.

O que Lacan chama de objeto a , é considerado por Miller como o verdadeiro parceiro do sujeito. O objeto a de gozo não é de natureza sexual; é precisamente “a-sexual”. O gozo cínico é descrito por Miller (2016, p. 2) da seguinte maneira:

existe um outro tipo de gozo que não passa pelo corpo do outro, mas pelo corpo próprio – que se inscreve na rubrica do autoerotismo. Digamos que é um gozo cínico, que rejeita o Outro, que recusa que o gozo do corpo próprio seja metaforizado pelo gozo do corpo do Outro.

Em Lacan encontramos o rompimento com o pequeno-pipi como forma de romper o casamento. Em suas palavras ele nos diz:

Digo “aflito”, porque falei de casamento e tudo o que permite escapar desse casamento é evidentemente bem-vindo. Disso decorre o sucesso da droga, por exemplo. Não há nenhuma outra definição da droga senão esta: é o que permite romper o casamento com o pequeno pipi (Lacan, 1975/2016, p. 21).

Romper o matrimônio com o pequeno pipi implica na ruptura com o gozo fálico, e em certa medida, a droga desconecta o sujeito do Outro. O toxicômano faz um curto-circuito com a droga e se esquivava dessa relação. Santiago (2017) postula que a toxicomania se exprime em forma de sintoma pela obtenção compulsiva de um gozo monótono, sem adiamento, repetitivo, voltado à satisfação quase sempre fabricada, de forma direta, no circuito fechado entre consumidor e produto. Essa descrição, assim como a recusa dos semblantes do Outro, nos remete à ruptura com a função fálica.

Vemos que o desejo não funciona como regulador e barreira do gozo. Santiago (2017, pp. 234-235) em seu posfácio à segunda edição do livro *A droga do Toxicômano*, apresenta a seguinte formulação:

evoca-se essa falha no sentimento de vida porque ela se evidencia no que se designou, anteriormente, horizonte mortífero e autístico do sintoma toxicomaniaco, cujo modo de gozo deixa transparecer a exclusão do Outro. No fundo, essa exclusão é apenas aparente, pois, se o toxicômano goza a sós do parceiro-droga, isso não quer dizer que ele despreze o acesso ao Outro, ainda que sob forma de um atalho ou, mesmo, de uma recusa.

A partir da indicação de Lacan nos anos 70, romper com o pequeno-pipi, Éric Laurent (1990/2014) faz três considerações sobre as consequências da toxicomania: a primeira é a ruptura com o gozo fálico fora da psicose; a segunda é a ruptura com as particularidades da fantasia, que implica que o sujeito goza sem a fantasia, é um curto-circuito; e a terceira é que o gozo é uno, ou seja, não sexual. Aqui Laurent indica que se dará nesse ponto a relação de nossa cultura com o gozo. Vale ressaltar que ainda que a utilização de tóxicos produza a ruptura com o gozo fálico, ainda assim não há forclusão do Nome-do-Pai. Notamos na contemporaneidade um declínio da imago paterna, e não do Nome-do-Pai, como nos disse Lacan em 1938 (Lacan, 1938/2008), esse declínio implica na facilidade de romper com o gozo fálico e gozar sozinho. A significação está enfraquecida. A inscrição na lei permanece, ainda que seus efeitos sejam menos evidentes.

Laurent aponta que Lacan, em seu ensino, não tenha considerado que a Psicanálise tinha muito a dizer sobre a droga, porém Laurent cita uma indicação de Lacan, que ele nomeia como preciosa e capaz de suportar reflexões de pessoas que se ocupam de toxicômanos, “a droga, [é a] única forma de romper o matrimônio do corpo com o pequeno-pipi” (Laurent, 1990/2014, p. 20); dizemos, com o gozo fálico.

Segundo Pierre Kaufmann, “a influência da Psicanálise sobre a compreensão das manifestações toxicomaniacas revelou-se totalmente equívoca”, ela colaborou para cristalizar

a entidade autônoma da toxicomania, baseada no modelo médico baseado no tóxico e em um imperativo social do *drogado* (Kaufmann, 1996, p. 541). Simultaneamente, os conceitos analíticos e a compreensão interna dos modelos metapsicológicos permitiam renovar a abordagem das toxicomanias e desmontar as armadilhas de um pensamento normativo e comportamentalista.

Gross, Glover e Ferenczi, os primeiros discípulos de Freud, haviam elaborado hipóteses originais no que se refere à abordagem psicanalítica das toxicomanias. Contudo, quando do nascimento da psicofarmacologia moderna, nos anos 50, caíram no esquecimento.

Kaufmann fala sobre a Toxicomania:

De fato, as propriedades químicas das substâncias tóxicas exerceram um verdadeiro fascínio e, a partir do seu conhecimento, foi possível conferir às toxicomanias uma nova racionalidade. Tal isolamento e consagração dessa entidade, "a toxicomania", se viram ainda reforçados nos anos 70 pela ressurgência de um discurso sobre o "flagelo social" da droga, que veio alimentar a figura escandalosa e impressionante do "toxicômano" (Kaufmann, 1996, p. 542).

Nas últimas décadas a figura do Toxicômano se transformou devido a mudanças sociais. Existe um preconceito velado dentro da Psicanálise em relação a toxicomania, dessa forma, há questionamentos relacionados aos seus limites práticos.

Por outro lado, em alguns pontos a Psicanálise tem conseguido elaborar essas questões. Levando em consideração o discurso sobre *a autodestruição do toxicômano*, podemos ofertar uma subversão, já que sabemos que o uso de substância transita entre veneno e remédio, logo, não conferimos ao tóxico o problema. O tóxico trata o sofrimento em muitos casos.

As toxicomanias podem muitas vezes ser entendidas como tentativas de fazer de si mesmo um corpo estranho, graças a uma operação autoerótica. Assim como "o anoréxico" manifesta sua recusa a engolir a fim de preservar na própria existência pulsional e de resistir a seu desaparecimento nesse fluxo de amor alimentar, as toxicomanias esboçam o autoengendramento de um corpo que desejaria recompor suas próprias bordas (Kaufmann, 1996, p. 544).

A *abstinência* deve ser primeiramente do analista, pois é ela quem funda o espaço da fala. Não podemos ser mais um no "Guerra às drogas". As demandas são dirigidas, a demanda é uma escolha singular, logo podemos construir a relação terapêutica, retirando o estereótipo da droga, possibilitando um outro lugar para o sujeito. É necessária uma advertência, não confundir a droga com o tóxico, ou seja, não atribuir à substância o problema. Não podemos ser rival do tóxico.

Isso não significa que a Psicanálise se apresenta como uma "indicação" no tratamento das toxicomanias. Pois, como vimos, simplesmente não se tem que "tratar" psicanaliticamente da "toxicomania". Por outro lado, uma demanda de análise supõe uma escolha singular e uma posição subjetiva que devem ser entendidas por si mesmas, e não em função de um consumo de substâncias (Kaufmann, 1996, p. 545)

Quando a demanda ocorre, a experiência coloca a prática analítica e seus fundamentos em questão. Uma das dificuldades seria levar o analisando a elaborar uma queixa: "uma fonte enigmática de sofrimento que seria precisamente a sua, e não a do "toxicômano" (Kaufmann, 1996, p. 545).

4.5 TOXICOMANIA E TRANSFERÊNCIA

A Toxicomania tem suas origens na psiquiatria, mais especificamente, na discussão sobre a mania aplicada à problemática dos distúrbios dos atos impulsivos (Santiago, 2001). Em meados do século XIX, a toxicomania estava prestes a ser isolada como entidade clínica autônoma, ela era nas discussões vinculada à mania e à loucura. Jésus Santiago aponta sua localização:

As primeiras formulações do saber psiquiátrico em relação à droga e à toxicomania estão impregnadas de uma orientação epistêmica, essencialmente genética e analógica. As de Freud, ao contrário, são fundamentalmente conduzidas pela racionalidade oriunda do discurso da ciência e, por isso, encontram em seu caminho obstáculos que, como se verá serão decisivos para a continuação do seu trabalho (Santiago, 2001, p. 70).

Segundo Jésus Santiago (2001), considerando-se o conjunto das manifestações clínicas, o empreendimento de Sándor Rado representa o primeiro esforço de síntese da prática das drogas. Como já se observou, com a sua contribuição, a toxicomania ganha o estatuto de categoria clínica particularmente distinta das diferentes estruturas clínicas, até então, em uso na Psicanálise. Ainda citando Sándor Rado, Santiago (2001) defende que a toxicomania extraída da teoria biológica da intoxicação é inútil, e faz-se necessário encontrar um ponto de partida que repouse nos conceitos da Psicanálise. Esse ponto de partida tem como base a causalidade entre a droga e a toxicomania: não é o tóxico que determina a toxicomania e sim o impulso a se servir dela, ou seja, a presença do tóxico não é fator determinante.

Faremos um contraponto com o que diz J3sus Santiago em rela33o a Toxicomania ser uma categoria cl3nica, segundo o autor Filippo Olivieri em *O brilho da infelicidade*. Ele inicia seu artigo esclarecendo como ele mesmo nomeia “as confus3es acerca do fen3meno das toxicomanias”.

Antes de mais nada, n3o se trata de uma estrutura cl3nica por n3o satisfazer a mais b3sica condi33o de uma estrutura, a de recorrer ao registro simb3lico. Tampouco 3 um sintoma, pois rompe com o gozo f3lico; tamb3m n3o pode ser reduzida 3 pervers3o, porque n3o 3 mediada pela fantasia (Olivieri, 1998, p. 164).

Para Olivieri (1998, p. 164), tr3s fatores s3o inerentes aos fen3menos toxic3manos; s3o eles: “n3o recorr3ncia ao simb3lico, ruptura com o gozo f3lico e n3o media33o da fantasia, ou seja, a partir do fen3meno da toxicomania n3o 3 poss3vel chegar 3 estrutura, como 3 poss3vel no caso dos sintomas”, ou seja, aqui j3 existe um vi3s diferente ao que J3sus Santiago prop3e.

A exist3ncia de uma rela33o com a droga pode ser necess3ria, mas n3o suficiente, j3 que na origem de toda toxicomania agem fatores ps3quicos particulares (Santiago, 2001). Como dito anteriormente, existem outras formas de Toxicomania sem o objeto droga. Para a Psican3lise, a exist3ncia do toxic3mano n3o se d3 em decorr3ncia do consumo de drogas e sim do fen3meno particular, o que cada sujeito faz com esse uso. Os caminhos e raz3es s3o singulares. Para Freda (1987, p. 108) “n3o 3 a droga que faz o toxic3mano, mas o toxic3mano que faz a droga”.

A toxicomania tem colocado em embara3os o saber do analista e da sociedade. Este fen3meno parece esburacar o mestre, como 3 3poca de Freud, com as hist3ricas. O analista 3 convidado ao desafio da cl3nica das toxicomanias e, enquanto tal, n3o deve recuar, como tamb3m nos casos de psicose, advert3ncia feita por Lacan.

Em entrevista 3 revista *Pharmakon*, Beneti (2015, p. 2) fala sobre a toxicomania:

3 claro que 3 muito mais dif3cil a pr3tica da Psican3lise aplicada ao campo das Toxicomanias onde, de certa forma, os analistas t3m “batido retirada”, “recuado muito”... d3 muito trabalho, muita demanda do Outro familiar, muitas passagens ao ato e, pouco dinheiro. Veja, n3o existe nenhum campo da pr3tica da Psican3lise aplicada onde se fracassa tanto... Mas, h3 50 anos era assim com a psicose. N3o recuamos diante das psicoses e avan3amos muit3ssimo. Hoje a cl3nica da psicose 3 uma certa rotina da cl3nica psicanal3tica.

Com essa afirma33o de Beneti reiteramos que h3 psicanalistas que imaginam que sujeitos *toxic3manos* n3o s3o analis3veis, pois s3o sujeitos com dificuldades nos *enquadres propostos*. Pensamos que esta formula33o em que chegou o autor Ant3nio Beneti,

possivelmente é baseada nas discussões das Escolas de Psicanálise e nos mais variados locais, esses dizeres que o autor nos presenteia, são exatamente parte das elaborações que colaboram para dificultar o entendimento sobre os impasses e possibilidades no campo álcool e outras drogas, em alguma medida o discurso colabora para a *rejeição* de tal problemática.

Claude Olivenstein descreve pontos importantes que nos esclarecem sobre esta clínica.

A unidade da vida do toxicômano está justamente, mais que para qualquer outra pessoa, na complementaridade destas duas forças: a organização e a desordem, o turbilhão e o nó. Sem esta complementaridade, o indivíduo não seria toxicômano, seria louco. Estas duas forças jamais chegam a se destruir mutuamente. O toxicômano vive no meio da tensão, ele luta primeiro contra si mesmo, sua falta de identidade, e depois para encontrar sua realização no bem-estar, no não-sofrimento, na não-infelicidade (Olivenstein, 1985, p. 31).

Entre o que realmente a toxicomania representa e o que dizem dela, existem as marcas deixadas pelos discursos, como os sujeitos que têm relação com as substâncias/tóxicos são falados. A famosa frase: “Eu sou Toxicômano”, ao que tudo indica, parte de uma nomeação do outro social, e não do próprio sujeito. Devemos questionar como os discursos e práticas influenciam o modo de tratamento. Com o rótulo *toxicômano* surgem frases que geram estigma e segregação: “toxicômano não entra em análise”, “eles não fazem retificação subjetiva”, “não há simbolização”, “são manipuladores”, “clínica do fracasso”, dentre outros dizeres.

Descreveremos brevemente as elaborações acerca da bibliografia do autor Luis Darío Salamone, no capítulo intitulado: *Dificuldades no tratamento da toxicomania e do alcoolismo*.

Salamone (2011) inicia seu texto dizendo que houve uma época em que muitos analistas pensavam em que um sujeito com problemas de vício não era analisáveis, entre outras questões porque imaginavam que eram sujeitos que dificilmente se prestariam ao enquadre, e o enquadre era um critério fundamental. Diz ainda que há casos que pode sim ter problemas com os horários, mas isso não deixa de ser um preconceito e que por outro lado não temos em nossas orientações regras, mas princípios. A utilização de drogas por parte do sujeito nos traz dificuldades de outra ordem. “Dentro desses princípios que orientam nossa prática, há algumas questões que se apresentam de forma opaca. Isto se deve a modalidade de gozo que é posta em jogo”⁴⁸ (Salamone, 2011, p. 1). É interessante como em alguns momentos a própria Psicanálise que luta contra a patologização, patologiza a Toxicomania.

⁴⁸ Tradução nossa. No original: Dentro de esos principios que orientan nuestra práctica hay algunas cuestiones que se presentan de forma opaca. Esto se debe a la modalidad de goce que se pone en juego.

Vamos aos impasses que *dificultam o tratamento* e suas saídas. Dentre eles citamos a pouca demanda do paciente, a dificuldade diagnóstica e a dificuldade da transferência na clínica da toxicomania. Descreveremos sucintamente cada um deles seguindo as ideias de Salamone (2011).

A primeira questão que pode estar em jogo, a questão da demanda. O sujeito pode chegar acompanhado de um familiar e não ter desejo naquele momento de estar ali. Citou um caso em que o pai trouxe um filho que era punk pelos cabelos, literalmente. Sobre a falta de demanda, Salamone (2011) lembra Lacan, que pode nos orientar: “Com a oferta, criei a demanda” (Lacan, 1958/1998, p. 623). A demanda é essencial para iniciar um processo de análise, é a escuta do analista que se oferece para torná-la possível. Trata-se da aposta que o analista faz, e aqui vale lembrar a ressalva que Lacan nos faz: “existe apenas uma resistência, é a resistência do analista. O analista resiste quando não entende com o que ele tem de lidar” (1954-1955/1985, p. 287). Pode ser difícil, pois o sujeito pode se apresentar fechado em seu gozo. Salamone (2011) nos indaga em que caso a coisa não se apresenta dessa forma? Em todo caso, não depende do fato de alguém consumir ou não drogas. Uma estratégia é conhecer o universo simbólico do sujeito, isso permite uma primeira abordagem.

O autor faz uma observação: conhecer o que Lacan chamou de vacilação calculada⁴⁹ do desejo do analista, o que é um recurso frequente nestes casos. Aqui faremos um apontamento importante. Lacan em (1960/1998, p. 839) fala em: “vacilação calculada da ‘neutralidade’ do analista” (grifos do autor), ou seja, um ponto de neutralidade que, com o cálculo, consegue avanços.

Eis por que uma vacilação calculada da "neutralidade" do analista pode valer (...) Esta observação não constitui, é claro, um conselho técnico, mas uma visão aberta para a questão do desejo do analista, para aqueles que de outro modo não poderiam ter ideia dela: como deve o analista preservar para o outro a dimensão imaginária de sua não-dominação, de sua imperfeição necessária, eis o que é tão importante estabelecer quanto o fortalecimento, nele voluntário, de sua insciência quanto a cada sujeito que vai procurá-lo em análise, de sua ignorância sempre renovada de que algum deles constitua um caso (Lacan J. , 1960/1998, p. 839).

Lacan (1960/1998) faz a observação sobre o desejo do analista, mas sem que necessariamente vire um conselho técnico. A importância desta questão se dá em relação a uma

⁴⁹ Tradução nossa. No original: Seguramente conocen lo que Lacan llama vacilación calculada del deseo del analista, es también un recurso frecuente en estos casos. Hay subrayar lo de “calculada”.

posição de *não-saber*, seria um estado de *ignorância*, isso não quer dizer que negamos o saber, obviamente. O não-saber neste caso vai sustentar uma ausência de resposta padronizada ante a verdade que o desejo do paciente anuncia naquele momento. Salamone (2011) recorda que em uma ocasião Laurent comentou sobre a importância da clínica com crianças para os psicanalistas, esta clínica não permite uma rigidez como acontece com a clínica dos adultos. O mesmo deve acontecer com a clínica com sujeitos que consomem, deve-se dar espaço a uma determinada invenção, neste sentido, Fuster (2015) nos diz sobre manter a docilidade com os sujeitos que consomem, igualmente a clínica com crianças.

Retomando as discussões de Salamone (2011), o autor nos diz que algumas abordagens clínicas utilizam os termos alcoolismo e toxicomania como se fossem categorias clínicas. A psicanálise de orientação lacaniana leva em consideração as três estruturas: neurose, psicose e perversão. Não faz do alcoolismo e da toxicomania estrutura clínica. O que devemos levar em consideração é como os tóxicos agem nas diferentes estruturas e suas funções, ou seja, o modo particular para cada sujeito e em cada estrutura.

Salamone escreve um caso clínico interessante que conduziu:

Uma vez me procurou um rapaz que veio com a intenção de parar de fumar maconha, e ele me deixou claro desde o início que se parasse de usar tinha certeza de que se tornaria um serial killer. Não sugeri parar de usar, nem por ameaça, simplesmente porque nunca faço. (...) Para confirmar seu alerta, cada entrevista me trazia de presente um livro sobre serials killers, de Jack, o Estripador, um serial killer argentino chamado coto de orelhas compridas, ou personagens fictícios como Fredy Kruger (Salamone, 2011, p. 3).

A maconha distraía o paciente do tumulto das vozes que ouvia em sua cabeça. Esse cara encontrou um ponto de estabilização sendo um espião russo. Ser espião russo era menos perigoso do que ser um serial killer, pelo menos para outros (Salamone, 2011). Como percebemos na prática clínica, o tóxico pode trazer um ponto de estabilização para determinados sujeitos e de desestabilização para outros.

Realizar o diagnóstico inicialmente é algo complicado, pois a droga produz um certo velamento da estrutura subjetiva (Salamone, 2011). Na prática clínica percebemos como os sintomas da intoxicação das drogas se misturam com os das estruturas subjetivas, mas também ao contrário, em algumas ocasiões, elucidar a função do tóxico para o sujeito, pode dar indícios da estrutura que está em jogo. Não tomar apenas um sintoma como ponto de partida para realizar o diagnóstico não é critério exclusivo da clínica com toxicômanos. E a ideia não é

despatologizar? Desagarrar de nomeações? Dos reducionismos? O sujeito deve ser cuidado e não nomeado.

É importante lembrar que o alcoolismo pode levar o sujeito ao *delirium tremens*. Também é comum a embriaguez levar o sujeito ao *delírio de ciúmes* (Dalgalarondo, 2008, p. 348), que pode ser confundido com a paranoia, e esse viés da paranoia pode ser encontrado também no uso da cocaína. Salamone complementa: “tratando-se de um sintoma que pode estar associado ao consumo com quadro delirante, não basta fazer um diagnóstico estrutural. Devido aos elementos persecutórios presentes nos sintomas do uso de cocaína, é comum os pacientes falarem sobre sua “paranoia” (Salamone, 2011, p. 4).

Sabemos que há sintomas obsessivos meio loucos e que existe a loucura histórica, logo é necessário não pegar apenas um sintoma e realizar um diagnóstico. Para se realizar o diagnóstico, Salamone (2011) nos diz que precisamos levar em consideração como se dá a relação do sujeito com a linguagem, sua relação com o Outro, seu desejo, gozo, a relação do sujeito com o simbólico e com o real. O autor, ainda acrescenta que nesse caso o paciente é o analista, ou seja, o analista deve ter a paciência necessária para direcionar o tratamento.

Vale ressaltar a necessidade da paciência visando a compreensão dos efeitos que o tóxico produz no sujeito, pois em alguns momentos para esclarecer a questão estrutural é necessário a diminuição da droga ou até uma pausa, ou seja, não podemos pressionar a abstinência por exemplo sem saber qual a função ela cumpre para o sujeito. Quando pudermos determinar a estrutura clínica é importante compreender que função tem o tóxico para o sujeito em particular, e a função pode nos elucidar sobre a estrutura.

Faz-se importante e significativo avaliar o sujeito no *caso a caso*, como se dá a relação com os tóxicos, pois são singulares as realidades atravessadas por eles. Devemos deixar que a experiência clínica nos conduza. Com a escuta analítica derrubamos estigmas, rótulos e propomos um novo olhar.

Miller (2016) nos diz que começamos a ver hoje os psicanalistas ressaltarem que algo faz obstáculo à entrada e à manutenção do toxicômano em análise. Fuster (2015) nos indica que diante do toxicômano precisamos de uma docilidade, pois precisamos considerar que quem consulta está aferrado à sua modalidade de gozo, ora, mas em qual quadro não se está!?

No encontro com o objeto droga não há falta, há a suspensão do sujeito desejante. Momentaneamente há o apagamento do sujeito, deixando um corpo que funciona, que acolhe a droga, produzindo efeitos físicos, apaziguando a dor de existir, efeito do objeto, ainda que momentâneo. Esse apagamento é evidenciado diante das narrativas nos atendimentos, os usuários não conseguem descrever o que a droga causa e como se sentem, parece não acontecer

o registro desses momentos. Descrevem o encontro inicial com a droga e o mal-estar final (fissura, angústia), no intervalo faltam palavras para explicar. Tudo fica opaco e enigmático.

Pacheco (2014, p. 70) traz uma importante contribuição para pensarmos a especificidade do fenômeno toxicômano: “a droga produz um excedente de gozo. Desse modo, não se deve confundir o objeto droga com o objeto *a*, objeto causa de desejo”. Aqui podemos inferir que o toxicômano tem a droga como a causa de gozo, não funcionando como objeto de desejo e sim como objeto de satisfação.

As drogas implicam em um acesso ao gozo para os sujeitos. O gozo tem suas particularidades em cada estrutura e em cada caso, esse gozo resulta em frequentes dificuldades para a Psicanálise entre outras questões, a questão é, como lidamos com os impasses, eles existem, mas não impedem que o tratamento avance.

Isso implica em uma problemática no plano da instalação da transferência. Santiago (2001) e Salamone (2011) postulam que há um gozo cínico. Em um primeiro momento o sujeito maneja a substância, em um segundo a substância maneja o sujeito (Naparstek, 2005).

Salamone formula também sobre o gozo cínico: por prescindir do Outro, coloca uma dificuldade no nível da transferência. “Devo dizer que apesar deste cinismo, a droga atua contra a relação do sujeito com seu inconsciente, é possível que a transferência se instale quando se encontra, igual em qualquer outro tipo de caso, com o desejo do analista⁵⁰” (Salamone, 2011, p. 7).

Pensemos agora à dificuldade com a transferência. A transferência é fundamental para a clínica psicanalítica e encontra-se no rol dos quatros conceitos fundamentais propostos por Lacan. A clínica com toxicômanos apresenta certas particularidades, que fazem que, em certas oportunidades, a instalação da transferência se torne problemática.

Vejamos as duas formas de transferência apresentadas por Freud e posteriormente discutidas por Lacan, na neurose e na psicose, em um recorte simplificado. Na neurose ela se dá pela via do fantasma⁵¹ como diria Lacan com seu matema ($\$ \diamond a$). Ela pode ser erótica ou amistosa. O analisando busca completude nessa relação, ligando-se ao analista por essa via, a fantasia. Na neurose o analista é colocado como objeto. A transferência da psicose não se dá da

⁵⁰ Tradução nossa. No original: Debo decir, que pese a ese cinismo, a que la droga opera en contra de la relación de un sujeto con su inconsciente, es posible que la transferencia se instale cuando se encuentre, al igual que en cualquier otro tipo de caso, con el deseo del analista.

⁵¹ o fantasma é um marco que limita certa satisfação para o sujeito e o que mostra a ruptura com o falo e, portanto, com o fantasma, é um gozo desenfreado, excessivo, por fora da singularidade própria do fantasma de cada um (Naparstek, 2012, p. 3).

mesma forma, segundo Freud, a transferência é negativa na psicose, ou seja, inexistente; mas pensando com Lacan, ela se dá pela via da erotomania, lugar do grande Outro perseguidor ou do Outro que ama.

Partindo então do matema do fantasma ($S\bar{\diamond}a$), podemos pensar duas formas distintas de o sujeito lidar com o objeto droga, ambas são hipóteses nossas. Na neurose, buscando uma completude, ilusória, que parece retirar a barra do sujeito. Devemos lembrar que aqui o a não é o objeto a , mas o objeto droga, objeto de satisfação. Também o símbolo da punção (\diamond) desaparece, pois a relação é imediata, e não mediada, como sugere tal símbolo

Diagrama matemático Sa onde o S possui uma barra horizontal pontilhada sobre ele e uma seta curva apontando para cima e para a direita. O a está à direita do S .

Figura 4 – Toxicomania na neurose
(fonte: idealizada pelo autor)

Outra possibilidade, na psicose, com o objeto que parece barrar o grande Outro, impedindo que este goze do psicótico. Uma forma de remediar. Da mesma forma, também sem o símbolo da punção (\diamond), apresentando uma relação sem mediação, imediata.

Diagrama matemático SaA onde o S possui uma barra horizontal pontilhada sobre ele e uma seta curva apontando para cima e para a direita. O a está à direita do S , e o A está à direita do a .

Figura 5 – Toxicomania na psicose
(fonte: idealizada pelo autor)

Como vimos, o símbolo da punção (\diamond) foi retirado, dizendo de uma relação não mediada pela fantasia, mas sim imediata, com a droga. Note-se que nas duas apresentações a barra está pontilhada. Na neurose porque a castração apenas parece velada, na psicose porque o Outro apenas parece barrado.

O analista na instituição é colocado no lugar de objeto pelo analisando (neurótico), porém com o toxicômano, ocupar esse lugar de objeto é mais trabalhoso, pois já se encontra ocupado pelo objeto-droga, objeto exclusivo (literalmente, um objeto que exclui os demais) do toxicômano, causando assim um empecilho nessa relação. Aqui não há o enamoramento pelo

analista. O que nos deixou a seguinte questão: é possível que o analista na instituição promova a hiância do toxicômano com o objeto-droga para dar início ao tratamento?

Suportar o tempo transferencial é difícil, às vezes, as falas são vazias, parecem não ter nada a dizer, porém, em um dado momento, algo se subverte, o discurso se produz. A partir deste momento pode ocorrer o início do tratamento, com a transferência em ação. Retomando as advertências anteriores, o analista ser paciente, usar sua paciência e desejo.

Precisamente, antes de entrar no campo da transferência, a toxicomania o mais das vezes não está estruturada como um sintoma; ela realiza antes um tratamento do corpo que não possui sentido em si mesmo, mas que suspende o tempo e o desejo. Será preciso então atribuir a esse excesso a figura de uma transferência? (Kaufmann, 1996, p. 546).

O vínculo transferencial se organiza em torno de um questionamento fundamental que concede ao sujeito o seu lugar: "Que quer o Outro de mim?" ou "Que sou para o Outro?" As atuações ou provocações no tratamento podem ser entendidas como maneiras de apresentar uma questão: "Você pode me perder, pode surgir como uma falta às sessões. Somos levados a fazer surgir novas formas que figuram as questões fundamentais do sujeito, ao invés de tentar 'curar a toxicomania?'" (Kaufmann, 1996, p. 546).

Vamos a uma formulação preciosa de Salamone (2011). A droga é eficaz até o ponto de falha. Em suas palavras Salamone apresenta:

O álcool, as substâncias, farão você enfrentar uma mulher, mas a impotência aparecerá no relacionamento mais cedo ou mais tarde, de uma forma ou de outra. A droga revelará que não teve a eficácia que se supunha e, diante da falha, o sujeito procurará outra forma de resolver sua encruzilhada sexual⁵² (Salamone, 2011, p. 11).

Esse é um ponto interessante. Frequentemente ouvimos na clínica álcool e drogas, dentre várias possibilidades, que as substâncias são usadas para *dar coragem* aos sujeitos que se encontram emaranhados com a inibição e timidez, como nomeiam. Porém, o mesmo ponto que ajuda desinibir também é o ponto que causa a disfunção sexual (efeito *Pharmakon*). Em alguns casos notamos a *greve sexual*, pacientes relatam que vão com *parceiras* para o motel, porém somente o uso da substância aparece, eles contam com certa insegurança: "se eu te contar

⁵² Tradução nossa. No original: El alcohol, las sustancias, lograran que enfrente a una mujer, pero la impotencia aparecerá en la relación tarde o temprano, de una forma u otra. La droga revelará que no tenía esa eficacia que se le había supuesta y, ante la falla, el sujeto buscará otro camino para resolver su encrucijada sexual.

você não acredita, minha esposa acha que fui para o motel com determinada mulher para transar, porém fomos usar drogas, não fizemos nada” (sic).

Podemos pensar: Qual o ponto de falha? A substância? A estrutura subjetiva? Parece-nos que tudo se interliga. A droga é colocada como solução em um determinado momento, porém uma hora falha. A falha subjetiva não se trata escondendo-a. É necessário um trabalho de análise para elaboração, uma busca de relacionar-se de uma maneira melhor com isso, senão as questões continuam escapando.

Apostamos na transferência ainda que tenhamos que enfrentar os impasses, como em qualquer tratamento sem a presença do tóxico. Concordamos com Fabián Naparstek e esse também é nosso posicionamento.

Na verdade, eu também proponho dessa forma o que chamamos estritamente a entrada em análise, em que, ao colocar em jogo a transferência, um laço amoroso no dispositivo analítico, isso mesmo já poderia indicar a saída da toxicomania, sem que, necessariamente, implique deixar de consumir. Não fazemos equivalência entre o consumo feito por todo mundo com o que chamamos, estritamente, de toxicomania, na qual há uma mania pelo tóxico. Por isso, preservamos o termo toxicomania, porque inclui, em seu nome, esse aspecto clínico que é a mania, na medida em que implica soltar-se do laço com o falo, que é o que impõe limite. Ainda, quanto a Lacan, teria que se desenvolver um pouco mais; para Freud, a mania sempre implicou um desenganche com o Outro e, naturalmente, com o limite e com o falo (Naparstek, 2012, p. 3).

4.5.1 Experiências e vinhetas

Queremos aqui, tentar descrever um pouco da experiência clínico-institucional concreta, alinhada também com a pesquisa e com a prática desenvolvida ao longo dos anos de trabalho, baseada na clínica psicanalítica na saúde mental, especificamente no serviço CAPS ad III. Além de nossa permanente formação em Psicanálise, buscamos como servidora efetiva da prefeitura municipal, contribuir com as discussões sobre a prática em saúde mental no Brasil. Buscaremos nos deter em pontos que venham convergir interesses e favorecer o diálogo entre as diferentes áreas de saber que compõem o trabalho em equipe e Psicanálise. Apesar de estarmos inseridos no método da Psicanálise, também estamos inseridos em terreno de interface e diálogo com outros campos de saberes (medicina, assistência social, terapia ocupacional), na saúde mental pública.

É importante que o psicanalista tenha uma clara localização do lugar de sua práxis, sempre discursiva, em face dos discursos operacionalizados no laço social. Sobretudo nas práticas de atenção à saúde e dos setores sociais (CRAS, CREAS), decorrentes de políticas públicas bem ou mal alinhadas em função das conjunturas políticas brasileiras complicadas.

Sem isso, o psicanalista se perde entre os discursos e se confunde; acaba por operar ao contrário da direção teórica, ética, clínica e política da Psicanálise. A Psicanálise (claro que existem exceções) parece colocar um selo patologizante nos usuários de substância psicoativas, o selo de toxicômano. Não encontramos muitos eventos, seminários voltados para essas discussões, encontramos em pequenos grupos, longe. É importante desconstruir dizeres da categoria de toxicomania, sem qualquer implicação técnica, pois este virou um termo de uso fácil, sem crítica alguma, sem problematização.

Partimos da premissa que não existe um sujeito toxicômano, uma *entidade* fechada, pois percebemos ao longo das discussões na dissertação, que não há um consenso concreto do que se trata a Toxicomania.

Temos que apostar na posição de saber dos usuários de substâncias psicoativas (SPA), porque ainda que estivessem em uso e rompimento nas relações, tanto amorosas, familiares quanto trabalhistas, existe em certos momentos a demanda para tratar alguma questão dolorosa. Tomamos como demanda a questão que atormenta e é colocada em trabalho, em qualquer das estruturas, com a aposta do analista as sessões caminham, posteriormente surge o amor, amor de transferência tão importante à Psicanálise. Vejamos então algumas vinhetas clínicas que podem nos auxiliar na compreensão destes pontos.

Caso Harry, 42 anos, *usuário* de crack e etílicos, mora com a mãe (Graça). O pai (Tonho) mora em uma casa ao lado. Harry e seu pai tem um relacionamento difícil, já houve agressão física. Graça relata que se separou de Tonho por causa do filho, porém os dois se encontravam sem que Harry percebesse. Por inúmeras vezes ele foi internado em Hospital Psiquiátrico devido ao abuso de crack. Neste período Graça solicitou no fórum a interdição dele e com um relatório médico conseguiu. Ao iniciar seu tratamento no CAPS ad em 2014, foi possível o rompimento das internações e discussões com a família sobre o posicionamento perante o filho.

A evolução foi construída com o tempo. Hoje o diálogo entre pai e filho é possível. Harry possibilitou o cuidado em liberdade, após estabelecer o vínculo transferencial com a analista, pois em momentos de crise era possível o acolhimento em Hospitalidade Noturna. Está abstinente ao crack há 2 anos, atualmente uso moderado de etílicos aos finais de semana. Harry é atendido semanalmente, em alguns momentos é possível o espaçamento das sessões.

Vamos retomar o “Caso Fonseca”, descrito nas discussões anteriormente. Como foi relatado, paciente tinha inúmeros chamados ao SAMU. Todas as idas ao Pronto Atendimento eram nomeadas como *tentativa de autoextermínio*, advindas de cortes não tão raros no braço, porém *calculados*. Fonseca durante a semana na permanência-dia no CAPS ad durante a semana fica bem, porém aos finais de semana, como não tem a PD, ficava péssimo. Após vários conflitos com a rede e a não melhora do quadro, a analista disse a Fonseca que iria encaminhá-lo a outro profissional ou ao CAPS I, já que ela não estava conseguindo junto a ele uma evolução em que ele se estabilizasse. Fonseca ficou surpreso. Pediu por favor que não trocasse de profissional e que a partir disto iria *melhorar*.

Aqui na discussão teórica do tema, apontamos que a partir deste momento foram possíveis as negociações, após solicitar pela via do desejo a permanência com a analista. A busca naquele momento era pensada para uma diminuição de riscos. Logo, foi negociado em seu PTS que ele iria até o CAPS ad aos finais de semana caso precisasse e também iria diminuir o excesso de etílicos para cessar os cortes, pois o paciente verbalizava que os cortes se davam em decorrência disto. Combinamos por meio de um documento/contrato o que verbalizamos. O documento virou anexo do PTS. Ressaltamos que a partir do vínculo transferencial, foi possível fazer o desejo do paciente surgir, pois cumpriu o que se propôs e melhorou significativamente seu quadro, diminuiu o excesso de etílicos, não fez os cortes mais e passou a se cuidar de alguma forma. Nesta vinheta em questão, queremos exemplificar como a transferência pode funcionar a partir da aposta da analista. Esse paciente é um dos ditos *problemáticos, nada dá jeito*. A partir da demarcação/pontuação, da analista sair de cena e dizer que iria encaminhá-lo para outro profissional ou dispositivo, foi possível fazer surgir o desejo do paciente. A partir do corte, apostamos no desejo dele. A evolução foi significativa.

Caso Carlos, 42 anos, usuário de crack desde muito jovem. Várias internações em CT; trabalha em uma fazenda. Estava morando com a família (mãe, sobrinho e irmã), porém há poucos dias decidiu-se morar perto do trabalho, na zona rural. Quando foi contar sobre a escolha da ida para a zona rural, disse que as pessoas o tratam mal por ser usuário, sente-se diminuído, julgado, “saí da civilização, fui para roça”. “As pessoas me olham como se eu fosse doente”; “Quando some pertence de alguém no trabalho, logo me olham e me julgam, eu não faço isso, ainda bem que o meu patrão me conhece”. Chegou ao CAPS ad solicitando internação novamente. Pontuamos sobre a tentativa de fazer o acompanhamento ambulatorial, porém disse que já havia feito no CAPS ad e tinha algumas questões com a outra profissional. Indagado se gostaria de mudar de profissional psi, aceitou. Depois de algum tempo de atendimento, paciente contou chorando sobre o abuso sexual que sofreu de sua irmã na infância. Passou a usar a droga

para *esquecer*. “Eu nunca tinha contado para ninguém”. A analista pontuou em um dado momento (após sinais de transferência) sobre ele sair do lugar de ser abusado e se tornar um abusador de drogas. Algo se subverteu no momento com a demarcação do significante abuso. Carlos, conseguiu diminuir o uso de crack, já que constantemente se colocava em situações perigosas, e elaborar nas sessões o que havia se passado. Por várias vezes dizia no final das sessões: “Gosto do seu estilo”; “Me sinto à vontade e me sinto gente, você é gente boa”. Vale ressaltar neste momento, que o que colabora para o sentimento de menos-valia de Carlos é um dos pontos de nossa discussão, o estigma; o julgamento moral.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em linhas gerais, esta dissertação se deu baseada nas discussões relacionadas ao campo da Saúde Mental e da Psicanálise, principalmente no dispositivo CAPS ad. Como descrevemos na Introdução, o interesse pelo tema nasceu dos impasses e avanços da clínica com alcoolistas e toxicômanos, principalmente no CAPS ad. A partir da Psicanálise ponderamos possíveis soluções aos impasses no manejo clínico no campo álcool e outras drogas. Partimos do pressuposto que pacientes estigmatizados não investem sua energia libidinal no processo transferencial e posteriormente terapêutico, logo isso atrapalharia a relação transferencial.

Buscamos inicialmente no capítulo sobre Conceitualização do uso de Substâncias, apresentar de forma didática os conceitos e classificações relacionadas ao campo álcool e outras drogas, baseados em dicionários e em alguns autores do campo que tentam definir de forma clara os significados, foram eles: uso; abuso; dependência química e psíquica; intoxicação; adicção/adição; alcoolismo/alcoólatra/alcoolismo; vício e toxicomania.

O ponto de partida se deu em decorrência da percepção do quanto o campo de álcool e outras drogas é *vítima* de equívocos que surgem da desinformação, de certa forma as avaliações equivocadas prejudicam os usuários de tóxicos. Neste sentido, percebemos que com conceitos mais bem definidos e cada um com suas especificidades, colaboram para uma avaliação nos dispositivos de saúde mental de forma mais fidedigna com a realidade, contribuindo assim para uma clareza maior, capaz de diminuir os equívocos e impasses neste campo, que por natureza já é criticado, pois nem todos que usam drogas são dependentes químicos (para saúde mental) ou toxicômanos (para psicanálise), existem as variadas formas de uso como notamos. Sentimos a limitação nas definições do conceito de toxicomania, pois não há consenso, tanto na saúde mental quanto na Psicanálise.

No capítulo Saúde mental no Brasil: a reforma psiquiátrica e os CAPS, fizemos um recorte descrevendo a história da Saúde Mental no Brasil e o nascimento da Rede de Atenção Psicossocial, na qual se encontra o dispositivo que achamos ser privilegiado para os avanços da Reforma Psiquiátrica: os CAPS. Descrevemos de forma sucinta a história desde a Santa Casa de Misericórdia (1830) até ao final dos anos 1970 quando surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Decorrente destas contribuições na história, foram possíveis os avanços como a criação do Sistema único de Saúde (SUS) e a Lei Paulo Delgado, nº 10.2016 de 2001 e posteriormente à regulamentação dos CAPS. Fizemos apontamentos importantes

relacionados aos dispositivos CAPS's e suas modalidades de tratamento; discutimos sobre avanços e impasses. Pincelamos conceitos importantes como Reabilitação Psicossocial e cidadania. Acreditamos que os CAPS ainda encontram limitações no que tange a Reabilitação psicossocial e também em relação a *capsização* dos usuários. Estes são pontos frágeis nos quais precisamos avançar.

No subitem Redução de danos no Brasil discorremos sobre a política de Redução de Danos e seu início no Brasil, advindos da intervenção resposta nacional à epidemia de HIV/Aids. Posteriormente o conceito de RD foi apropriado em campos de intervenção e reflexão ao desenvolvimento social e da saúde mental. Descrevemos sobre o direcionamento das políticas públicas ser prioritariamente para a mudança de padrões de consumo e Redução de Danos causados à população usuária de álcool e outras drogas. Posteriormente privilegiamos dentre as discussões dois autores importantes para saúde mental: o autor Denis Petuco, pois acreditamos que sua metáfora das ondas é rica para nossa compreensão e contribuição para as discussões sobre a Redução de Danos, principalmente em relação ao crack; e Antônio Nery Filho por nos apresentar de fato as possibilidades das práticas da Redução de Danos. Acreditamos que é a política mais adequada em se tratando de acolhimento, respeito e cuidado em liberdade, é a política da ética e do desejo, pois respeita a escolha singular de cada sujeito.

No subitem A política de abstinência e a guerra às drogas apresentamos a política contrária a Redução de Danos, a política da abstinência e da *Guerra às Drogas*. Descrevemos o início da política proibicionista, um viés conservador e moralista e sua problemática. Acreditamos que é a política menos adequada para tratamento e acolhimento, pois não existe respeito as escolhas e a singularidade.

No item sobre as Comunidades terapêuticas falamos sobre as discussões das CT's, filha da Guerra às Drogas, onde são abrigados os indivíduos para *tratamento*. Um modelo de instituição fechada, que devora a singularidade, um programa voltado para a normatização do usuário. Nestes dispositivos o indivíduo é tratado como doente, uma doença progressiva e de fins fatais. Aqui foi descrito também um modelo real de *tratamento*, baseado na realidade de um trabalho realizado. O sujeito é reduzido a apenas um usuário de drogas, prova disso é o próprio AA, em que o sujeito perde sua identidade se nomeando como *alcoólico anônimo*. Daí surgem as piadas: *prefiro ser um bêbado reconhecido que um alcoólico anônimo*.

No subitem Estigma e segregação: manicômio sem muros, discorremos sobre os impasses para o avanço da Reforma Psiquiátrica, o estigma e segregação, pois acreditamos que contribuem para a criação de um manicômio interno à cultura, principalmente em algumas práticas profissionais. Percebemos que os *desejos de manicômio* ainda são muito presentes na

prática das instituições, mesmo nos CAPS, pois exatamente neste dispositivo (e não somente nele), não poderia existir tal conduta. A partir da relação estigmatizante entre profissional e paciente se dá o empobrecimento da relação, para Psicanálise transferência, e conseqüentemente o prejuízo das relações e avanço no tratamento.

No subitem Qual psicanálise para qual saúde mental? Utilizamos o livro *Psicanálise e Saúde Mental* dos autores Dunker e Fuad, como pontapé inicial para uma discussão importante: qual psicanálise para qual saúde mental? Aqui se deu a discussão da dimensão clínica nas instituições, os impasses e apostas. Explanamos brevemente sobre a clínica e reabilitação psicossocial (novamente), pois existe a crítica que a Reforma Psiquiátrica de certa forma substituiu a clínica, uma discussão cara.

Por fim, chegamos ao coração da dissertação, a Clínica Psicanalítica em Instituições, e seus subitens. Iniciamos com: a função Social da Psicanálise aplicada no campo álcool e outras drogas. Ali apresentamos como Freud comentava sobre a responsabilidade social da Psicanálise. Fizemos elaborações acerca do cuidado do mestre Freud ao propor em 1918 a clínica acessível a grande multidão, demasiado pobre como ele descreve. Neste momento Freud propôs a Psicanálise nas instituições ou seja, a Psicanálise e seu posicionamento diante ao mal-estar na contemporaneidade fora do setting tradicional. Gabarron-Garcia nos auxiliou nas discussões para lembrarmos das posições de Freud em relação a Psicanálise nos espaços públicos, já que sempre ouvimos a crítica da Psicanálise ser elitista. Dos autores contemporâneos, trouxemos Éric Laurent para completar tal posicionamento. Ele nos diz que o analista de hoje deve responder as demandas de nosso tempo, ultrapassando a ideia de *setting* fechado.

No subitem A prática entre vários: a Psicanálise aplicada no campo álcool e outras drogas, discutimos uma nova forma de trabalho tão importante: a Psicanálise aplicada as instituições, essa prática tem sido utilizada por suas questões condizentes com as atuais necessidades institucionais e arranjos. O saber é deslocado, não é centrado no profissional, mas sim no sujeito. Aqui apostamos na invenção subjetiva mediada pelos profissionais e não pelo Mestre. O analista responde a outra configuração/função, da passagem da desidentificação do analista especialista.

Em Sobre o lugar da clínica, fizemos um breve percurso nas obras de Freud concernente ao amor, já que Freud nos adverte que um de nossos sofrimentos se dá em decorrência das relações. Descrevemos a relação do bebedor com a garrafa, o chamado *casamento feliz* e também os pontos mais importantes sobre o *Mal-estar na cultura* de Freud e suas possibilidades de evitamento do mal-estar. Discutimos o efeito *Pharmakon* em Naparstek e suas considerações

a respeito do texto o *Mal-estar na cultura*. Este autor postula sobre a toxicomania como a *inexistência do outro* seguindo as orientações de Miller. Jesús Santiago descreve a toxicomania generalizada, não somente com o objeto droga, mas também com outros produtos do capitalismo capazes de convocar a pulsão e a repetição. Postula também que o fenômeno da drogadição tem a ver com sociedade atual.

Em Breves comentários sobre os Discursos fizemos breves apontamentos sobre os discursos de Lacan e trouxemos as especificidades do pseudodiscurso formulado em outro momento por ele, no Discurso de Milão. O discurso do capitalista, faz meia torção no discurso do Mestre, parecendo a banda de Moebius. Lacan estabelece sua teoria dos quatro discursos baseado de que o inconsciente é um discurso. Naporstek faz as considerações em relação à angústia, tão importante para clínica.

Nas discussões sobre a Toxicomania e Transferência, utilizamos o autor Jesús Santiago para descreve a origem da Toxicomania baseada no saber psiquiátrico, na discussão sobre a mania aplicada à problemática dos distúrbios dos atos impulsivos. Para Jesús a toxicomania ganha o estatuto de categoria clínica particularmente distinta das diferentes estruturas clínicas. Ele busca um ponto de partida que repouse nos conceitos da Psicanálise, logo, formula que não é o tóxico que determina a toxicomania e sim o impulso a se servir dela, ou seja, a presença do tóxico não é fator determinante. Já para o autor Filippo Olivieri não se trata de uma estrutura clínica por não satisfazer a mais básica condição de uma estrutura, a de recorrer ao registro simbólico, já encontramos aqui uma formulação diferente de Jesús Santiago. Para Hugo Freda, o toxicômano que faz a droga e não o contrário. Beneti faz uma crítica aos psicanalistas, pois eles teriam se furtado diante do campo das Toxicomanias, mas que é necessário uma aposta, como também foi anteriormente com a psicose.

Discorremos sobre as formulações do autor Luis Darío Salomone acerca dos impasses da Toxicomania e suas saídas. Salamone também discorda que a Toxicomania e Alcoolismo sejam categorias clínicas. Descrevemos um caso clínico dele interessante. Fuster fala sobre a docilidade que precisamos ter com os toxicômanos. Pacheco nomeia a toxicomania como fenômeno e traz sua contribuição acerca do objeto causa de desejo e coloca o gozo em evidência: o toxicômano tem a droga como a causa de gozo. O gozo coloca uma questão no plano da transferência. Santiago e Salamone postulam que existe um gozo cínico, ainda assim, Salamone aposta no tratamento a partir do momento que o desejo do analista é encontrado.

Retornamos ao mestre Freud e apresentamos duas formas de transferência, posteriormente discutidas por Lacan. Na neurose, o analisando busca completude na relação, ligando-se ao analista por essa via, a fantasia. O analista é colocado como objeto. Na psicose,

ela se dá pela via da erotomania, lugar do grande Outro perseguidor ou do Outro que ama. Formulamos sobre o vínculo transferencial e seus questionamentos a partir de Pierre Kaufmann. Com paciência vamos avançando e apostando na transferência, no laço amoroso como formulou Naparstek e também sobre a falha da droga, apontada por Salamone. Em um dado momento a droga falha, possibilitando nossa intervenção.

Para (não) concluir: acreditamos que a questão conceitual do Alcoolismo e da Toxicomania são vítimas de inúmeros impasses, uma clínica de paradoxos. A Toxicomania em especial fura o Discurso do Mestre e Discurso do Analista, ela tira o analista de sua posição de saber que lhe é confortável. Seria isso o ponto de incômodo e rejeição dos analistas? Diante da fragilidade do Outro, podemos ver a nossa. Afinal, ser colocado no lugar de saber pelo analisando/paciente é o que se espera para o início do processo transferencial. Acreditamos nas sessões que estamos em uma posição privilegiada, apenas acreditamos.

Notamos que o desinvestimento por parte do analista, pode dificultar qualquer processo terapêutico. Poderíamos aqui repetir inúmeras formulações acerca da clínica em questão, porém sentimos que é necessário avançar, pensar de forma clara sem as conceitualizações já formuladas, obviamente não estamos desmerecendo, apenas propondo uma pausa.

No que tange às implicações, nossa aposta é que o verdadeiro Toxicômano que não faz laço social e vive em função do tóxico, são raros. Na realidade do CAPS ad de 3000 prontuários (apesar de não ser quantitativo), apontamos apenas dois casos que nos parece tratar de um desinvestimento total nas relações e nas formas de viver que nossa cultura nos cobra, relacionamento afetivo, familiar, filhos, casamento, trabalho, etc.

Concernentemente às contribuições desta Dissertação acreditamos que a partir do que foi construído, retomado e articulado nos capítulos, é possível utilizar a dissertação como uma bússola, que nos mostra possíveis caminhos.

Apostamos que toda transformação de um dizer, de um discurso implica no momento para abertura para um signo de amor, a partir disso, é possível a produção da transferência. Os tratamentos bem-sucedidos se dão na aposta da força da transferência, da capacidade de produzir transformação nas relações do sujeito com o objeto, uma transformação representada pelo amor, amor de transferência, tantas vezes colocada por Freud. Nossa aposta se dá exatamente no ponto colocado de nosso problema inicial: é possível promover a hiância entre o objeto e o toxicômano, desde que o analista se coloque a disposição, renuncie à *detenção do saber*, baixe a resistência com todo o discurso criado acerca do toxicômano. Vale lembrar novamente Lacan: “existe apenas uma resistência, é a resistência do analista. O analista resiste quando não entende com o que ele tem de lidar” (1954-1955/1985, p. 287) e a transferência

surge a partir da invenção e docilidade como nos lembram alguns dos autores discutidos (Fuster, 2015; Beneti, 2015; Salamone, 2011; Laurent, 1999; Di Ciaccia, 1999).

Não poderíamos deixar de apontar novamente Pierre Kaufmann sobre a crítica em relação a psicanálise, a assertiva citada na página 95, sobre a influência da Psicanálise e sua criação da entidade toxicomania. Nem todos que se drogam são toxicômanos, a psicanálise patologiza a toxicomania, ainda que o sujeito esteja colado na droga, não podemos partir para uma patologização via discurso psicanalítico. Temos que apostar no sujeito, sempre.

Para futuras investigações desejamos aprofundar nas formulações que deram início as discussões sobre as duas nomenclaturas: Alcoolismo e Toxicomania. A forma que foram construídas seus conceitos e significados, pois nos parece que são independentes. Ficamos com uma questão importante e provocativa, que não foi possível acrescentar nesta dissertação. Nossas observações e aprofundamentos nos levaram a seguinte formulação: Como a toxicomania é tomada como mania ao tóxico e também existe a formulação de *quem faz a toxicomania é o toxicômano e não a droga*, por que o Alcoolismo é tomado como uma entidade separada da Toxicomania? Estaria o álcool em uma posição privilegiada?

6 REFERÊNCIAS

- Agência FAPESP. (novembro de 2021). *Agência FAPESP / Ciência SP*. Acesso em 3 de 10 de 2023, disponível em <https://agencia.fapesp.br/estudo-em-escolas-de-sao-paulo-mostra-que-programa-de-prevencao-as-drogas-mais-comum-no-pais-e-ineficaz/37385>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2011). *Manual técnico-promoção e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*.
- Alcoólicos Anônimos. (2015). *A História de como milhares de homens e mulheres se recuperam do alcoolismo*. (T. e.-J. Brasil, Trad.)
- Alverga, A. R., & Dimensatin, M. (2006). *A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura* (Vol. 10). Interface-Comunicação, Saúde, Educação. Acesso em 25 de 04 de 2022, disponível em <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>
- Alves, E. d., & Francisco, A. L. (2009). Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. 29, pp. 768-779.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para loucura e psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2003). *A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica*. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (Vol. 1). Rio de Janeiro : NAU .
- Ambev S.A. (2022). *SKOL*. Acesso em 24 de 10 de 2023, disponível em <https://www.skol.com.br/produto/skol-puro-malte>
- Araújo, A. K., & Tanaka, O. Y. (2012). *Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise*. (Vol. 16). Interface-Comunicação, Saúde, Educação .
- Associação Psiquiátrica Americana. (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (M. I. Nascimento, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- Bechara, E. (1928/2006). *Moderna Gramática Portuguesa* (37 ed.). Rio de Janeiro: Lucerna.
- Beneti, A. (20 de setembro de 2015). Imagens Intoxicantes. 34-38. (E. Alvarenga, Entrevistador) Belo Horizonte: Revista PHARMAKON. Rede TyA do Campo Freudiano - Red TyA Del Campo Freudiano. Acesso em 05 de 05 de 2022
- Bento, V. E. (2006). *Tóxico e adicção comparados a paixão e toxicomania: etimologia e psicanálise*. São Paulo: USP, 17.

- Bezerra, B. (1996). A Clínica e a Reabilitação Psicossocial. pp. 137-142.
- Brasil. (2002 [b]). Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD; Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtorno decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas*. Brasília.
- Brasil, M. d. (2001). Lei 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 2001.
- Brasil, M. d. (2002). Portaria nº 336/02 de 19 de fevereiro de 2002. *Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad*. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Fonte: <https://goo.gl/a1v8CB>
- Brasil, M. d. (2003). Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, M. d. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos de Caracas. OPAS. Brasília.
- Brasil, M. d. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil, M. d. (2022). Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as normas e diretrizes para a organização dos CAPS. 22-23. Diário Oficial da União. Acesso em 10 de 04 de 2022, disponível em <https://goo.gl/a1v8CB>
- Braziliense, C. (19 de 03 de 2019). *Governo oferece 10 mil vagas para tratar dependentes químicos*. Acesso em 20 de 09 de 2023, disponível em <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2019/03/19/interna-brasil,744014/governo-oferece-10-mil-vagas-para-tratar-dependentes-quimicos.shtml>
- Carneiro, H. (2002). A fabricação do vício. XIII Encontro Regional de História (Anpuh-MG). *A construção do vício como doença: o consumo de drogas e a medicina*. Belo Horizonte. Fonte: www.neip.info

- Castro, J. (jul/dez de 2009). Considerações sobre a escrita lacaniana dos discursos. Rio de Janeiro: Revista Ágora: Estudos em teoria psicanalítica.
- Cegalla, D. P. (1920/1993). *Novíssima Gramática da Língua Portuguesa: com numerosos exercícios* (36 ed.). São Paulo: Editora Nacional.
- Cézar, M. d., & Melo, W. (2018). Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25, 127-142.
- Cruz, A. D. (2007). A Psicanálise Aplicada no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). *Dissertação de Mestrado em Psicologia. PUC/Minas*, 118. Belo Horizonte.
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [recurso eletrônico]* (2 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- DELPO. (s.d.). *Núcleo de Apoio à Pesquisa em Etimologia e História da Língua Portuguesa / NEHiLP*. (U. d. USP, Editor) Acesso em 03 de 03 de 2023, disponível em DELPO Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa: <https://delpo.prp.usp.br/>
- Di Ciaccia, A. (1999). Da fundação de Um à prática feita por muitos. Belo Horizonte: Revista Curinga. Escola Brasileira de Psicanálise - EBP-MG.
- Di Ciaccia, A. (2005). A prática entre vários. In: Sônia Altoé, Márcia Mello de Lima (Orgs). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Di Ciaccia, A. (2007). *Inventar a psicanálise na instituição. Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos na Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano*. (V. A. Ribeiro, Trad.) Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Diário Oficial da União. (11 de 04 de 2019). <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>. (70-A, Editor, & A. d. Executivo, Produtor) Acesso em 03 de 03 de 2023, disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>
- Diário Oficial da União Nacional. (19 de 03 de 2019). PORTARIA Nº 563, DE 19 DE MARÇO DE 2019. *Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares*. (57. Seção:1).
- Dunker, C. I., & Kyrillos Neto, F. (2015). *Psicanálise e Saúde Mental*. Porto Alegre: Criação Humana.
- Elia, L. (2000). A transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso? *Vol. 12*.

- Escohotado, A. (1997). *O livro das drogas: usos, abusos, desafios e preconceito*. (C. D. Szlak, Trad.) São Paulo: Dynamis Editorial.
- Faria, E. (1956). *Dicionário Escolar Latino - Português*. Ministério da Educação e Cultura. Departamento Nacional de Educação (2ª ed.). Rio de Janeiro.
- Faria, E. (1962). *Dicionário escolar latino-português* (3 ed.). Brasília: Ministério da Educação e Cultura.
- Ferraz, M. (s.d.). *PROERD Brasil*. (M. Ferraz, Produtor, & Policial Militar de Minas Gerais) Acesso em 01 de 10 de 2023, disponível em www.proerdbrasil.com.br: <https://www.proerdbrasil.com.br/oproerd/oprograma.htm>
- Ferreira (a), A. B. (2010). *Mini Aurélio: o dicionário da Língua Portuguesa / Aurélio Buarque De Holanda Ferreira* (8 ed.). Curitiba: Positivo.
- Ferreira (b), C. (2001). Construção do caso clínico: o saber do paciente como forma de subversão da lógica institucional. *Monografia (Especialização em Saúde Mental/Clínica) - Centro Universitário Newton Paiva*, 54 fls. Belo Horizonte.
- Feuerwerker, L. C. (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Figueiredo, A. (1997/2002). *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos. A clínica Psicanalítica no Ambulatório Público* (3ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Freda, H. (1987). *Da droga ao inconsciente, IX Jornadas do CMT, Subversão do sujeito na clínica das toxicomanias*. Belo Horizonte, 1996: Fascículos do FEMIG .
- Freud, S. (1912a/1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Em S. Freud, & J. Salomão (Ed.), *O Caso Schreber, Artigos sobre Técnicas e outros trabalhos* (Vol. 12, pp. 66-73). Rio de Janeiro: Imago Editora. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas.
- Freud, S. (1912b/1996). Sobre a Tendência Universal à depreciação na esfera do amor. Contribuições à psicologia do amor II. Em S. Freud, *Cinco Lições de Psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos* (J. Salomão, Trad., Vol. 11, pp. 106-115). Rio de Janeiro: Imago Editora. Edição Standar brasileira das Obras psicológicas completas.
- Freud, S. (1915/1996). Os instintos e suas vicissitudes. Em S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 14, pp. 115-144). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1919[1918]/1996). Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. Em S. Freud, *Uma Neurose Infantil e outros trabalhos*. (J. Salomão, Trad., Vol. 17, pp. 98-105). Rio de Janeiro: Imago Editora. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas.

- Freud, S. (1923/1996). Prefácio ao relatório sobre a Policlínica Psicanalítica de Berlim. Em S. Freud, *O Ego e o Id e outros trabalhos* (Vol. 19, pp. 167-170). Rio de Janeiro: Imago Editora. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas.
- Freud, S. (1927-1931/1996). O Futuro de uma ilusão. Em S. Freud, *O Futuro de uma ilusão, O Mal-estar da Civilização e outros trabalhos* (J. Salomão, Trad., Vol. 21, pp. 3-37). Rio de Janeiro: Imago Editora. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas.
- Freud, S. (1930[1929]/1996). O Mal-estar na civilização. Em S. Freud, *O Futuro de uma ilusão, O Mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)* (J. Salomão, Trad., Vol. 21, pp. 42-92). Rio de Janeiro: Imago Editora. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas.
- Freud, S. (1932-1936/1996). Conferência XXXIV - Explicações, Aplicações e Orientações. Em S. Freud, *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise e Outros trabalhos* (J. Salomão, Trad., Vol. 22, pp. 92-106). Rio de Janeiro: Imago Editora. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.
- Freud, S. (1935/1996). Pós Escrito. Em S. Freud, *Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos* (J. Salomão, Trad., Vol. 20, pp. 45-47). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1950 [1895]/1996). Projeto para uma psicologia científica. Em S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 1, pp. 333-454). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (s.d.). Prefácio ao relatório sobre a Policlínica Psicanalítica de Berlim (março de 1920 a junho de 1922). *XIX*. Edição Standard das Obras Completas.
- Fuster, M. S. (20 de setembro de 2015). Instituições Intoxicantes. *Imagens e Intoxicações, volume 1*, p.94-96. Belo Horizonte: Revista PHARMAKON Digital. Rede TyA do Campo Freudiano - Red TyA Del Campo Freudiano. Acesso em 17 de 07 de 2021, disponível em <http://pharmakondigital.com/instituicoes-intoxicantes/>
- Gabarron-Garcia, F. (2022). *Uma História da Psicanálise Popular*. (C. Euvaldo, Trad.) Ubu Editora. Edição do Kindle.
- Goffman, E. (1988). *Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4ª ed.). (M. Lambert, Trad.) Rio de Janeiro : Guanabara.
- Goulart, D., & Valente, P. (2023). Centro Educacional Novas Abordagens em Saúde Mental - CENAT. *A (des)patologização no cuidado em saúde mental*. (P. Valente, Ed.) Acesso em 2023, disponível em CENAT: <https://www.cenatsaudemental.com>

- Gov.br. (19 de 03 de 2019). Ministro participa da sessão para celebrar 50 anos das comunidades terapêuticas. *Prevenção às Drogas Solenidade na Câmara*. Fonte: <https://br.images.search.yahoo.com/search/images?p=50+anos+de+instala%C3%A7%C3%A3o+das+Comunidades+Terap%C3%AAuticas&fr=mcafee&type=E210BR714G0&imgurl=https%3A%2F%2Fi.ytimg.com%2Fvi%2FtL6OrvFO5VA%2Fhqdefault.jpg#id=3&iurl=https%3A%2F%2Fimgproxy.camara.le>
- Hart, C. (2014). *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*. (1.ed ed.). (C. Marques, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar.
- IHRA., I. H. (2010). *O Que é Redução de Danos? Uma posição oficial da associação internacional de Redução de Danos*. Londres, Grã Bretanha. Fonte: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf
- Iribarry, I. N. (2003). *O que é pesquisa psicanalítica? Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*.
- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud a Lacan / Pierre Kaufmann*. (P. Kaufmann, Ed., V. RIBEIRO, & M. L. Borges, Trads.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Kyrillos Neto , F. (2007). Efeitos de circulação do Discurso em serviços substitutivos de saúde mental: Uma perspectiva psicanalítica. *Tese de Doutorado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social- PUCSP*, 215. São Paulo. Fonte: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17182/1/Fuad%20Kyrillos%20Neto.pdf>
- Kyrillos Neto , F., & Moreira , L. (2017). Dos benefícios sociais na reforma psiquiátrica: necessidade, demanda e desejo. *v.8, n.2*, 110-118. Fortaleza.
- Lacan, J. (1953/1998). Função e campo da fala e da linguagem em Psicanálise. Em J. Lacan, *Escritos* (pp. 238-324). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Lacan, J. (1954-1955/1985). *O Seminário: livro 2. O Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. (M. C. Laznik, Trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor .
- Lacan, J. (1958/1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. Em J. Lacan, *Escritos* (pp. 591-649). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (1960/1998). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. Em J. Lacan, *Escritos* (pp. 807-842). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (1964/1996). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Lacan, J. (1967 2003). *Alocução das psicoses da criança*. In: *Lacan, J. Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1967). *Petit discours aux psychiatres de Sainte-Anne*. Acesso em 10 de 11 de 2023, disponível em <http://psychasoc.com/Textes/Petit-discours-aux-psychiatres-de-Sainte-Anne?print>
- Lacan, J. (1969-1970/1992). *O Seminário 17: O avesso da Psicanálise*. (T. A. Roitman, Trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (12 de 05 de 1972). Do Discurso Psicanalítico. Conferência de Lacan em Milão. (T. S. Felgueiras, Trad.) Fonte: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5767159/mod_resource/content/1/DO%20DISCURSO%20PSICANAL%20-%20Lacan.pdf
- Lacan, J. (20 de novembro de 1975/2016). Encerramento das Jornadas de Estudos de Cartéis da Escola Freudiana A Especificidade da Toxicomania. *A Especificidade da Toxicomania*, 2, 15-23. (V. A. Ribeiro, Trad.) Belo Horizonte: Revista PHARMAKON Digital. Rede TyA do Campo Freudiano - Red TyA Del Campo Freudiano. Fonte: <http://pharmakondigital.com/volume-n-02/>
- Lalande, A. (1999). *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins fontes.
- Lancetti, A. (2008). *A clínica peripatética / Antonio Lancetti (3ª ed.)*. São Paulo: Hucitec.
- Laurent, É. (1990/2014). Três observações sobre a Toxicomania. Em M. R. In: Márcia Mezênciã, *Tratamento possível das Toxicomanias* (pp. 19-26). Belo Horizonte: Scriptum Livros.
- Laurent, É. (1999). O analista cidadão. Belo Horizonte: Revista Curinga. Escola Brasileira de Psicanálise - EBP-MG.
- Laurent, É. (2009). Ato e Instituição. 8, 01-06. Belo Horizonte: Revista Almanaque on-line. Revista eletrônica do Instituto Mineiro de Psicanálise e Saúde Mental/Minas Gerais. Fonte: <https://www.institutopsicanalise-mg.com.br/images/almanaque-antecedentes/almanaque-08/Laurent.pdf>
- Lioto, M. (2012). Felicidade engarrafada: bebidas alcoólicas em músicas sertanejas. Cáscavel, PR: UNIOESTE. Acesso em 2022, disponível em <https://tede.unioeste.br/bitstream/tede/2520/1/Mariana.pdf>
- LoBianco, A. C. (2003). *Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise*. Psico-UFS, 8.

- Machado, L. D., & Lavrador, M. C. (2001). *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mattos, S. d. (2003). A disponibilidade do analista. In: EBP Escola Brasileira de Psicanálise - Agenda 1º semestre. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise - EBP - MG.
- Mendonça, R. (2013). Notas de Aula - Curso de Psicologia - UEMG. *Aspectos Psicossociais da Dependência Química*.
- Merhy, E. E. (2005). Engravidando as palavras: o caso da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco.
- Mesquita, F. (2020). *Redução de danos. BIS. Boletim do Instituto de Saúde* (Vol. 21).
- Mezan, R. (2006). *Jornal de Psicanálise* (39(70) ed.). São Paulo.
- Michaelis. (s.d.). *Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. (E. Melhoramentos, Editor) Acesso em 03 de 03 de 2023, disponível em Dicionário Brasileiro da língua Portuguesa: <https://michaelis.uol.com.br/>
- Miller, J. (2008). Rumo a PIPOL 4. *Correio-Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*. 60, pp. 7-14.
- Miller, J. (20 de novembro de 2016). Para uma investigação sobre o gozo autoerótico. *A Especificidade da Toxicomania*, 2, 25-30. (V. A. Ribeiro, Trad.) Belo Horizonte: Revista PHARMAKON Digital. Rede TyA do Campo Freudiano - Red TyA Del Campo Freudiano. Acesso em 25 de 10 de 2023, disponível em <http://pharmakondigital.com/para-uma-investigacao-sobre-o-gozo-autoerotico/>
- Minas Gerais. (2006). *Atenção em Saúde Mental*. (M. E. Souza, Ed.) Belo Horizonte.
- Ministério da Saúde. (30 de 06 de 2011). Resolução - RDC Nº 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*. Acesso em 05 de 05 de 2023, disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html
- Monteiro, S., & Vilela, W. (2013). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Naparstek, F. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Grama Ediciones.
- Naparstek, F. (julho a dezembro de 2012). Entrevista com Fabián Naparstek. *Almanaque Online nº 11*, páginas 1-6. (D. V. Vargas, Entrevistador) Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais - IPSM MG. Acesso em 05 de 05 de 2022

- Nery Filho, A. (2019). REDUÇÃO DE DANOS: Ampliação da vida e materialização de direitos. Em L. T. Surjus, *In: REDUÇÃO DE DANOS: Ampliação da vida e materialização de direitos*.
- Nobre, L. (1999). Sobre o ato de pesquisar em psicanálise: algumas considerações. pp. 37-42.
- Oda, A. M. (2011). Juliano Moreira e a (sua) história da assistência aos alienados no Brasil. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental [online]*, 14, 721-727.
- Olivenstein, C. (1985). *Destino do Toxicômano*. (M. D. Grandy, Trad.) São Paulo : Almed.
- Olivenstein, C. (1985). *Destino do Toxicômano*. (M. D. Grandy, Trad.) São Paulo: Almed.
- Olivieri, F. (1998). O brilho da Infelicidade. Em L. Bentes, & R. F. Gomes. Rio de Janeiro: Kalimeros - Escola Brasileira de Psicanálise.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Artmed.
- Pacheco, L. (2014). Impasses para o diagnóstico na clínica das Toxicomanias. Em M. R. Márcia Mezêncio, *Tratamento possível das toxicomanias* (pp. 69-78). Belo Horizonte: Scriptum Livros.
- Petuco, D. (2020). *As Três Ondas da Redução de Danos no Brasil*, Denis Petuco (Vol. 21). Brasil: BIS.
- Priberam, D. (s.d.). *Dicionário Priberam Online de Português*. Acesso em 03 de 03 de 2023, disponível em <https://dicionario.priberam.org/>
- Rey, P.-M. (2012). O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). 15(n.2), 382-403.
- Ribeiro, F. M., & Minayo, M. C. (2015). *As Comunidades Terapêuticas religiosas da recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil*. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 19.
- Rinaldi, D. (2006). *Entre o sujeito e o Cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: Sônia Alberti & Ana Cristina Figueiredo (Orgs)*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise/Elisabeth Roudinesco*. (L. M. Vera Ribeiro, & s. d. Jorde, Trads.) Rio de Janeiro: Zahar.
- Salamone, L. D. (2011). *Cuando la droga falla*. Venezuela : Editorial Pomaire.
- Santiago, J. (2001). *A droga do Toxicômano: uma parceria clínica na era da ciência* (2ª ed.). Belo Horizonte: Relicário.
- Santiago, J. (2017). *A droga do Toxicômano: uma parceria clínica na era da ciência* (2ª. rev ed.). Belo Horizonte: Relicário Edições.

- Saraceno, B. (1996). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. pp. 19-26.
- Saúde, M. d. (2004). *Alcohol and harm reduction an innovative. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.* (M. A. Oliveira, Trad.) Brasília, Brasil.
- Saussure, F. d. (1995/1916). *Cours de linguistique générale.* (T. d. Mauro, Trad.) Paris: Payot e Rivagers: Édition critique.
- Silveira Bueno, F. (2010). *Minidicionário Escolar da Língua Portuguesa Silveira Bueno.* São Paulo: Difusão Cultural do Livro (DCL). LTDA.
- Siqueira, D. (2021). *Mal (dito) cidadão numa sociedade com drogas / Domiciano José Ribeiro Siqueira.* São Paulo : Pluralidades.
- Sousa, F. A. (1957). *Latino-Português, Novo Dicionário. Edição Atualizada e Aumentada por José Lello e Edgar Lello.* Porto: Lello & Irmão - Editores.
- Teixeira, M. O., & Ramos, F. A. (2012). As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *15(n.2)*, 364-381.
- Telles, A. C., Arouca, L., & Santiago, R. (2018). Do #vidasnasfavelasimportam ao #nóspornos: A juventude periférica no centro do debate sobre política de drogas. *Boletim de Análise Político-Institucional/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, *18*, 107-112. Fonte: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/145/do-vidasnasfavelasimportam-ao-nospornos-a-juventude-periferica-no-centro-do-debate-sobre-politica-de-drogas>
- Tenório, F. (2001 [b]). A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica. *2001*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, Marca D'Água Livraria e Editora.
- Tenório, F. (2001[a]). *Reforma Psiquiátrica e Psicanálise: um trabalho necessário. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização.* Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde.*, *9(1)*, 25-59. Manguinhos, Rio de Janeiro. Fonte: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/abstract/?lang=pt#>
- Venancio, A. T. (May de 2008). A Colônia Juliano Moreira na década de 1940: política assistencial, exclusão e vida social. In Congresso Internacional de Psicopologia Fundamental. 3.