



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Daniela Santos Bezerra

**A clínica psicanalítica no *front* de guerra às drogas: demanda, identificação
e supereu nos equipamentos AD**

Rio de Janeiro

2018

Daniela Santos Bezerra

A clínica psicanalítica no *front* de guerra às drogas: demanda, identificação e supereu nos equipamentos AD

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

Orientador: Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba

Rio de Janeiro

2018

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

B574

Bezerra, Daniela Santos.

A clínica psicanalítica no front de guerra às drogas: demanda, identificação e supereu nos equipamentos AD / Daniela Santos Bezerra. – 2018.
182 f.

Orientador: Vinicius Anciães Darriba.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Toxicomania – Teses. 3. Identificação – Teses. I. Darriba, Vinicius Anciães. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es

CDU 159.964.2

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

Assinatura

Data

Daniela Santos Bezerra

A clínica psicanalítica no *front* de guerra às drogas: demanda, identificação e supereu e nos equipamentos AD

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

Aprovada em 26 de julho de 2018.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba (Orientador)
Membro interno do PGPSA da UERJ

Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia
Membro interno do PGPSA da UERJ

Profª. Dra. Sônia Altoé
Membro interno do PGPSA da UERJ

Profª. Drª. Andréa Maris Campos Guerra
Deptº. de Psicologia da UFMG

Prof. Dr. Silvio Yasui
Faculdade de Psicologia da UNESP – Assis

Rio de Janeiro

2018

Aos guerreiros do *front...* trabalhadores da saúde mental brasileira. Que nossa luta alcance avanços.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador mais trabalhador, atento, respeitoso, correto e estudioso do mundo: Vinicius Darriba. Muito obrigada por acolher meu tema, meu atrevimento, meus trânsitos pelo Brasil afora! Obrigada por ser tão generoso quanto ao seu tempo e por não impor nada. Eternamente grata por compartilhar um pouco de sua brilhante carreira!

À Comissão de Avaliação de Afastamento para Qualificação do Servidor, em especial à Soraia Maciel, a Sorainha, que me orientou e sustentou comigo todas as minhas decisões, respeitou-as, acreditou em meu projeto de qualificação e, com isso, estive tranquila para realizar meu doutorado, trazendo ao cotidiano dos serviços de Mato Grosso um pouco da experiência rica que vivi no Rio de Janeiro.

À Diretoria Geral do CIAPS Aduino Botelho que foi respeitosa com minha escolha em priorizar o doutorado por quatro anos, na certeza de investir na qualidade da equipe que presta assistência em seu nome.

À equipe do CAPS AD III Mirian Makeba por abrir as portas e os corações para a minha pesquisa, contribuindo imensamente para que ela fosse possível, em especial a Daniel Elia, diretor do equipamento à época.

Aos membros da banca desde a qualificação Andreia Guerra e Luciano Elia que, para além desta pesquisa, têm lugar de extrema importância em minha formação psicanalítica e também na pesquisa acadêmica.

À minha mãe Darci por me transmitir o amor pelo saber e a aposta desejante na carreira acadêmica, além da força para que eu terminasse o doutorado, sempre segurou a barra nos cuidados com meu pai que já estava com alzheimer avançado quando fui para o Rio.

À minha irmã Fabiana que também suportou minha ausência quando meu pai precisou de cuidados mais intensivos.

Às minhas “psicolegas” Cristina Campos, Priscila Batistuta e Cristina Zuíta que deram conta das mil demandas da Unidade III na minha ausência e sempre me apoiaram em minha posição decidida de operar o discurso do analista.

Aos super-parceiros da Coordenadoria de Promoção e Humanização da Saúde da Superintendência de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso que abraçaram minhas ideias e a sustentaram em minha ausência para escrever a tese Rosiene Pires, Rodrigo Carvalho, Aparecido Cavalcanti, Milton Fleury, Sirley Lima, Jane Taveira.

Às feras da saúde mental de Mato Grosso que compartilham comigo os planos e efetivações deles Leonor Pereira, Soraya Mitter, Maria Aparecida Milhomem.

À colega da SES Susana Sandim e à presidente do CRP 18 Morgana Moura por compartilharem comigo o tema de pesquisa espinhoso, controverso e necessário, com tanta empolgação e generosidade.

Aos grandes amigos Marcos Vinicius, Niraldo Santos e Pedro Marin que em nossas conversas mais descontraídas demonstravam interesse pela minha pesquisa e me ajudavam a pensar em cada detalhe dos conceitos desenvolvidos. Além de me acolher em suas casas em São Paulo sempre com muito carinho, principalmente nos momentos mais críticos da minha vida.

In memoriam à amiga fantástica e maternal Estrella Bohadanna, que me acolheu no Rio, de quem acompanhei intimamente os últimos dias de vida, que me ensinou que a luta permanece com delicadeza, feminilidade e amor.

Aos meus queridos parceiros de doutorado: Angela Silva, Isis Fraga, Leonardo Pimentel, Viviane Santos, Nelly Brito, Vivian Ligeiro, Fernanda Samico, Julio Nicodemos. Muito mais que colegas, alguns mais íntimos que outros, extremamente generosos em compartilhar tudo o que sabiam e queriam saber. Nossas trocas, discussões, leituras foram de imprescindível importância para o desenvolvimento desta tese.

À Nympha Amaral que dedicou seu tempo a compartilhar comigo um pouco de sua riquíssima tese e também pela parceria de formação no Laço Analítico Escola de Psicanálise.

Às parceiras de cartel Márcia Arantes Costa e Ana Cássia Petroni Rangel do Laço Analítico Escola de Psicanálise da sede Cuiabá pelas trocas e parceria em algumas das ideias que trabalhei nesta tese.

Às membros do Laço Analítico da sede do Rio de Janeiro Mariana Mayerhoffel e Rosemary Fiães por tornarem a vida no Rio de Janeiro muito mais familiar, politizada e musical. À Mari, em especial, por abrir sua casa e sua vida para mim.

Aos queridos colegas da pesquisa psicanalítica em torno do tema da toxicomania com quem travamos debates e trocamos experiências, sem os quais esta tese não seria possível Julio Nicodemos, Paloma Ametla, Adriana Rangel, Maycon Torres, Waleska Cheibub, Gisele Fleury, Raquel Fialho Cougo. Super obrigada pela generosidade nas exposições e posicionamentos!

Aos amigos Caroline Weiss e Álex Brandão (no momento *in memoriam*) que, cada qual a seu modo, mantiveram o carinho, demonstraram seu orgulho quanto às minhas escolhas e desejaram estar na minha banca de defesa.

A Luiz Fernando Carrijo por manter-se firme na escuta, acolhendo-me sem adjetivações, fazendo-me, desejante, seguir no percurso da formação em intensão e Maria Rita

Kehl, que não me deixou desistir.

Aos membros da Mayéutica Institución Psicoanalítica de Buenos Aires, que me receberam por um mês em 2013, em suas atividades, período no qual elaborei o projeto de doutorado, em especial às membros Ilda Rodríguez e Mara Mussolino.

Gostaria, para concluir, de passar a um gênero de estilo que não é meu. Já há algumas semanas que me havia prometido acabar numa lindíssima página de um admirável poeta chamado Guillaume Apollinaire. Ela é tirada de O encantador apodrecendo. No fim de um dos capítulos, há o encantador que apodrece em seu túmulo, e que, como todo bom cadáver, não direi tartamudeia, como diria Barrès, mas encanta, e fala muito bem. Há também a Dama do Lago, sentada no túmulo – foi ela que o fez entrar no túmulo dizendo que dali ele sairia facilmente, mas ela tinha também os seus truques, e o encantador está ali, apodrecendo, no meio de diversos cortejos, alguns loucos, e um monstro que espero que vocês venham a conhecer. Esse monstro é aquele que encontrou a chave analítica, a mola dos homens, e bem especialmente, na relação do pai-criança com a mãe.

Eu miei, miei, diz o monstro, encontrei apenas corujas que me asseguraram que ele estava morto. Eu não serei nunca prolífico. No entanto os que o são, têm qualidades. Confesso que não me conheço em nenhuma. Sou solitário. Tenho fome, tenho fome. Eis que descubro em mim uma qualidade: eu sou faminto. Procuremos comer: Aquele que come não está mais só

Jacques Lacan, encerrando o Seminário 3 (1956)

RESUMO

BEZERRA, D. S. *A clínica psicanalítica no front de guerra às drogas: demanda, supereu e identificação nos equipamentos AD*, Brasil. 2018. 182 f. Tese (Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Nesta tese propomo-nos a investigar a clínica dos equipamentos de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial voltados ao uso prejudicial de substâncias psicoativas, a partir das questões que se evidenciaram no contexto da Unidade III do CIAPS Aduato Botelho, situada no município de Cuiabá e do CAPS AD III Mirian Makeba, no Rio de Janeiro. Partindo da demanda a nós dirigida por parte de usuários internados, incluímos tal demanda no debate da clínica, intitulada pelos psicanalistas, de clínica da *toxicomania*, bem como no debate sobre as políticas públicas sobre drogas, na medida em que pode-se localizar uma premissa tácita de que aquele que faz abuso de substância psicoativa não tem demanda de tratar-se. No atual contexto de desmonte do Estado quanto às políticas de proteção e saúde pública, a clínica destinada a responder a esta demanda encontra-se dominada por grupos privados de cunho religioso. Nossa hipótese para a adesão ao tratamento oferecido pelas Comunidades Terapêuticas, assim como para os outros fenômenos encontrados nesta clínica, é a de que, além do desinvestimento dos gestores na Reforma Psiquiátrica e do interesse mercadológico, ao funcionamento neurótico prevalece o empuxo à identificação, formação de grupo, o que gera, conseqüentemente, segregação e violência. Seguindo as indicações de Sigmund Freud e Jacques Lacan, as questões repetidamente trazidas pelo sujeito do inconsciente como produtor de saber conduziram-nos ao funcionamento do supereu como mandante de um gozo de autoflagelação e fracasso, no qual a droga pode ou não ser incluída. Nossa aposta no desejo em fazer operar o Discurso do Analista é de que, além de provocar o giro nos demais discursos, o sujeito poderá produzir novos estilos de S1, como forma de intervenção na repetição à qual encontra-se submetido e inclusão do gozo na consideração clínico-política. Percorremos os conceitos de passagem ao ato e *acting out*, além de trazer fragmentos desta clínica, na tentativa de causar reflexões àqueles que dela fazem parte.

Palavras-chave: Toxicomania. Supereu. Identificação. Segregação. Política sobre drogas. Passagem ao ato/*acting out*.

RESUMEN

BEZERRA, D. S. *La clínica psicoanalítica en el front de guerra a las drogas: demanda, superyó e identificación en los equipos AD*, Brasil. 2018. 182 f. Tese (Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

En esta tesis nos proponemos investigar la clínica de los equipos de salud mental de la Red de Atención Psicosocial dirigidos al uso perjudicial de sustancias psicoactivas a partir de las cuestiones que se evidenciaron en el contexto de la Unidade III del CIAPS Aduato Botelho, situada en el municipio de Cuiabá y del CAPS AD III Mirian Makeba, en Río de Janeiro. A partir de la demanda a nosotros dirigida por parte de los pacientes internados, incluimos tal demanda en el debate de la clínica, titulada por los psicoanalistas, de clínica de la toxicomanía, así como en el debate sobre las políticas públicas sobre drogas, en la medida en que se puede encontrar una premisa tácita de que aquel que hace abuso de sustancia psicoactiva no tiene demanda de tratarse. En el actual contexto de desmonte del Estado en lo que se refiere a las políticas de protección y salud pública, la clínica destinada a responder a esta demanda se encuentra dominada por grupos privados de carácter religioso. Nuestra hipótesis para la adhesión al tratamiento ofrecido por las Comunidades Terapéuticas, así como para los otros fenómenos encontrados en esta clínica, es que, además de la desinversión de los gestores en la Reforma Psiquiátrica y del interés mercadológico, al funcionamiento neurótico prevalece el empuje a la identificación, formación de grupo, lo que genera, consecuentemente, segregación y violencia. Siguiendo las indicaciones de Sigmund Freud y Jacques Lacan, las cuestiones repetidamente traídas por el sujeto del inconsciente como productor de saber nos condujeron al funcionamiento del superyó como mandante de un goce de autoflagelación y fracaso, en el cual la droga puede o no ser incluida. Nuestra apuesta en el deseo de hacer operar el Discurso del Analista es que, además de provocar el giro en los demás discursos, el sujeto podrá producir nuevos estilos de S1, como forma de intervención en la repetición a la cual se encuentra sometido e inclusión del goce en la consideración clínico-política. Recorrimos los conceptos de paso al acto y *acting out*, además de traer fragmentos de esta clínica en el intento de causar reflexiones a aquellos que forman parte de ella.

Palabras clave: Toxicomanía. Superyó. Identificación. Segregación. Política de las drogas.
Pasaje al acto / acting out.

RESUMÉ

BEZERRA, D. S. *La clinique psychanalytique sur le front de guerre à la drogue: demande, surmoi et identification dans les équipements AD*, Brésil. 2018. 182 f. Tese (Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Ce que nous proposons dans cette thèse est d'enquêter sur la clinique de les équipements de santé mentale de la Réseau de Soins Psychosociaux dédié au traitement de l'usage nocif de drogues, à partir des questions qui ont émergé dans le cadre de l'Unidade III de CIAPS Adauto Botelho, situé dans la ville de Cuiabá et de CAPS AD III Mirian Makeba, à Rio de Janeiro. A partir de la demande nous dirigée par les utilisateurs hospitalisés, nous avons inclus cette demande dans la discussion de la clinique, appelée par les psychanalystes de la clinique de la toxicomanie, ainsi que le débat sur les politiques publiques sur les médicaments, par le fait que nous pouvons trouver une prémisse tacite que celui qui utilise la substance psychoactive n'a pas besoin de se soigner. Dans le contexte actuel de démantèlement de l'Etat en matière de santé publique et de politiques de protection, la clinique conçue pour répondre à cette demande est dominée par des groupes religieux privés. Notre hypothèse de l'adhésion au traitement offert par les Communautés Thérapeutiques, ainsi que d'autres phénomènes trouvés dans cette clinique est que, outre le désinvestissement des gestionnaires dans la Réforme Psychiatrique et l'intérêt de la commercialisation, à le fonctionnement névrotique prévale un poussée à l'identification, à la formation du groupe, qui génère par conséquent la ségrégation et la violence. Suivre les indications de Sigmund Freud et Jacques Lacan, les questions à plusieurs reprises amené le sujet de l'inconscient en tant que producteur de la connaissance, nous a conduit au fonctionnement du surmoi comme le commandant d'une jouissance de l'automutilation et l'échec, dans lequel le drogue peut ou non être inclus. Notre engagement envers le désir d'opérer le Discours de l'Analyste est que, en plus de causer giration dans les autres discours, le sujet pourrait produire de nouveaux styles de S1, comme une intervention dans la répétition qui il est subi et l'inclusion de jouissance dans considérations cliniques et politiques. Nous passons par les concepts de passage pour agir et *acting out*, en plus d'apporter des fragments de cette clinique, dans une tentative de provoquer des réflexions à ceux qui en font partie.

Mots-clés: Toxicomanie. Le surmoi. Identification. Ségrégation. Politique des drogues. Passage à l'acte / *acting out*.

RESUMÉ

BEZERRA, D. S. *La clinique psychanalytique sur le front de guerre à la drogue: demande, surmoi et identification dans les équipements AD*, Brésil. 2018. 182 f. Tese (Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Ce que nous proposons dans cette thèse est d'enquêter sur la clinique de les équipements de santé mentale de la Réseau de Soins Psychosociaux dédié au traitement de l'usage nocif de drogues, à partir des questions qui ont émergé dans le cadre de l'Unidade III de CIAPS Adauto Botelho, situé dans la ville de Cuiabá et de CAPS AD III Mirian Makeba, à Rio de Janeiro. A partir de la demande nous dirigée par les utilisateurs hospitalisés, nous avons inclus cette demande dans la discussion de la clinique, appelée par les psychanalystes de la clinique de la toxicomanie, ainsi que le débat sur les politiques publiques sur les médicaments, par le fait que nous pouvons trouver une prémisse tacite que celui qui utilise la substance psychoactive n'a pas besoin de se soigner. Dans le contexte actuel de démantèlement de l'Etat en matière de santé publique et de politiques de protection, la clinique conçue pour répondre à cette demande est dominée par des groupes religieux privés. Notre hypothèse de l'adhésion au traitement offert par les Communautés Thérapeutiques, ainsi que d'autres phénomènes trouvés dans cette clinique est que, outre le désinvestissement des gestionnaires dans la Réforme Psychiatrique et l'intérêt de la commercialisation, à le fonctionnement névrotique prévale un poussée à l'identification, à la formation du groupe, qui génère par conséquent la ségrégation et la violence. Suivre les indications de Sigmund Freud et Jacques Lacan, les questions à plusieurs reprises amené le sujet de l'inconscient en tant que producteur de la connaissance, nous a conduit au fonctionnement du surmoi comme le commandant d'une jouissance de l'automutilation et l'échec, dans lequel le drogue peut ou non être inclus. Notre engagement envers le désir d'opérer le Discours de l'Analyste est que, en plus de causer giration dans les autres discours, le sujet pourrait produire de nouveaux styles de S1, comme une intervention dans la répétition qui il est subi et l'inclusion de jouissance dans considérations cliniques et politiques. Nous passons par les concepts de passage pour agir et *acting out*, en plus d'apporter des fragments de cette clinique, dans une tentative de provoquer des réflexions à ceux qui en font partie.

Mots-clés: Toxicomanie. Le surmoi. Identification. Ségrégation. Politique des drogues. Passage à l'acte / *acting out*.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Lugares do discurso.....	32
Figura 2 - Os quatro discursos.....	33
Figura 3 - Discurso do Mestre.....	33
Figura 4 - Discurso Universitário.....	34
Figura 5 - Discurso do Analista.....	34
Figura 6 - Discurso da Histórica.....	35
Figura 7 - Nó borromeano de quatro elementos com reforço no Simbólico (Σ) em cinza.....	50
Figura 8 - Discurso do Analista e a clínica.....	95
Figura 9 - Tábua da sexuação.....	107
Figura 10 - Nó borromeano, demonstrando os modos de gozo.....	118
Figura 11 - Discurso do Mestre e os lugares.....	138
Figura 12 - Esquema de Freud sobre a fascinação coletiva por um líder.....	144
Figura 13 - Grafo do desejo (primeiro andar).	156

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 O LUGAR DO ANALISTA E AS QUESTÕES METODOLÓGICAS	27
1.1 Pesquisa de campo das ciências sociais e humanas e campo de pesquisa da psicanálise.....	28
1.2 Questões clínicas originárias e princípios da pesquisa.....	39
1.3 Do estatuto do sintoma	44
1.4 Reafirmando a démarche metodológica	52
2 POLÍTICA ANTIDROGAS E A SEGREGAÇÃO DO GOZO	53
2.1 Em alguns anos de experiência.....	54
2.2 Proibicionismo <i>versus</i> garantia de direitos	62
2.3 Coordenação Nacional de Saúde Mental, SENAD e suas políticas sobre drogas	70
2.4 Injunções capitalistas e a desresponsabilização do sujeito por seu gozo.....	78
2.5 Do mito ao discurso: o que se segrega	85
2.6 Por que a guerra?	88
3 A POSIÇÃO DO ANALISTA INTERROGA A TOXICOMANIA	93
3.1 Estruturação do sujeito, a lógica fálica e o tóxico	103
3.2 Dos destinos da pulsão ao campo do gozo	110
3.3 Repetição como força demoníaca – gozo e supereu em Freud e Lacan.....	120
3.4 Falo e supereu como antitéticos e o que pode a psicanálise.....	129
4 O COLETIVO, A HOMOGENEIZAÇÃO E A VIOLÊNCIA	132
4.1 Homogeneização e efeitos de grupo	140
4.2 O manejo da transferência frente a passagem ao ato e ao acting out.....	147
4.3 O caráter paranoico da alteridade.....	152
4.4 Transferência, violência e agressividade	157
CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS	171

INTRODUÇÃO

Foi “trabalhando com os efeitos da cocaína em 1884 que Freud se fez médico, mas somente trabalhando com os sonhos se faz psicanalista” (LE POULICHET, 2012, p. 79). A partir desta ligação, feita por Silvie Le Poulichet, entre Freud e uma das substâncias psicoativas mais presentes na clínica, em suas variadas formas de apresentação e uso, trazemos nossas elaborações a partir de nossa pesquisa e clínica psicanalítica na saúde mental pública brasileira, mais especificamente na clínica dos serviços voltados ao tratamento de usuários em uso prejudicial de substâncias psicoativas.

Além de nossa permanente formação em psicanálise, buscamos, como servidora efetiva da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, contribuir com as discussões sobre a prática em saúde mental no Brasil. Na intenção de conseguir transmitir o que pudemos recolher como fruto desta experiência de clínica e pesquisa em psicanálise àqueles que compartilham do cotidiano dessa clínica, mas que nem sempre são psicanalistas, procuramos nos deter em pontos que venham convergir interesses e favorecer o diálogo entre as diferentes áreas de saber que compõem o trabalho em equipe.

Nossa pesquisa de Mestrado resultou em efeitos semelhantes junto aos parceiros de clínica, sendo que, à época, compunham os equipamentos de saúde mental voltados à psicose e ao autismo. Trazendo os pontos que mais se evidenciaram em nossa dissertação de Mestrado para a atual pesquisa, um deles foi a constatação de que política e clínica são dimensões articuladas *moebianamente* (BEZERRA, 2008, inédito). A transferência foi a noção psicanalítica que mais se destacou como ponto de ancoragem para o diálogo com a equipe de profissionais da saúde mental pública, da qual fazemos parte desde o ano de 2002.

Do ano de 2005 para a atualidade, nossa prática vem sendo realizada em unidades de internação psiquiátrica no Complexo Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) Aduino Botelho, complexo de unidades de gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso – SES/MT e referência para os mais três milhões de habitantes do Estado de Mato Grosso. À época da pesquisa de Mestrado, trabalhávamos na Unidade I, e, a partir de setembro de 2012, passamos a trabalhar com a clínica voltada a usuários em uso prejudicial de substâncias psicoativas, na Unidade III.

Trazemos, portanto, questões que emergiram da clínica nestes anos de experiência com a internação dos chamados *dependentes químicos*, questões estas que podem ser tomadas tanto pelo viés político quanto clínico, já que, desde a pesquisa com a clínica da psicose (BEZERRA, 2013), deparamo-nos com a impossibilidade metodológica de demarcar a

separação entre estas duas noções. O caráter *transindividual* do inconsciente faz com que oposições individual/coletivo, público/privado, interno/externo percam sua pertinência conceitual. Tal caráter diz respeito à estruturação do inconsciente e do discurso. Quando Lacan (1964/1996, p.25) introduz a estruturação discursiva do inconsciente, ou melhor, o inconsciente como sendo “estruturado como linguagem”, toma-o não como um bloco maciço, mas sim introduz elementos que o constituem e interagem em um movimento dialético. Assim, reiteramos que a estrutura em questão para a psicanálise não é um esqueleto estático prévio a ser desvelado, como um objeto à arqueologia. A estrutura do inconsciente se constitui como um movimento ativo e retroativo de enodamento entre os registros Real – Simbólico – Imaginário, que incluem, além do sujeito, o social, a cultura, formas de gozo, poder, significantes e o saber.

Lacan, em *Função e campo da palavra e da linguagem* (1953/1998, p. 322), exige um posicionamento político dos psicanalistas, afirmando o quanto a própria estrutura é coletiva, política e corresponde a um “grupo relacional”. Em suas palavras:

(...) que antes renuncie a isso, portanto quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época. Pois como poderia fazer de seu ser o eixo de tantas vidas quem nada soubesse da dialética que o compromete com essas vidas num movimento simbólico (p. 322)

Neste sentido, cabe a advertência de que a constituição do inconsciente é estritamente singular, o que significa dizer que em psicanálise não se trata de buscar as causas sociais ou individuais de uma questão. A estruturação inconsciente já se apresenta como um efeito desse enodamento dos três registros, bem como o movimento entre os elementos e sua forma singular de sustentação. Assim, sustentar a clínica da singularidade não é sinônimo de tomar como clínico somente o atendimento chamado individual. Encontramos, como se evidenciará durante o percurso desta pesquisa, inúmeras passagens na obra de Sigmund Freud e de Jacques Lacan que exprimem a preocupação ética e metodológica dos mesmos quanto à posição frente a questões políticas indicada ao psicanalista. A partir dessas passagens, afirmamos que questões como a guerra, a segregação, os fundamentos da constituição da civilização e a responsabilização pela dimensão do gozo estão no cerne do trabalho do psicanalista. A imbricação entre clínica e política, portanto, não é fato exclusivo da clínica psicanalítica na saúde mental pública, mas sim faz parte do ato analítico em si mesmo, na medida que ele inaugura um novo modo de laço social. No entanto, um psicanalista pode privilegiar uma ou outra posição perante a “dialética que o compromete” (LACAN, 1953/1998, p. 322). Pode se prestar a elaborar uma pesquisa descrevendo os fatos ou, por

outro lado, pode se prestar a formalizar o lugar do analista, pesquisando a partir da intervenção ocorrida no encontro da clínica.

Nesta pesquisa, o desejo que nos moveu partiu exatamente daquilo que se impôs como questão na prática clínica. Isto quer dizer que nosso desejo é de que nossa transmissão não seja somente no campo teórico, mas sim que possa haver a contribuição da psicanálise no campo prático-conceitual da clínica e das políticas públicas em saúde mental, álcool e outras drogas – área técnica assim nomeada pelo Ministério da Saúde.

A celeuma midiática que envolve as políticas públicas sobre drogas, na qual a clínica é tomada de forma totalmente equivocada, não é menos desafiante aos pesquisadores da área do que a própria clínica. Foi tentando situar o ponto de avanço dos psicanalistas nas elaborações sobre o tema chamado de *toxicomania*, inicialmente, que esta pesquisa começou. É flagrante um grande número de publicações e debates entre os psicanalistas que reproduzem a premissa de que há um modo de gozo específico da toxicomania e que este se coaduna à contemporaneidade. Nossa prática clínica apontou para questões que nos orientaram a interrogar a noção de toxicomania como um sintoma psicanalítico. Seguindo o postulado de Freud (1913/1976): “a psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que, em sua execução, tratamento e investigação coincidem”, concretizamos a principal metodologia investigativa neste trabalho de tese como sendo a própria clínica e a vivência no cotidiano em equipamentos de saúde mental pública destinados ao tratamento do uso prejudicial de substâncias psicoativas.

Procuramos, nesta pesquisa, discutir os pontos em comum da experiência clínica nos dois equipamentos em que estivemos e que se repetem nos diálogos com profissionais em congressos pelo país. Os equipamentos que nos serviram como campo clínico foram: a Unidade III do CIAPS Aduino Botelho, situada no município de Cuiabá-MT e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) AD III Mirian Makeba, do município do Rio de Janeiro-RJ. Desde a portaria 3.088 de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS é composta pelas Unidades Básicas de Saúde, pelo Programa Saúde na Família, pelos Consultórios na Rua, pelos Centros de Convivência, pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (em todas as suas especificações), Unidades de Atenção em Urgência e Emergência, Unidades de Acolhimento, Serviços de Residência Terapêutica, Leitos especializados de Hospital Geral. Em dezembro de 2017 foram controversamente reincluídos na RAPS os Leitos de Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório. Chamaremos os serviços de saúde mental destinados especificamente ao tratamento de usuários em uso prejudicial de substâncias psicoativas (CAPS AD e Unidade de Internação para dependentes químicos) de *equipamentos AD*.

Apresentamos, assim, os equipamentos AD nos quais estivemos e os atravessamentos que nos moveram como questões de pesquisa. Como um breve panorama, destacamos que, até o primeiro semestre do ano de 2018, a RAPS do Estado de Mato Grosso contava com os seguintes serviços em pleno funcionamento¹: trinta e quatro CAPS I (cuja característica é de serem mistos - atendendo casos AD e transtornos mentais), três CAPS II, um CAPS AD, três CAPS AD II, cinco CAPSi, seis Residências Terapêuticas no município de Cuiabá, cinco ambulatórios de saúde mental nos maiores municípios do Estado, um Consultório na Rua em Cuiabá e outro em Várzea Grande e novecentos e cinquenta e oito UBS com cobertura de 68,72% da população. Além dos CAPS, existem dois complexos com unidades de internação, situados um no município de Rondonópolis e o outro em Cuiabá. Em Rondonópolis, o chamado Paulo de Tarso, com oitenta e dois leitos, é de gestão SUS conveniada com uma entidade filantrópica. O CIAPS Adauto Botelho, situado em Cuiabá, de gestão estadual, é composto por sete unidades de tratamento, sendo duas unidades de internação psiquiátrica com total de cento e vinte leitos (uma delas é a Unidade III), uma unidade de assistência ambulatorial a homens em medida de segurança, um CAPSi, um CAPS AD II, uma unidade de atenção a portadores de deficiências físico-mentais tutelados pelo Estado e um Centro de Atendimento à Crise (CEAC).

A Unidade III do CIAPS Adauto Botelho foi inaugurada em abril de 2003, possui quarenta e oito leitos, para homens acima de 18 anos. Os usuários são triados e encaminhados pelos CAPS AD de Cuiabá e de Várzea Grande, bem como pelos municípios do interior do Estado, à Unidade III cujo principal objetivo é o de realizar os primeiros cuidados em caráter de internação àquele que está em estado de risco por uso prejudicial de substâncias psicoativas. O projeto terapêutico se define sob o marco da abstinência à droga durante a internação, e esta deve ser concluída no tempo mais breve possível para que os usuários deem continuidade ao tratamento nos CAPS AD de referência de seu município de origem ou aos equipamentos de saúde mental disponíveis ao território de seu domicílio. A equipe da Unidade III é composta por profissionais concursados pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, que desenvolve o trabalho com propostas muitas vezes desarticuladas entre si, já que não há supervisão clínico-institucional, nem linha de sustentação clínica definida. Aqui é importante situar nossa posição solitária quanto à sustentação de um trabalho com o sujeito do inconsciente, fato que nos coloca em condição de postular questões clínico-políticas em torno do tema, mas que não nos permite avançar tanto como gostaríamos na extração de

¹ Dados fornecidos pela Área Técnica de Saúde Mental da Coordenação de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso em abril de 2018.

possibilidades das intervenções. Além disso, ser psicanalista em uma unidade hospitalar, seja ela psiquiátrica ou não, implica no fato de não poder seguir tratando do caso por muito tempo nas mesmas condições de intervenção, já que as internações são breves e assim defendemos que ela permaneça. Efetuamos, de forma compartilhada com outros colegas da equipe, o diálogo e a articulação com o CAPS AD de Cuiabá como forma de minimamente traçarmos coordenadas conjuntas nos Projetos Terapêuticos Singulares daqueles usuários que já são conhecidos pelas equipes destes dois equipamentos.

Salientamos que a Unidade III é referência para todo o Estado de Mato Grosso, no qual há uma imensa diversidade de demandas e características, como, por exemplo, as populações de assentamentos sem-terra, população rural, quilombola e indígena. Articular minimamente o trabalho com o único CAPS AD adulto da capital (de onde provém o maior número de pacientes) é o básico para seguirmos apostando na protagonização desses usuários. Porém, como única psicanalista da equipe, não garantimos o mesmo viés clínico no pós-alta. O estabelecimento da transferência, inclusive, é ponto de inúmeras dificuldades para a equipe, pois o que em saúde se chama *adesão ao tratamento* é pleno de fenômenos que entendemos como efeitos de transferência. Por estabelecimento de fluxos que visam muitas vezes a comodidade de protocolos inquestionáveis (ou no mínimo muito rígidos), nosso trabalho com o sujeito do inconsciente se interrompe, podendo retornar posteriormente, caso o usuário se reinterne. Algo do que foi trabalhado com o sujeito do inconsciente deverá ser transmitido à equipe que irá assumir o caso.

Não é nossa intenção questionar, nesta pesquisa, a condução clínica mantida pela equipe da Unidade III do CIAPS Adauto Botelho, mas sim testemunharmos nosso encontro com a demanda de sujeitos aos quais previamente não se supunha nenhuma demanda e os desdobramentos possíveis deste encontro, apesar de todas as dificuldades burocráticas ou institucionais na realização de uma intervenção clínica.

Antes mesmo de iniciarmos o trabalho na Unidade III, nossa prática clínica foi afetada pelas políticas públicas de guerra às drogas que, em Mato Grosso, transformaram, por algum tempo, todas as unidades de internação (inclusive aquelas que não se destinavam aos usuários cuja questão girava em torno da droga) em locais de recolhimento para a população de rua, assim como para pessoas com qualquer tipo de uso de drogas ilícitas, independente da indicação clínica para internação. Vivenciamos o retrocesso da Reforma Psiquiátrica Brasileira - RPB que começou a se evidenciar em período concomitante à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Segundo Alves (2009), antes mesmo desta Conferência, a revisão da literatura já permitia identificar

dois principais posicionamentos políticos para o enfrentamento de questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos. Enquanto as políticas proibicionistas concentram esforços na redução da oferta e da demanda de drogas, com intervenções de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas; as políticas e programas de redução de danos têm disseminado intervenções orientadas para a minimização dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas sem necessariamente coibi-lo (p. 2.310).

Especificamente, já trabalhando na Unidade III, deparamo-nos com uma premissa que paira tacitamente na própria equipe: a de que os usuários não têm demanda alguma de tratamento; estariam ali obrigados pela família ou pela Justiça. Percebemos que tal premissa faz parte do ideário que compõem as políticas públicas em tratamento para uso prejudicial de substâncias psicoativas. Acrescenta-se a isso a política de guerra às drogas do Governo Federal, que consolidou a disseminação da criminalização do usuário de drogas ilícitas, mesmo com a tentativa de diferenciação entre usuário de drogas e traficante ocorrida na lei federal 11.343 de 2006, que vigora atualmente.

Dispusemo-nos, como psicanalista, a trabalhar com o sujeito do inconsciente, não pressupondo nenhum estereótipo ou sintoma específico a ser trabalhado. Oferecer uma escuta sem proposições prévias possibilitou que muitos dos usuários internados solicitassem tratar de alguma questão, cujo caráter era completamente singular. Com poucos dias de trabalho nessa unidade, os usuários internados começaram a nos procurar, para endereçar uma questão que os acoitava. “Por que tenho tanto ciúme de minha mulher a ponto de agredi-la?”*; “Por que sou tão ansioso e preciso de tudo para ontem?”*; “Meu pai sempre me humilhou, sou rejeitado...”* e tantas outras questões que, a princípio, não guardam nenhuma especificidade clínica se comparadas às questões que chegam ao nosso consultório particular. Além disso, o abuso da substância psicoativa não necessariamente vem a ser a questão principal. Portanto, há sim alguma demanda a ser trabalhada, mas nem sempre em torno da droga. Não podemos afirmar, contudo, que em todos os casos de pacientes internados há demanda para uma análise, assim como em um consultório particular jamais poderemos afirmar que aquilo que se procura é de fato uma análise. Ao buscar ancoragem nas publicações de psicanalistas que vêm trabalhando com esta clínica, percebemos o quanto o campo está aberto a elaborações, cabendo ainda muita discussão e contribuição.

Além de trazer questões que emergem em nosso próprio local de trabalho, inserimo-nos na clínica do CAPS AD III Miriam Makeba, por dez meses no ano de 2015, quando de Licença para Qualificação pela SES/MT, durante o Doutorado. Comparecíamos duas vezes por semana, na segunda-feira participando da reunião de supervisão de equipe e na quarta-feira, no período matutino, participávamos das atividades coletivas desenvolvidas no espaço

aberto do CAPS. O Mirian Makeba foi inaugurado em abril de 2014, faz parte da RAPS do município do Rio de Janeiro e é administrado por uma Organização Social (OS). O vínculo empregatício dos técnicos da equipe, é, portanto, de contrato e não concurso. A RAPS do município do Rio de Janeiro conta com trinta unidades especializadas²: dezessete Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), seis Centros de Atenção Psicossocial Álcool Outras Drogas (CAPS AD) - dois deles com unidades de acolhimento adultos (UAA), antes chamados de CAPS AD III e sete Centros de Atenção Psicossocial Infantis (CAPSi). Outras três unidades das redes estadual e federal completam a rede de vinte e nove CAPS dentro do município do Rio de Janeiro. O CAPS AD III Mirian Makeba é responsável pelo atendimento de adultos, moradores, incluindo a população em situação de rua, dos seguintes bairros, que compõem a chamada Área Programática 3.1: Manguinhos, Bonsucesso, Complexo do Alemão, Maré, Ilha do Governador, Ilha do Fundão, Ramos, Olaria, Penha, Brás de Pina, Penha Circular, Cordovil, Jardim América, Parada de Lucas e Vigário Geral. Por ser CAPS AD III, possui alguns leitos de acolhimento noturno para usuários em maior vulnerabilidade psicossocial por curta duração. Nossa inserção neste equipamento trouxe a oportunidade de presenciar questões, no cotidiano da clínica AD, muito semelhantes às quais já nos deparávamos na Unidade III em Mato Grosso e foram decisivas na condução da continuidade de nossa pesquisa.

A elaboração de tais questões fez destacar como fio condutor desta pesquisa aquilo que concerne ao trabalho do analista: o campo do gozo. O uso de certas drogas, bem como o uso de instrumentos que prescrevem sua proibição ou a tentativa de administrar na coletividade o modo como se deve gozar, nos remete àquilo que necessariamente não se inscreve no campo da necessidade e que é, em essência, singular. Em *O lugar da psicanálise na medicina* Lacan (1966/2001, p.11) afirma que “o corpo é feito para gozar de si mesmo”. Com o avanço do ensino, além de afirmar que a experiência do ser falante não pode ser fora do gozo, Lacan define diferentes modos de gozo.

Entendemos como função fundamental da psicanálise a tomada do gozo em trabalho, na medida em que, como definiu Jacques Lacan (1968-69/2008, p. 44), “o gozo constitui a substância de tudo de que falamos em psicanálise”. É o gozo que politiza a estruturação do ser falante e que é cernido pelo laço social, ao passo que o interroga.

Dividimos, assim, a tese em quatro capítulos. No capítulo que se segue trataremos da metodologia psicanalítica. Discorreremos sobre a démarche própria da psicanálise em relação às

² Dados obtidos no site da Prefeitura do Rio de Janeiro em abril de 2018.

ciências da saúde e às ciências sociais e humanas. Também definimos os princípios metodológicos tomados e qual o percurso decidimos fazer orientados pela clínica. A apresentação da teoria dos discursos (LACAN, 1969-70/1992) é o que alicerça os demais capítulos quanto ao campo de pesquisa psicanalítica. Ainda como forma de delimitar nosso campo de pesquisa, faremos um breve levantamento sobre a noção de sintoma em psicanálise, justificando o motivo pelo qual não partimos desta noção em nossa pesquisa.

No segundo capítulo esforçamo-nos para citar todas as transformações ocorridas no país quanto às políticas públicas sobre drogas e o drástico retrocesso sofrido na saúde mental. Faremos um percurso desde o que vivenciamos em um movimento social chamado Fórum Intersetorial de Saúde Mental de Mato Grosso - FISM, bem como sobre o que experimentamos como membro de equipe de unidade de internação psiquiátrica, acrescido da experiência junto à equipe do CAPS AD III Mirian Makeba. Nesse capítulo tratamos da política de guerra às drogas no país que afeta diretamente nossa clínica, bem como as diferentes propostas de tratamento em torno do tema. Com o respaldo da jurisprudência, evidencia-se que as políticas públicas sobre drogas no Brasil, desde 1978, têm características de políticas de guerra, que colocam em cheque os direitos humanos, a democracia e o Estado laico. Desde 2010, as diretrizes da RPB foram atropeladas pelas políticas públicas implantadas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD) e a nova coordenação de saúde mental, álcool e outras drogas, assumida pelo governo federal, cuja legitimidade questionamos, destituiu os pilares da RPB.

Trazendo para nossa experiência o alerta de Lacan (1967/2003) sobre a segregação produzida pela conjugação da ciência ao capitalismo, cujo paradigma real é o *campo de concentração*, consideramos que a criminalização e a reclusão de usuários de drogas ilícitas, independente de indicação clínica para internação, concretizam um modo de segregação. As injunções decorrentes da ciência em conjugação com o capitalismo propagam ações que não decorrem da operação da verdade como causa. Em específica transmissão aos analistas, Lacan (1967/2001, p.301) questiona: “trata-se de saber como responderemos, nós, os psicanalistas, à segregação trazida à ordem do dia por uma subversão sem precedentes”. Se a ciência exclui esse gozo com a divisão entre pensamento e corpo (como máquina), o sujeito está longe de saber sobre ele. O que ocorre, a partir do cientificismo e do capitalismo nos laços sociais, é a desresponsabilização do sujeito, na medida em que este é suposto como puro, sobre seu gozo. Esse sujeito, apartado de seu corpo, sofre de infortúnios em seu organismo dos quais nada sabe, e para os quais a ciência produz medicações correspondentes como solução. Assim, o que cabe ao analista é o trabalho com a verdade da qual a ciência não se ocupa, ou, como

veremos, cabe à psicanálise a reintrodução da dimensão do gozo na consideração política. É a partir do campo suplementar do gozo que a psicanálise interroga o cientificismo propagado como disparador de ações no coletivo. Propomos a intervenção na formação de pequenos campos de concentração urbanos, como parecem ser as Comunidades Terapêuticas – CTs coordenadas por religiosos ou por ex-abusadores de substâncias psicoativas em abstinência. Finalizando este capítulo, questionamos quais seriam os fundamentos por trás das políticas públicas de guerra às drogas que se coadunam ao movimento conservador e de *desdemocratização* que comanda o espaço político de decisão no país atualmente.

Em concordância com a posição de Le Poulichet (2012), preocupa-nos o modo como os psicanalistas podem intervir ou, ao contrário, corroborar com as políticas públicas segregativas. Segundo a autora, “a toxicomania, como entidade, tem servido sempre como suporte da transmissão de outras mensagens (ideológicas, morais, políticas), retomados pelos diferentes meios de comunicação social (LE POULICHET, 2012, p. 24, tradução nossa³). Questionando aquilo que os psicanalistas elaboraram sobre a toxicomania, até a década de 80 do século XX, Le Poulichet (2012, p. 27, tradução nossa⁴) aponta que “a toxicomania engendra teorias segundo o modelo de uma *Weltanschauung* que se apresentam como síntese psicossociológica”. É com essa advertência que no terceiro capítulo, tentamos cernir elaborações a partir da clínica nos equipamentos AD de forma diversa a publicações encontradas quanto ao que psicanalistas vêm denominando de toxicomania. Partindo de premissas que emergiram de nossa experiência clínica, buscamos dar sustentação ao trabalho do próprio sujeito do inconsciente. A questão do gozo será tratada desde daquilo que Lacan resgata da obra freudiana para a elaboração da noção do gozo, até a elaboração que Lacan (1974-75, inédito) confere aos modos de gozo, a partir de suas relações tópicas entre os registros Real, Simbólico e Imaginário. Necessitamos fazer tal percurso na medida em que, para tentar cernir aquilo de que se trata quanto ao uso de substâncias psicoativas, seguimos a indicação dada por Lacan em *Clotûre aux Journées d’Etudes des Cartels* (1975/1976 p. 268, tradução nossa⁵): “não há outra definição da droga que: é o que permite a ruptura do

³ Texto original em espanhol: “La toxicomanía”, como entidad, ha servido siempre de soporte a la transmisión de otros mensajes (ideológicos, morales, políticos...), retomados por los diferentes medios de comunicación social.

⁴ Texto original em espanhol: “La toxicomanía” engendra teorías, según el modelo de una *Weltanschauung*, que se presentan como síntesis psicossociológicas.

⁵ Texto original em francês: L’angoisse, c’est très précisément localisé en un point de l’évolution de cette vermine humaine, c’est le moment où un petit bonhomme ou une petite future bonne femme s’aperçoit de quoi ? S’aperçoit qu’il est marié avec sa queue.(...) tout ce qui permet d’échapper à ce mariage est évidemment le bienvenu, d’où le succès de la drogue, par exemple ; il n’y a aucune autre définition de la drogue que celle-ci : c’est ce qui permet de rompre le mariage avec le petit-pipi.

casamento com o pequeno-pipi”.

As premissas das quais partimos foram: a de que não existe o sujeito toxicômano e a de que o efeito *pharmakon* não produz, como regra, a completude de um gozo que subsumiria a *Spaltung* originária. Tomamos, assim, a mesma posição daquela tomada no consultório particular: cada caso é como se fosse o primeiro, colocando em suspensão todo o conhecimento. A posição desejante que faz operar o Discurso do Analista, regido por aquilo que aparece no Real, faz com que o sujeito trabalhe para produzir novos S1. Fomos encorajados a apostar na produção de saber por parte dos usuários internados justamente pela razão de que eles mesmos, ainda que após grandes períodos de abuso da substância e rompimento de suas relações, solicitavam atendimento individual para tratar de alguma questão que os atormentava. Tal questão não estava (e por que deveria estar?) atrelada ao uso de alguma substância. Isso nos trouxe a notícia de que não é possível ao psicanalista afirmar que a toxicomania ou que o efeito *pharmakon* seja uma entidade estrutural ou sintomática que exija um ato clínico específico, ou que o psicanalista deve esperar que alguém que faça uso de alguma substância necessariamente formule uma questão sobre esse uso. A questão que atormenta um neurótico colocada em trabalho é o que tomamos como uma demanda.

Consideramos o “pequeno-pipi”, na indicação de Lacan (1975/1976) sobre a droga, como a referência ao falo e traçamos algumas coordenadas a respeito da função fálica nos diferentes períodos do ensino de Lacan, até chegar no período contemporâneo à, como chamaremos, *Jornada de Cartéis* (1975/1976). Neste período do ensino de Lacan, o falo passa de indicador de uma falta no Outro, falta que assinala o desejo, a ser o significante que designa um dos modos de gozo. Nossa obediência ao rigor metodológico nos fez apostar no sujeito como aquele que produz o saber sobre seu gozo, ou mesmo como aquele que pode dizer qual a significação ou qual a função de que se trata no uso prejudicial de uma substância. Tal abertura ao sujeito do inconsciente possibilitou que houvesse a formulação de demandas tão diversas quanto não restritas à temática do abuso de substância. A visada clínica diante da neurose se refere ao modo como aquilo de que o sujeito se queixa engendra-se em sua posição fantasmática, posição esta que o sustenta em sua estrutura, de maneira singular.

Tentar tirar consequências da operação do Discurso do Analista na intervenção na neurose fez surgir um dado que se repetiu na maioria dos casos e que nos autorizou a trazer à discussão a função do supereu como antitética à função fálica. Em cinco anos de experiência na clínica de um equipamento AD, presenciamos inúmeras situações nas quais ocorre um corte no percurso do sujeito, como *um passe de mágica*, como se fosse efeito de um *espírito* ou *força demoníaca* externa a ele, que o faz romper com tudo o que parecia mais desejável ou

planejado. Em muitos casos essa forma sintomática de se auto boicotar já se apresentava desde a infância, e permanece independente do uso de substância, reiterando o lugar suplementar que a droga ocupou na vida do sujeito. Apostamos que seria preciso girar o lugar do saber para que o sujeito produzisse seu próprio. Encontramos no supereu a instância psíquica que coincide com o movimento de imperativo de gozo ao qual o sujeito se submete.

Nossa hipótese a ser demonstrada aqui, tendo como referência a nossa experiência, é a de que a suspensão do Gozo Fálico, antes de ser função da droga, é função do supereu. O uso da droga como ruptura contingencial ou suspensão do Gozo Fálico faz parte do manejo do mal-estar e do embaraço, maior ou menor, que é consequência da castração. Propomos, portanto, que há uma diferença na suspensão do Gozo Fálico como tentativa de lidar com a angústia e aquilo que, de fato, leva à autoflagelação como correlato a um imperativo do gozo. Supomos que o que marca essa diferenciação seja o próprio do mecanismo de funcionamento da instância superegóica.

Quando Freud (1919a /1976), em *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*, aponta o tratamento da neurose como uma questão a ser tomada como dever dos gestores públicos, cita como consequência do vazio da resposta a essa demanda, “homens que de outra forma cederiam à bebida” (p. 181). A derrocada dos princípios da RPB levou por muito tempo questões graves oriundas da neurose a serem diluídas como sintomas periféricos a serem tratados juntos com as demais queixas na atenção básica. O golpe final às diretrizes da RPB fez, então, ressurgir como ponto importante de atenção à saúde mental a internação psiquiátrica, destinada a estancar a crise, sem que o sujeito encontre o tratamento continuado às questões que emergiram e o levaram à crise. O investimento nesses dois polos da atenção em saúde mental (internação e atenção básica) deixou um ponto cego quanto ao acolhimento e tratamento do que está em torno da crise de angústia. Nossa proposta não se coaduna a uma higienização dos corpos ou um *savoir-faire* dos corpos (LACAN, 1972/2003, p. 479), nem mesmo à proposta de que se domine sua natureza pulsional, mas trazemos à discussão as evidências de uma demanda que está sendo acolhida por líderes religiosos, que atendem aos interesses de apaziguamento social por parte dos gestores. Há que se cuidar para que nossa posição como analistas, diante da contingência de um rompimento no laço social, não corrobore com o ideário social de que somente a internação compulsória interviria na relação do sujeito com a droga.

Já no último capítulo levantamos questões próprias ao cotidiano dos equipamentos AD. Analisamos o laço social nos equipamentos AD em suas peculiaridades em relação aos outros equipamentos da saúde mental pública, justo por ter a neurose como estruturação

hegemônica. Ocorre que os efeitos encontrados no coletivo da clínica dos equipamentos AD constituem-se de constante irrupção da violência explícita e a intensos jogos de poder e rivalidade no coletivo, que atravessam a relação transferencial. Na maioria das vezes, diferentemente dos equipamentos para psicóticos, a violência não está relacionada a momentos de alucinação, delírio ou fenômenos elementares da psicose. Assim como não nos sustentamos nas causas socioculturais, prévias à transferência, como explicações às irrupções de violência. Nossa hipótese é a de que o diferencial da clínica no coletivo dos equipamentos AD decorre dos efeitos de formação de grupo e outros fenômenos próprios ao coletivo de neuróticos. Nos momentos de crise, a frase mais ouvida é “por que ele (a) pode e eu não posso?”*⁶, denunciando a constante vigilância pela isonomia e homogeneização. Analisando as especificidades cernidas por Lacan entre passagem ao ato e *acting out*, temos algumas indicações clínicas de como tomar as irrupções de violência como fenômenos que fazem parte da transferência.

Nossa questão vai na direção de como lidar com estas especificidades da neurose, mantendo a produção da singularidade, sem fomentar a homogeneização e seu correlato efeito: a segregação. Contudo, vemo-nos no atual momento político, perante o total desinvestimento da Coordenação de Saúde Mental, álcool e outras drogas na clínica ampliada como estratégia a ser constantemente repensada e o total investimento da SENAD às CTs, que possuem como forma de *tratamento* a identificação, a homogeneização e a extinção da singularidade.

O Discurso do Analista só pode provocar um giro discursivo na medida em que o que estará capitaneando a clínica for da ordem do objeto *a*. Favorecer a dimensão de passagem de um discurso ao outro é pagar com o cerne do seu ser para não se estagnar na intersubjetividade, que culmina na violência. Não se trata, aqui, de propor a contenção da violência, pois tal tentativa já existe como fundamento, por exemplo, do sistema prisional. Trata-se de tomá-la em trabalho.

A produção da heterogeneidade e da singularidade nos equipamentos AD deverá levar em conta a busca da identificação, na neurose, como meio de aplacar a angústia e de apaziguar o caráter paranoico constituinte do Eu. Não pretendemos apresentar, de modo algum, uma solução ou encerrar uma verdade sobre esta clínica, mas é preocupante como o tema é, ao mesmo tempo, de extrema relevância ao campo da psicanálise, porém as discussões são iniciais, quando não incipientes, ao debate no sentido de contribuição ao cotidiano da

⁶ As frases marcadas com o símbolo * indicam falas recolhidas pessoalmente.

saúde mental pública. O mesmo não acontece com a clínica da psicose, já que a RPB favoreceu a pesquisa psicanalítica dada a abertura política aos dispositivos psicanalíticos nos equipamentos da RAPS.

Baseados na hipótese de que boa parte das questões na intersecção clínico-política atravessadas pelo uso prejudicial de substâncias psicoativas tem o supereu como mandante do gozo e a identificação como empuxo à homogeneização e à segregação, podemos inferir que, diante da demanda ou do sofrimento psíquico, quando o Estado fomenta, sem qualquer questionamento, as CTs religiosas, está oferecendo o reforço ao mecanismo pelo qual o próprio sofrimento se origina. Aos usuários do SUS resta o lugar de *dependentes químicos envolvidos com o tráfico de drogas* sem autonomia sobre sua própria cidadania. E, como *tratamento*, a nova política nacional de saúde mental oferece outra forma de identificação que igualmente o submete.

Portanto, o que apresentamos como grande questão nesta tese é que há uma demanda crescente dirigida aos equipamentos AD, bem como às igrejas ou aos grupos de autoajuda, por sujeitos que não deliram ou que não estão sob o registro da psicose. Este apelo revela um sofrimento que deve nos causar enigma e colocar-nos a trabalhar, como psicanalistas, na tentativa de elaborar o que podemos diante disso. Eis nossa empreitada neste trabalho de pesquisa.

1 O LUGAR DO ANALISTA E AS QUESTÕES METODOLÓGICAS

Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos uma outra, só capaz de cobrir a nudez, nem chinelos ou tamancos nos dão (...); atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre (...). Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim, tenho certeza que não sou louco; mas devido ao álcool, misturado com toda a espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material há seis anos me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura: deliro.

Lima Barreto, 1920

A importância de esmiuçarmos aqui o marco metodológico sobre o qual edifica-se a elaboração de nossa tese, desde o projeto de pesquisa até as considerações finais produzidas, passando pela intervenção real na clínica da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS quanto à questão do uso prejudicial de substâncias psicoativas, deve-se a dois principais motivos. O primeiro deles é o de que, apesar de que estarmos inseridos na metodologia e campo da psicanálise, estamos também em terreno de interface e diálogo com outros campos de saberes diversos, na saúde mental pública, e pretendemos que a transmissão desta clínica seja realmente capaz de afetar aqueles que dela fazem parte. O outro importante motivo está articulado ao que concerne ao próprio campo das produções e da transmissão da psicanálise lacaniana. Desde nosso primeiro contato com as elaborações da comunidade de psicanalistas sobre o tema da toxicomania, havia alguns pontos que acabamos por interrogar, já que, não convergiam com o que encontramos na clínica. Consideramos a possibilidade de que a origem das divergências entre tais elaborações e nossa experiência esteja situada na questão metodológica.

1.1 Pesquisa de campo das ciências sociais e humanas e campo de pesquisa da psicanálise

A saúde mental pública é constituída pela interface de vários campos do conhecimento, divididos classicamente entre *ciências sociais e humanas* e *ciências naturais*, seja no âmbito de execução das políticas públicas, seja nas publicações daqueles que investigam os efeitos dessas políticas públicas nos cidadãos que compõem um coletivo. Mais especificamente, no tocante ao uso prejudicial de substâncias psicoativas, para além da saúde, outras áreas do poder executivo, judiciário e legislativo impelem investigações científicas que possam dar sustentação às políticas públicas a serem implantadas. Neste sentido, vemos discussões no campo da segurança pública e na assistência social, que colocam o tema das drogas como fator causal para a questão de moradores de rua e de criminalidade cotidiana. Discussões na área do direito penal e da sociologia quanto à criminalização de dependentes químicos e à questão do proibicionismo e do antiproibicionismo como linhas contrárias que podem sustentar as políticas públicas sobre drogas. Debates quanto à forma de tratamento de dependentes químicos, abordagens teóricas, a apelos e imposições religiosas, a papéis institucionais, promovidos pelas inúmeras disciplinas envolvidas com o tema, assim como interesses político-partidários. Mitos e fatos que envolvem a indústria farmacêutica e a demanda de mercado. Enfim, há um vasto território de debate cheio de controvérsias, cujo primeiro passo para discerni-las conceitualmente é detectar de qual fundamentação teórico-metodológica seus atores partem.

Tomamos como paradigma de metodologia em saúde mental pública ou em saúde coletiva a discussão sobre a questão da “pesquisa qualitativa em saúde” proposta por Maria Cecília Minayo (2014). Amplamente difundido, esse paradigma tem como fundamento epistemológico o materialismo dialético de Karl Marx, considerado como opção e contraponto ao positivismo e ao racionalismo, por ser capaz de conter os aspectos objetivos e subjetivos da realidade, abrangendo, assim, as verdades parciais daquelas teorias. A postura marxista é a de que toda teoria é historicamente construída, expressando interesses de classe. Quanto à metodologia de nossa tese, ela está fundamentada na psicanálise, mais especificamente da releitura da obra freudiana feita por Jacques Lacan durante seu ensino, mesmo quando da criação de seu próprio corpo conceitual, para além de Sigmund Freud. Tal releitura se fez munida da incorporação de conceitos e teorias contemporâneas ao ensino lacaniano, como o estruturalismo por meio da linguística, bem como a utilização de matemas e modelos topológicos da topologia.

Também encontramos em Lacan (1969-1970/1992) destaque quanto ao materialismo dialético, a ponto do autor valer-se do conceito marxista de *mais-valia* para criar o termo mais-de-gozar relativo ao conceito de gozo, que será bastante caro à nossa pesquisa na clínica dos equipamentos AD. A declaração de Lacan (1964/1996), em seu décimo primeiro Seminário, também esclarece o quanto a psicanálise não é uma hermenêutica ou uma abstração. Segundo ele, a psicanálise é uma *práxis*, que, como tal, é “uma ação realizada pelo homem, qualquer ela seja, que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico. Que nisto se encontre mais ou menos imaginário tem aqui valor secundário” (p.14). No Seminário 11 encontramos pontos de diálogo com o materialismo dialético, os quais trazemos para esclarecer a maneira como nossa pesquisa pode ser assumida como resultado da intervenção na realidade a partir da clínica psicanalítica. Em termos psicanalíticos, pretendemos transmitir nas articulações desta tese aquilo que emergiu como efeito do tratamento do Real pelo Simbólico.

É o modo como Lacan (1966/1998) situou no escrito *A ciência e a verdade*, sob a influência de Alexandre Koyré, a démarche epistemológica da psicanálise que nosso trabalho como psicanalista está orientado, assim como é o que norteia a metodologia de pesquisa com a qual trabalhamos nesta tese. Desta forma, em vez de tentar situar a psicanálise como fazendo parte de um dos dois grandes campos da ciência (sociais e humanas ou naturais) ou ainda mantê-la à parte do discurso científico, tomamos a demarcação lacaniana que aponta a origem da psicanálise a partir da produção do sujeito, como resultado do corte na realidade efetuado pela ciência moderna. Assim, é a partir do conceito de sujeito que pretendemos explicitar nossa especificidade de intervenção e transmitir o que delimita metodologicamente nossa pesquisa.

A partir do trabalho de Jean-Claude Milner (1996) sobre esse texto lacaniano, podemos afirmar que Lacan (apud Elia, 1999) situa a psicanálise como resultado de uma operação de "subversão" da ciência “pelo viés do sujeito”. A fundação da ciência moderna (com Galileu Galilei e René Descartes) constitui um sujeito que é, ao mesmo tempo, excluído do campo de operação da ciência. A demarcação koyreana do corte discursivo operado pela ciência moderna revela que este corte é decorrente da sistematização matemática do saber, ou seja, instaura-se uma linguagem externa ao mundo empírico para que a ciência passe a operar com ela, e não mais com este mundo. Linguagem que substitui a percepção humana dos fenômenos, rechaça as crenças e dogmas e evolui, deixando para trás um rastro como resto que retornará de maneira incômoda: o sujeito.

Lacan (1966/1998, p.858) afirma: "o sujeito com que operamos em psicanálise não

pode ser senão o sujeito da ciência", o que não significa que este sujeito, resto da operação de corte da matematização científica, coincida com o lugar da *Res Cogitans* ou do ato de pensar de René Descartes. A instauração da dicotomia entre pensamento (*Res cogitans*) e o corpo (*Res extensa*) localiza o pensamento como o mecanismo de pureza e neutralidade científica, mas na operação científica ocorre a exclusão de um correlato criado no mesmo golpe, antinômico à ciência: o sujeito do inconsciente. Este sujeito, apesar ancorado em sua relação com o objeto, não sendo o pensamento neutro proposto pela ciência, também não coincide com o indivíduo ou ser humano das ciências humanas. Ele é “veiculado pelo significante em sua relação com outro significante (...), deve ser severamente distinguido tanto do indivíduo biológico quanto de qualquer evolução psicológica classificável como objeto da compreensão” (LACAN, 1966/1998, p. 890). Ou seja, o sujeito com o qual opera a psicanálise não é o indivíduo biológico, tampouco o cidadão de direitos ou o indivíduo. Além disso, o sujeito do inconsciente tem sua verdade velada, já que ela é singular, não podendo ser generalizada. Verdade, da qual este sujeito nada sabe, é escrita por Lacan como o matema estrutural da fantasia ($\$ \diamond a$) como tela de realidade que recobre o Real e que comporta sua relação com os objetos no mundo.

Seguindo na questão do sujeito, trazemos a indicação de Elia (1999) sobre o sujeito com o qual a psicanálise opera. Este é sem qualidades, o que o diferencia do humano ao qual as ciências sociais e humanas conferem-lhe atributos conceituais com os quais operam.

As qualidades fariam do sujeito assim constituído um indivíduo, efeito de revestimentos identificatórios e imaginarizantes do sujeito. Tais revestimentos são via de regra aquilo que as ciências ditas "humanas" tomam como objeto de estudo e investigação.

O sujeito é, portanto, a *démarche* ou o impedimento fundamental pelo qual a psicanálise está separada das ciências sociais e humanas. Desta forma não nos cabe enquadrar a pesquisa em psicanálise como uma pesquisa “qualitativa”. Não há como responder à expectativa de contemplar uma dessas duas classificações: quantitativa ou qualitativa. A metodologia usada é a psicanalítica e se ocupamos o lugar do analista, não nos é facultado deixar de sustentar o método e a técnica da psicanálise, assim como, ao ocuparmos o lugar de pesquisadores, estamos sempre advertidos em manter “uma homologia estrutural com o próprio método clínico da psicanálise, sem que esta equivalência metodológica signifique que a prática clínica e a prática da pesquisa são uma só e mesma coisa” (ELIA, 2006, inédito).

Portanto, apesar de, ao inserirmo-nos em equipamentos de saúde mental, seja como psicanalistas seja como pesquisadores, estamos sempre às voltas com os métodos

concernentes à “pesquisa qualitativa em saúde” (MINAYO, 2010). Entretanto, não é ao paradigma científico das ciências humanas e sociais que o lugar do analista poderá responder. Não estamos, com isso, eximindo-nos do diálogo e da intervenção na realidade da qual partem os *dados* e *fenômenos* experimentados no decorrer dos mais de quatro anos de experiência e elaboração. Todos os saberes e interesses clínico-políticos que envolvem o tema, citados ou não, como exemplo, atravessam nossa clínica e nosso posicionamento também como atores deste contexto.

Como práxis, a psicanálise não se prestará a responder à dicotomia quanto à etiologia de seu objeto de pesquisa *material* ou *abstrato*, própria à diferenciação entre racionalismo e empirismo. Além disso, reafirmamos aquilo que expusemos com mais detalhes na introdução desta tese que mantém nossa pesquisa em psicanálise alinhada com as questões sócio-políticas contemporâneas: ela não é uma terapêutica individual. A própria estrutura comporta as incidências do laço social no tempo lógico. Seguindo a recomendação de Lacan (1953/1998, p. 322), situamo-nos, como psicanalistas, na diretriz de quem tem como horizonte a subjetividade desta época, advertidos quanto ao que nos “compromete com essas vidas num movimento simbólico”. O que não exclui o fato de que, como esclarece Andreia Guerra, (2007, inédito) “a universalidade dos conceitos e seus efeitos de verdade, orientadores do método de clínica e pesquisa em psicanálise, só possam ser recolhidos por cada um na singularidade de sua experiência”. Toda a especificidade da formação do psicanalista está centrada neste ponto: colocar-se em posição de operar a partir de um furo de saber, o que implica na sustentação de um real, único capaz de dar lugar ao inconsciente (ELIA, 2006, inédito).

Expostos os principais pontos que poderiam desviar o foco de nossa discussão, adentraremos no campo de trabalho e pesquisa do psicanalista. Ao analista não é dada a opção de se sustentar fora do que Lacan (1969-70/1992) elaborou como Discurso do Analista, assim como não se pode esperar que o Discurso do Analista se auto afirme, independente de um desejo. Levando em conta que nossa pesquisa é efeito de questões eminentemente clínicas, buscamos fundamentá-la, acima de tudo, naquilo que Lacan (1969-70/1992) introduziu na psicanálise a partir da teoria dos discursos. A transmissão do Real da experiência clínica exige a tentativa de formalização, dirigida à estrutura e não às aparentes armadilhas extra científicas que compõem o cenário da produção de saber em torno da saúde mental. Tal formalização também se contrapõe diretamente a especulações não extraídas da clínica. Para Lacan (1973/1985):

Só a matematização atinge um real - e é nisto que ela é compatível com nosso discurso, o discurso analítico - um real que nada tem a ver com o que o conhecimento tradicional suportou e que não é o que ele crê, realidade, mas sim fantasia (p. 178).

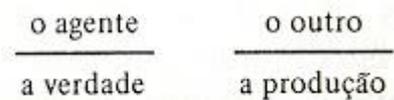
É no Seminário 17 que Lacan (1969-1970/1992), com a elaboração da teoria dos discursos, escreve em matema o fato de que o ato analítico implica na instauração de um novo laço social, cuja estrutura pretendemos discutir ao longo da tese. Frisamos, portanto, que o campo com o qual lida nossa pesquisa em Psicanálise é um *campo discursivo*.

No momento do ensino no qual Lacan se deteve na primazia do Simbólico como sustentáculo da materialidade significativa que estruturava o inconsciente, tínhamos a relação triangular entre S1, \$ e S2 como efeito da representação do sujeito por um significante para outro significante.

$$\begin{array}{c} \underline{S1} \rightarrow S2 \\ \$ \end{array}$$

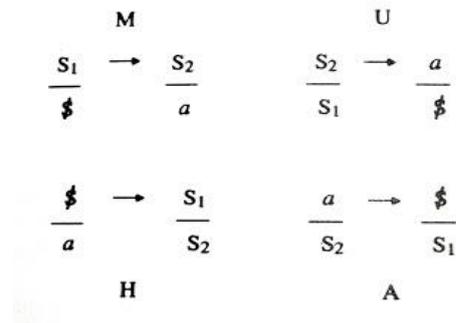
Mesmo o Real já tendo sido suposto anteriormente, há um marco teórico no ensino a partir da inclusão do Real e do gozo na estrutura. No matema tetrádico, o resto da operação significativa passa a ser o quarto elemento, escrito como objeto *a*. Assim, Lacan fixa os quatro elementos na seguinte sequência matemática: o S1, significante mestre; o S2, saber; o objeto *a* e \$, o sujeito barrado, para pensar as diferentes formas de relação, de produção de saber, de gozo, além de outros efeitos. A estrutura agora é o matema que faz referência ao laço social. Lacan (1969-1970/1992) propõe uma estrutura ou um “aparelho de gozo”, chamado discurso, com quatro lugares: agente (que posteriormente será lugar do semblante), verdade, saber (Outro ou gozo) e produto (perda, mais-de-gozar). O discurso é estrutura fixa e, apesar dizer respeito à linguagem, trata-se de, acima de tudo, uma escrita, sem palavras.

Figura 1 - Lugares do discurso.



Quando o discurso sofre um quarto de giro, ocorre a mudança de regência ou do agente, e conseqüentemente todos os elementos que o compõem também giram um quarto em sentido horário. Lacan, então, apresenta quatro discursos diferentes: Discurso do Mestre (M), Discurso da Histórica (H), Discurso do Analista (A) e Discurso do Universitário (U).

Figura 2 - Os quatro discursos.



A mudança de um discurso para o outro faz com que aquilo que os elementos assumem tenha um valor diverso, ou mesmo avesso, quanto ao que designavam no discurso anterior. No primeiro *posto*, acima e à esquerda, está o agente do discurso, é ele que dá o tom ou define o tipo de laço social de que se trata ali, é o lugar de ordem ou de dominância no discurso. Subjacente ou abaixo dele encontra-se o lugar da verdade, definida como *semi-dizer*, lei interna de sua enunciação. É em nome dela que o agente se mobiliza. Para Lacan (1969-1970/1992, p.161), “o agente não é forçosamente aquele que faz, mas aquele a quem se faz agir”, ou seja, o agente é aquele que, movido por sua verdade, ao intervir no campo do Outro, coloca-o a trabalhar.

Ao lado direito do agente, então, está o lugar do Outro ou do gozo, lugar de trabalho. Nas palavras de Lacan (1969-1970/1992, p. 98): “quem sempre trabalha é esse que está aqui, no alto e à direita — para fazer a verdade brotar, pois este é o sentido do trabalho”. No trabalho reitera-se a verdade daquele que está na posição de comando, de ordem, de agente. No posto abaixo do trabalho está a produção que resulta desse trabalho. Ela é concebida como perda, resto ou mais-de-gozar.

O primeiro discurso instituído por Lacan podemos inferir que seja derivado da relação ternária entre S1, \$ e S2, cuja operação produz um resto como quarto elemento: o objeto *a*. Falamos do Discurso do Mestre:

Figura 3 - Discurso do Mestre.

$$\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$$

Nele, o agente, sendo o S1, ordena a cadeia significante S2 a trabalhar, deixando o sujeito barrado no lugar da verdade e produzindo um resto, um gozo, que é o que caracteriza o

objeto *a*. No Discurso do Mestre vê-se a dominação por excelência, já que o S1 está no lugar de agenciamento do discurso, função que lhe cai como uma luva, por assim dizer.

A partir de um quarto de giro dos elementos para a esquerda obtemos o Discurso Universitário:

Figura 4: Discurso Universitário.

$$\begin{array}{ccc} \underline{S2} & \rightarrow & \underline{a} \\ S1 & & \$ \end{array}$$

É no Discurso Universitário que a ciência contemporânea encontra seu alicerce, tendo o saber no lugar do agente. Lacan sistematiza, desta forma, que o produto deste laço social é um sujeito do pensamento puro, cuja dimensão do gozo ou da singularidade lhe é velada. Um saber pronto é agenciador e o que fica como excretado nele é o sujeito. Este discurso também articula a dominação institucional acéfala ou o Estado de exceção, como na guerra. Na subjugação de um Estado sobre o povo, fato que ocorre imediatamente após uma guerra, o saber, como ordem, se coloca a “domesticar e se apropriar do excesso que lhe resiste e rejeita” (ŽIŽEK, 2012, inédito). Assim, a universalização é garantida pela segregação, que é da ordem do Real. A ciência, conjugada ao capitalismo ou ao mercado globalizado, aparta o sujeito da verdade, produz um resto, um ponto paradoxal, como derivado lógico impossível de ser operado por ela mesma, evidenciando a inconsistência do Outro. Enquanto no Discurso do Mestre o saber está no lugar do trabalho ou do Outro, no Discurso Universitário o saber está cristalizado como ordenador, produzindo um sujeito barrado como resto ou como mais-de-gozar. Somente a psicanálise opera com esse resto. E é a partir da inconsistência do Outro que, por mais um quarto de giro, temos o Discurso do Analista:

Figura 5 - Discurso do Analista.

$$\begin{array}{ccc} \underline{a} & \rightarrow & \underline{\$} \\ S2 & & S1 \end{array}$$

Discurso instituído por último, é aquele que possibilita o giro dos demais discursos, justamente por ser agenciado pelo que é do Real. Nele, o saber constituído está velado para que haja o trabalho do sujeito barrado, produzindo novos S1. Assim, é justamente o rechaço da verdade como causa pelo discurso científico, que produz aquilo com o qual o Discurso do Analista opera. Porém, o Discurso do Analista não se auto afirma sem o desejo do analista,

assim como o analista não opera fora do discurso analítico. No quarto capítulo desta tese, nos deteremos um pouco mais na questão de como pode operar o Discurso do Analista na clínica quanto ao giro dos discursos.

Mais um quarto de giro dos elementos para a esquerda, obtemos o Discurso da Histérica:

Figura 6 - Discurso da Histérica.

$$\begin{array}{ccc} \underline{\$} & \longrightarrow & \underline{S1} \\ a & & S2 \end{array}$$

Neste discurso, revela-se aquilo que no Discurso do Mestre estava velado: um sujeito barrado que coloca o mestre ou o S1 em trabalho, produzindo um saber que fica desperdiçado e cujo real fica velado no lugar da verdade. Há entre o Discurso da Histérica e o Discurso do Analista algo em comum: são os discursos perturbadores da ordem, impelindo o giro dos demais discursos.

A partir desta apresentação dos discursos, atentemo-nos à recomendação freudiana de que “uma das reivindicações da psicanálise a seu favor é o fato de que, em sua execução, tratamento e investigação coincidem” (FREUD, 1913/1976, p. 152). O campo que determina o método da pesquisa em psicanálise diz respeito ao campo discursivo ou à própria clínica que operamos enquanto psicanalistas.

No *Recurso & Convite ao debate dirigido à Comunidade Científica Ampliada do Campo da Saúde Mental*, endereçado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Luciano Elia (2006, inédito) define a metodologia como

o conjunto de princípios e diretrizes que se estabelecem a partir da delimitação de um determinado campo de saber próprio, de estatuto científico, específico e irreduzível a qualquer outro, definindo o modo de ação que se impõe neste campo, que é compatível com ele, para que esta ação não se faça de forma contrária, imprópria ou simplesmente alheia às condições de saber deste campo. A metodologia medeia, portanto, a teoria e a prática, em uma perspectiva científica, e dá ao saber a dimensão do ato. A pesquisa, portanto, como um modo particular de ato que se faz a partir de um campo científico de saber, e que visa a produção e a ampliação continuada deste saber, só pode se fazer em uma perspectiva metodológica. Metodologia não é, portanto, o mero elenco de procedimentos operacionais e técnicos que o pesquisador executa. Na verdade, na perspectiva acima apontada, tais procedimentos é que devem ser traçados em estrita obediência aos princípios metodológicos do campo de saber no qual a pesquisa se faz.

Queremos aqui destacar nossa escolha pela “obediência aos princípios metodológicos” (ELIA, 2006, inédito) em detrimento a qualquer tipo de imposição que não seja aquela efetuada do sujeito do inconsciente ao analista. Supomos que qualquer outra regência

discursiva que não seja o objeto *a* como emergência do Real que faz o sujeito produzir novos S1, estaremos em outra forma de discurso. Assim, se é o saber pronto, S2, que agencia o discurso, estaríamos privilegiando o Discurso Universitário.

Lacan (apud DARRIBA, 2013) aponta no discurso da ciência sistematizado como o Discurso Universitário

um modo de operar acéfalo ao lugar de comando, de ordenamento, que necessariamente o desloca. Ele lembra ainda que, no campo científico, a verificação da hipótese faz parte da lógica, e que o fato de sua consequência ser verificável nada diz acerca da veracidade da hipótese.

Segundo Vinicius Darriba (2013), na leitura lacaniana da ciência, o resultado da operação lógica utilizada por ela como sua linguagem chega a um limite que reconhecemos como o Real. O autor destaca que é aí que habita a impossibilidade de suturar o sujeito. Desta forma, operação científica estruturada como Discurso Universitário, renova sempre a emergência de um sujeito como resto ou como efeito discursivo. Este resto excluído só pode ser operado, em sua condição de dividido em si mesmo, pela psicanálise. É com esse resto que tratamos nesta pesquisa. A psicanálise o supõe desejante por sua relação com o objeto, pois está incluso na experiência analítica o real em jogo na experiência da castração. Essa é mais uma orientação clínica que norteia nossa pesquisa: a castração enquanto impossibilidade real de simbolização.

Se o Discurso do Analista é agenciado, como vimos, pelo objeto *a*, este discurso, portanto, é o único que opera com o paradoxo, descrito na fórmula da fantasia, no qual o sujeito pode se prestar a objeto no circuito pulsional. É este paradoxo de tomar o sujeito do inconsciente como objeto de investigação, bem como sua relação com a castração, que coincide com a posição de pesquisa em psicanálise (GUERRA, 2007, inédito).

A inclusão do sujeito excluído pela ciência em uma *práxis* se dá pela via do inconsciente, cujo dar a ver não se constitui como um conteúdo recôndito que passa a se revelar. O trabalho com a via do inconsciente é, antes de tudo, o trabalho com a interpretação do sujeito sobre o que se passa em sua própria experiência. Assim, não é possível refutar, afirmar ou concluir diretamente sobre o inconsciente (FREUD, 1937b/1976). Como dito anteriormente, a relação do sujeito com seus objetos se realiza por meio de uma tela de realidade que recobre o Real, portanto é com a realidade psíquica que operamos. Operar o Real pelo Simbólico é ter o significante como mediador; em outras palavras, colocar o significante como aquilo que significa o sujeito para outro significante.

É nessa direção que tomamos a radicalidade da convocação freudiana como ponto de

partida para nossa pesquisa: a de tomar cada caso como se fosse o primeiro. No Discurso do Analista o saber está abaixo da barra, o que nos remete à regra fundamental de exortar o sujeito a dizer o que lhe vem à cabeça e não utilizar o saber teórico acumulado. Utilizamos, portanto, o radical ato fundador de Freud ao operar com o inconsciente como antagônico ao trabalho com o que já está *concebido*: o conceito. Corroboramos com o argumento de Elia (2006, inédito, grifo do autor):

Se pesquisar é ir em busca do que ainda não se sabe, não há campo mais radicalmente estruturado para isso do que o inconsciente, o que a própria materialidade literal da palavra inconsciente já diz. Não há pesquisa de campo em psicanálise, mas o campo de pesquisa que é o inconsciente.

A psicanálise se recusa a um tipo de saber que profere uma verdade sobre o sujeito. Ela se vale da clínica, cuja formulação se escreve no discurso, para a construção de um saber a partir do que pode o próprio sujeito veicular. Neste sentido vemos que a posição de operar a partir de um furo de saber é análoga a de quem não parte dos conceitos como origem de hipotetização. Retomando o *Recurso & Convite ao Debate* de Elia (2006, inédito):

A psicanálise é uma prática que, do ponto de vista metodológico, recusa toda e qualquer forma de especulação e, portanto, também de hipotetização. Neste ponto, ela é rigorosamente fiel ao princípio que, nos cânones de sua Física, Newton proclamou em latim: *Hypothesis non fingo*⁷, que significa: não “finjo” hipóteses, não faço especulações abstratas, sigo os dados concretos da experiência. Na psicanálise, esse princípio é, diríamos, radicalizado: vale o que o sujeito diz, na materialidade do que ele diz.

Se a referência originária da psicanálise é a ciência newtoniana, nem por isso o universal da questão habita o fenômeno repetidamente observado, mas sim habita a estrutura. A obediência ao método consiste justamente em não criar hipóteses que possam anteceder à interpretação do sujeito sobre sua própria realidade psíquica. Muito menos tentar adaptar o objeto de pesquisa de acordo ao que convém a uma pesquisa. Darriba (2010) define tal obediência ao método como um dos pontos que coloca a psicanálise em posição extraterritorial a um padrão de *acreditação* de eficácia terapêutica:

Quanto ao objeto inédito que a experiência de Freud no terreno da neurose desvela, não se trata de fazê-lo ceder ao método, mas antes cedermos ao que no objeto faz impasse ao método. Esta é a direção que se impôs a Freud e que para nós tem valor de orientação (p. 3).

Contudo é inevitável nos depararmos, no diálogo multidisciplinar, com a exigência de definições de procedimentos e estratégias de coleta de dados ou da postura do pesquisador.

⁷ Nota do próprio autor, citando Cf. Freire, A. B. – A causa na psicanálise – Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio em 1994. Inédito.

No campo discursivo onde opera o analista/pesquisador, há que se extrair de sua presença aquilo que é a função do analista como próprio agente causal, para além de sua pessoa ou seus afetos ou comportamento. A rigor, o analista deverá inserir-se no cotidiano de uma equipe com seu desejo advertido de fazer operar o Discurso do Analista, ou seja, veicular e dar lugar ao objeto *a* como causa referida a uma verdade.

Se o Discurso da Histórica presentifica uma queixa ou um sofrimento, é somente pelo Discurso do Analista, no qual a regência deverá ser ocupada por uma causa singular (o objeto *a*), que fará trabalhar justamente um sujeito que sofre, para que ele mesmo produza outros S1 ou outros significantes-mestre que o norteiem em seu desejo. Donde se extrai que o lugar do analista não é o lugar do sujeito.

Não vemos também nenhuma resposta conveniente a uma possível demanda de que o ato analítico promova o bem-estar. Supor que em um corpo que sofre há um sujeito e tomá-lo como ser falante, não confere ao analista a posição necessariamente de terapeuta. Não obstante, o trabalho a partir de um furo no saber, dá lugar a saídas possíveis para aquilo que o sujeito realmente toma como sofrimento, inclusive nos exime de tomar o abuso de substâncias psicoativas, por exemplo, como sinônimo de sofrimento ou de um sintoma a ser tratado. É evidente que, como veremos no decorrer da tese, fazer girar os discursos e orientar-se ao gozo, promove, principalmente, novos meios de lidar com a angústia e, com isso, alívio. Temos em conta que o lugar do analista segue radicalmente a recomendação freudiana de abstinência (FREUD, 1914/1976) como resposta ao amor devotado por parte do paciente ao analista, assim como de que se abstenha de querer cuidar do paciente (querer que ele nomeie como *furor sanandi*). A única regra, a fundamental, da técnica psicanalítica, é a de que o sujeito associe livremente. A essa regra da associação livre corresponde, por parte do analista, a atenção flutuante. O exercício de retirar o Eu da cena analítica e pagar com sua pessoa não designa que o analista seja impassível aos efeitos do laço social que ele mesmo instaura; em outras palavras, a recomendação freudiana não exime a pessoa do analista em seu compromisso simbólico. Tal recomendação de abstinência visa, radicalmente, que a intervenção psicanalítica seja agenciada pelo objeto *a* e que quem trabalhe seja o sujeito do inconsciente. Qualquer intervenção ou saber que se constitua será somente a partir disso. Portanto, se a função ou o lugar do analista não coincide com qualquer proposta ou projeto terapêutico e com nenhum saber *a priori*, ainda que estritamente teórico ou clínico, está posto que o próprio método psicanalítico não prevê a intervenção de um sujeito sobre o outro.

Nas palavras de Lacan (1958/1998, p. 192) “o analista dirige o tratamento, mas não deve dirigir o paciente”. Se afirmamos, anteriormente, que a pesquisa em psicanálise tem

homologia estrutural com o próprio método clínico da psicanálise, podemos afirmar que tal pesquisa não compreenderá em um sujeito munido de um saber teórico (pesquisador) que irá interferir em um objeto/campo de pesquisa antes imaculado.

O lugar do analista não coincide tampouco com o lugar do pesquisador. Quando um sujeito advertido faz operar o lugar do analista e, a partir disso, engendra uma pesquisa, como forma de responder a uma questão clínica, tem-se aí o trabalho relativo ao lugar do analisante. Desta forma, é possível afirmar que, no que concerne ao cotejamento entre a pesquisa de campo das ciências sociais e humanas e o campo de pesquisa da psicanálise, não encontramos no analista a interferência subjetiva, experiencial ou cognitiva perante o campo de pesquisa. O sujeito da pesquisa é o do inconsciente, convocado a fazer-se representar pelos significantes.

1.2 Questões clínicas originárias e princípios da pesquisa

Começamos nosso trabalho na Unidade III do CIAPS Adauto Botelho, no município de Cuiabá – MT, em 2012, sustentados pelo Discurso do Analista a partir de nosso desejo prévio e já advertidos de que o lugar do analista não é o daquele que pressupõe a demanda que irá ao seu encontro. Freud (1900/1976, p. 480), em *A interpretação dos sonhos*, faz seu o conselho do fisiologista Claude Bernard que diz aos experimentadores de laboratórios de fisiologia: “*travailler comme une bête*” — isto é, “trabalhar com a mesma persistência de um animal e com idêntica despreocupação com o resultado”. Assim deve trabalhar um psicanalista, sabendo que sua postura não é de ordem técnica, já que o estatuto do inconsciente, longe de ser ôntico, é ético (LACAN, 1964/1996, p. 37). Portanto, frente a um trabalho multidisciplinar em uma Unidade de Internação para *dependentes químicos*, tomamos a mesma posição que tomamos no consultório particular: há que se tomar cada caso como se fosse o primeiro, colocando em suspensão todo o conhecimento, porque o que deve surgir em uma análise são os significantes que representarão o sujeito para outro significante.

Um psicanalista lidar com a demanda de tratar-se por parte de homens neuróticos não seria, a princípio, um fato notável por si só, a não ser pelo fato de que os neuróticos internados ali têm, cada qual a seu modo singular, relação de abuso com algum tipo de substância psicoativa. Surpreendeu-nos, acima de tudo, não ser apenas no âmbito da saúde mental pública que teríamos que responder por um modo peculiar de intervenção, mas também termos que dialogar com a literatura psicanalítica atual, já que as elaborações encontradas em torno do tema de uma *clínica da toxicomania* apontam para grandes dificuldades

transferenciais originadas pela *não formulação por parte do toxicômano, de um enigma sobre seu próprio gozo*.

Ao acolher e trabalhar com a demanda de escuta de sujeitos, cuja trajetória de vida é atravessada pelo abuso de substâncias psicoativas (dentre elas a pasta base, o crack, o álcool, a cocaína em pó, a maconha, o LSD, o MDMA, etc.) encontramos-nos em uma posição duplamente intrigante. Primeiramente, no âmbito das políticas públicas sobre drogas, há uma premissa tácita que permeia desde a gestão da RAPS até o modo como a equipe acolhe caso a caso, de que os usuários do serviço não têm demanda de tratamento. A droga, nessa perspectiva, é tomada como causa donde se originam todos os problemas, escravizando seu consumidor, que se torna “incapaz de tomar decisões”*, o que justificaria, inclusive, a imposição da internação compulsória como solução generalizada à saúde mental pública. Somado a isso, encontramos nas publicações consultadas, afirmações peremptórias de que o toxicômano não dirige uma demanda ou tem dificuldade de estabelecer transferência.

Citamos Santiago (2001, grifo do autor):

A experiência analítica com pacientes toxicômanos e alcoolistas reconhece a frágil atenção que eles dispensam às formações do inconsciente. Os tropeços e equívocos que comete não fazem enigma, mas são remetidos à ordem de um não-saber maciço. Se se acrescenta que há, ainda, um trabalho bastante exíguo de associação com relação ao produto e uma dificuldade notória para se formular a demanda, compreendem-se as razões por que o sujeito não se dispõe a endereçar seu sintoma ao sujeito-suposto-saber (p. 190).

Mais adiante, Santiago (2001) comenta sobre a dificuldade da transferência:

Essa vontade do toxicômano de anular o registro da troca simbólica com o Outro se repercute na supressão do “eu penso” em benefício de um “eu sou”. É precisamente essa dificuldade em fazer prevalecer, para ele, aquilo que me referi, antes, como as mediações do Outro simbólico que torna laboriosa a instalação da transferência. pode-se afirmar que conceber a transferência, na clínica da toxicomania, a partir da adesividade do sujeito ao produto, não favorece em nada o desenrolar do trabalho clínico (p. 191).

Em outra publicação recente (ANDRADE, 2014, grifo do autor), encontramos aquilo que se repete em inúmeras publicações como uma premissa ou uma verdade prévia:

A toxicomania sempre foi resistente a uma clínica pautada na articulação significante. O sintoma toxicômano se mostrava como um grande problema pela dificuldade em fazer parte da concepção de sintoma freudiano, apoiado na articulação significante. (...) Por muito tempo, os novos sintomas ajudaram a pensar a toxicomania⁸. Eles foram a alternativa diante do sintoma metáfora (...) (p. 79).

⁸ Nota do próprio autor: “o uso da droga antecede a noção psicanalítica de “novos sintomas”, nesse sentido, e através dela, a psicanálise oferece outra racionalidade possível para pensar a relação do sujeito com a droga”.

Assim, as primeiras questões que nortearam nosso projeto de pesquisa, e que nos convocaram a tomar parte do debate acerca do que a comunidade psicanalítica tem chamado de *clínica da toxicomania*, diziam respeito mais a uma contraposição ao que entendíamos que vinha sendo transmitido, já que encontramos sim a demanda de tratamento e elaboração de questões por parte dos internos na Unidade III e, posteriormente, por parte dos usuários do CAPS AD III Mirian Makeba.

Trazendo alguns fragmentos clínicos paradigmáticos lembramos de: (1) um paciente que nos procura para pedir uma “medicação para a compulsão ou impulsividade”* que o colocavam em constante risco, e a partir da intervenção da analista, sai da via química para fazer uso da palavra, passando a trabalhar os significantes regentes deste quadro que lhe incomoda; (2) o equívoco no dito de um homem aos 39 anos, pai de dois filhos adolescentes, mas em posição bastante infantilizada e dependente de sua mãe que repete em uma atividade coletiva: “o problema da minha vida é minha mãe, afinal eu não pedi para nascer com a droga na boca”*; (3) o paciente que se queixa de que a enfermagem, ao lhe aferir a pressão arterial constatando que estava alta, pergunta-lhe se está “sentindo fissura”, que caracterizaria um sintoma de abstinência da substância da qual ele é “dependente”, cuja conduta médica seria a administração de um psicofármaco. Este último paciente nos afirma categoricamente “fico ansioso quando penso na minha filha! A ansiedade é muito antes da droga, ela faz parte da vida!”*.

(4) Há, também, inúmeros casos de homens que cometeram violência grave contra suas mulheres por ciúme, afetação perturbadora que os remete a se questionarem sobre a origem ou o motivo de tal afetação. Um deles inseriu o uso da pasta base na relação com a esposa (ex-prostituta, que ele conheceu no bordel) no intuito de “descobrir a verdade”* sobre a fidelidade da mesma e que reconhece que a palavra paixão tem o mesmo radical de patologia (*pathos*). (5) Ouvimos também ditos que situavam a posição conflitante do sujeito perante a partilha dos sexos e de seu desejo, como o de um rapaz de vinte anos de idade, preso pela Lei chamada “Maria da Penha” ao agredir gravemente sua esposa 20 anos mais velha: “aquela mulher era boa demais para mim, doutora, daí pensei ‘aí tem treta”*”. (6) O caso do homem que, ao ser convocado à fala, passa a associar inúmeros eventos de constituição de objetos e formatos arquitetônicos como fóbicos, utilizando-se do álcool como única alternativa à premente angústia. (7) Inúmeras queixas quanto a pensamentos intrusivos culpabilizantes que os levam à insônia e à solicitação de medicação extra para dormir. Estes são apenas exemplos de questões com as quais nos deparamos na Unidade III do CIAPS Aduauto Botelho, trazidas por homens acima de dezoito anos de idade, oriundos de regiões

diversas de todo o Estado de Mato Grosso (trabalhadores da zona rural, indígenas, traficantes ligados a facções criminosas nacionais, “pastores e fiéis” de igrejas evangélicas diversas, moradores de rua, homens de classe média, servidores públicos, componentes do Movimento dos Sem-Terra, etc.).

A certeza de que não estávamos ali para tratar da *toxicomania* ou da *dependência química*, mas sim para fazer deslizar os significantes para que o próprio sujeito pudesse se fazer representar, trouxe-nos a possibilidade de reafirmar o postulado de Zafiropoulos (1994, p. 17) de que “o toxicômano não existe”. Assim, inserimo-nos neste debate, propondo a suspensão dos aforismas existentes em torno do abuso de substâncias psicoativas, tentando contribuir com a discussão a partir daquilo que emergiu na clínica dos equipamentos AD.

Entretanto, antes de tratar de cada ponto original de nossa pesquisa, necessitamos delinear a forma como se deu nossa inserção nos dois equipamentos da RAPS donde emergiram as questões que trazemos para o debate. Na Unidade III do CIAPS Adauto Botelho somos responsáveis pelos casos que atendemos, bem como pelos procedimentos coletivos, ou não, que propomos à instituição, enquanto que no CAPS AD III Mirian Makeba, no Rio de Janeiro, inserimo-nos como pesquisadores externos à equipe, não sendo responsável pelos casos atendidos.

No primeiro equipamento, a Unidade III, trabalhamos como parte da equipe, responsável por um número pré-estabelecido de pacientes em relação às outras profissionais da psicologia e cabe-nos a liberdade de escolher de que forma os pacientes serão avaliados, bem como conduziremos os casos. Participamos também das reuniões de equipe para estudo de caso, reuniões com o CAPS AD que é a *porta de entrada* para a Unidade III e demais serviços que se articulam diretamente com a nossa Unidade (Juizados, outros CAPS da Baixada Cuiabana). Somos sempre convocados a pensar questões institucionais como elaboração do Projeto Terapêutico Global, metodologias de trabalho multidisciplinar, questões sobre objetivos e eficácia de procedimentos na abordagem junto à clientela atendida. Em nosso contato com os pacientes sob nossa responsabilidade ou com aqueles que nos procuram espontaneamente, partimos do desejo do analista convocando o sujeito à fala, seguindo a *regra fundamental* do método psicanalítico. Foram as questões que emergiram a partir da instauração da associação livre como regra fundamental que trouxemos para o debate na tese. Neste equipamento da RAPS buscamos fazer operar o lugar do analista como uma das formas de intervenção, além das demais empreendidas pelos colegas da equipe.

Já no CAPS AD III Mirian Makeba, no município do Rio de Janeiro – RJ, não estávamos inseridos para ouvir e intervir como responsáveis pelos casos. Participamos

ativamente, durante o período de dez meses (entre março e dezembro de 2015), das reuniões semanais de equipe e supervisão, nas quais eram discutidos inúmeros casos, procedimentos, eram recebidos profissionais dos equipamentos da rede como Consultório na Rua, Unidade de Acolhimento, etc. Ocorriam também discussões sobre a política de saúde mental, bem como eram articuladas as ações das equipes dos diferentes turnos. Em acompanhamento do espaço aberto coletivo, no qual ocorriam “reuniões do Bom Dia” para planejamento das ações de cada paciente durante aquele dia, estávamos abertos ao contato dos usuários, conduzindo à equipe demandas específicas ao serviço. Também tivemos a oportunidade de participar de um seminário interno com o convidado Emerson Merhy, que contribuiu para a elaboração de questões que trouxemos para o debate, principalmente no quarto capítulo desta tese.

Mesmo não fazendo operar o Discurso do Analista no CAPS AD III Mirian Makeba, nossa escuta e elaboração das questões que emergiram estão regidas pela psicanálise. Lembrando que o lugar do pesquisador não coincide com o do analista, mas sim com o do analisante, concluímos que nestes dois equipamentos da RAPS, de acordo com a diferenciação proposta por Elia (2006), ocupamos o lugar de *pesquisante*:

O pesquisador não está, no laço social que ele estabelece, na lógica discursiva que rege a sua prática, em posição de analista. Mas nem por isso ele está em posição análoga ao de pesquisador experimental. Isso porque, se sua posição não é exatamente e o tempo todo a de objeto, pelas razões expostas (seu desejo científico, por exemplo), ela no entanto é uma posição perfeitamente situável no discurso analítico: é a posição de analisante. É o analisante que, em análise, quer saber. Mas é claro que o pesquisador do campo clínico da psicanálise (nós mesmos, como coordenador desta pesquisa), não está na prática da pesquisa como o sujeito que é tratado, analisado. Ele é um analisante muito peculiar, específico, que alterna seus momentos de cientista e pesquisador com os de analista. Por isso cunhamos um termo, um tanto neológico: o pesquisador do campo clínico da psicanálise é um *pesquisante*. Como diz Freud, ele alterna seus momentos de pesquisa e de clínica, em um eixo metodológico que estabelece a equivalência, mas não a identidade entre essas duas dimensões da práxis psicanalítica.

É importante lembrar que tal posição, a de *pesquisante*, difere-se da posição de *observador-participante* das ciências sociais e humanas.

Mesmo havendo a diferença em nosso modo de inserção nos dois equipamentos, destacamos, a seguir, os princípios que se colocam em equivalência no nosso posicionamento nos dois casos:

- abstinência do saber prévio, colocando-nos à disposição daquilo que adveio em presença tanto na intervenção direta junto à clientela atendida, quanto na participação das discussões junto às equipes;
- princípio da acolhida do caso a caso, da particularidade de cada sujeito, o que interdita toda forma de padronização de uma *conduta* e da etiologia dos quadros encontrados;

- princípio do retorno ao sujeito do inconsciente como marco metodológico orientador da clínica/pesquisa, apostando no saber a ser constituído pelo próprio sujeito;
- princípio da articulação intrínseca entre clínica e política, considerando que nosso campo de pesquisa é o inconsciente e nossa materialidade possível é discursiva;
- princípio da intervenção analítica independente do *setting terapêutico* clássico individual. Baseando-nos no trabalho da pesquisa de Mestrado (BEZERRA, 2008), no qual foi amplamente discutido o caráter transindividual do inconsciente, bem como a *prática entre vários*.

Decorreu destes princípios, já como premissa para nossas elaborações, que não partimos do objeto droga ou da toxicomania como sintoma, delineados como objeto de pesquisa. Interrogamos, neste contexto o que consideramos poder tangenciar a psiquiatria reducionista, a qual isola os efeitos da substância no organismo, em detrimento da experiência estritamente singular do sujeito. Por obediência ao método, tomamos em pauta as questões trazidas pelos encontros na clínica independentemente do fato delas estarem relacionadas diretamente ao uso de substância psicoativa.

Os passos freudianos revelam “a posição paradigmática de interrogar a verdade ali onde algo resiste” (DARRIBA, 2011, p. 2), fato que nos manteve atentos ao que poderia fazer impasse ao método analítico como viés de resistência que a própria transferência comporta. É justamente aquilo que não se encaixa à convocação à associação livre e que desafia a aposta radical fundada por Freud que tomamos, *a posteriori*, como questão a ser investigada.

Portanto, não estabelecemos uma hipótese prévia sobre a clínica dos equipamentos AD, antes sim, colocamo-nos abertos para partir daquilo que se apresentou como regente do discurso. Aquilo que emergiu como questão na clínica dos equipamentos AD foi o que trouxemos à discussão nesta tese. Isso resultou na investigação e até mesmo desconstrução de alguns conceitos prévios sobre a clínica da toxicomania, apostando na abertura para que novos debates sejam evidenciados.

1.3 Do estatuto do sintoma

O que dizer, quanto ao rigor psicanalítico, sobre, por exemplo, um sujeito internado na Unidade III ou acolhido em um CAPS AD III que se dirige a um analista para falar sobre “a rejeição por parte de seu pai que ele sofrera quando ainda era adolescente”*, e que recém passara meses dividindo espaço na *cena de uso*, nas *bocas-de-fumo* ou nas *crackolândias* espalhadas pela cidade, comendo lixo ou trabalhando como *cuidador de carro*, ou mesmo

“fazendo corre”* (expressão que significa conseguir dinheiro, mesmo que roubando, para comprar e consumir a droga)? Não nos encontramos nas afirmações de que há “uma dificuldade notória para se formular a demanda” (SANTIAGO, 2001, p. 190) ou de que “adesividade do sujeito ao produto, não favorece em nada o desenrolar do trabalho clínico” (SANTIAGO, 2001, p. 191). Considerar que trabalhamos com o sujeito do inconsciente, não importando quaisquer adjetivações ou qualificações, como a de *toxicômano*, impõe-nos outra questão: quando tomamos um caso em escuta, perguntaremos se estamos diante de uma *verdadeira toxicomania* para definir como se dará a intervenção? De que verdade se trata? Consideramos que este aparente impasse tem sua saída justamente na questão metodológica, na medida em que reivindicamos o retorno ao ponto inicial do trabalho analítico: o sujeito do inconsciente.

Relembrando a questão epistemológica fundamental cernida por Lacan (1966/1998, p. 858) "o sujeito com que operamos em psicanálise não pode ser senão o sujeito da ciência", e com isso sabemos que este sujeito é sem qualidades, não se adjetiva porque ele é o sujeito do inconsciente. Portanto, é por isso que reafirmamos que em psicanálise “o sujeito toxicômano” não existe.

A questão que se nos apresenta na seara que envolve o abuso de substâncias psicoativas é a de que a toxicomania é tomada como ponto de partida, configurando-se como um sintoma. Mais especificamente como uma “nova forma de sintoma” (TARRAB, 1994, 2001; SANTIAGO, 2001, NASPARTEK, 2005, CHEIBUB, 2016, ANDRADE, 2014). Nas palavras de Santiago (2001):

(...) o recurso ao produto tóxico não constitui um sintoma analítico no sentido da pergunta, do enigma, que o sujeito, no início do tratamento, endereça a um analista com a finalidade de ser respondida ou decifrada (p. 191).

Supomos que tais autores tomem como premissa que há um modo contemporâneo de construção do Outro diferente do modo quando do surgimento da psicanálise. Nas palavras de Miller (1997/2000):

Se nos interessamos hoje pela toxicomania, que existe desde sempre, é porque ela traduz maravilhosamente a solidão de cada um com seu parceiro-mais-de-gozar. A toxicomania pertence ao liberalismo, à época em que nos lixamos para os ideais, em que não nos ocupamos de construir o Outro, em que os valores ideais do Outro empalidecem, desagregam-se frente à globalização (p.170).

Encontramos aí a força axial que norteia as publicações sobre o tema da toxicomania, que, por si só, acaba sendo concebida como parte de uma clínica específica. Não pretendemos entrar na discussão da problemática que se apresenta quanto a esta forma de tomar o

movimento dialético no qual se estabelece a estrutura, já que ela extrapola nossos objetivos neste momento. Contudo, é importante delinear aqui a maneira como tomamos o trabalho a partir do sujeito e de que maneira tomamos o sintoma psicanalítico. Sujeito e sintoma são noções que não fazem parte do campo conceitual da *subjetividade* própria à sociologia.

Extraímos da discussão proposta por Antonio Godino Cabas (2009), sobre a questão do sujeito em Freud e em Lacan, que o sujeito é uma aposta clínico-epistêmica a ser paga a partir do desejo do analista. Cabas (2009, p. 13) afirma que o sujeito é o referente lógico de todo o esforço de formalização de Lacan.

O que se evidencia no escrito *A ciência e a verdade* é que definição do sujeito com o qual a psicanálise opera é feita no mesmo golpe a partir do qual a Psicanálise “reintroduz na consideração científica o Nome-do-Pai” (LACAN, 1966/1998, p. 889). Tal reintrodução se refere à tomada da verdade como causa, verdade que fora excluída pela ciência. Tal verdade se reinaugura a cada instauração discursiva e é sempre concernente ao modo do laço social vigente, que porta as contingências e incidências que compõem os elementos do discurso. O sujeito como função e não como uma instância psíquica, escapa da referência de *subjetividade*, que, a rigor, será remetida às instâncias do Eu em relação aos ideais. A abolição radical de toda e qualquer referência personalista também aponta que, desde Freud, o ideal é o avesso da assunção subjetiva. E, por fim, “como não perceber que as novas formas do ideal nada mais são que a velha história de sempre — de nada querer saber disso?” (CABAS, 2009, p. 17).

Os efeitos da incidência da linguagem no ser levaram Lacan a, no decorrer do ensino, elaborar e sistematizar cada vez melhor a transmissão da experiência analítica sem ceder às imposições que os giros discursivos podem renovar no laço social. Assim, a forma como trabalhamos se alicerça na garantia epistemológica de que tanto sujeito como sintoma são efeitos de estrutura. Deste modo, o gozo que o sintoma enoda é contemporâneo ao ser falante que ele representa, ou seja, o sintoma é sempre contemporâneo.

Trazemos, portanto, alguns marcos da elaboração de Freud e Lacan sobre o sintoma. Foi a urgência do enigma dirigido ao saber médico capitaneado pelo sintoma histérico que moveu Sigmund Freud, ainda médico, no final do século XIX, a agenciar a criação de um novo método de tratamento. A subversão na apreensão do sintoma produzida pela psicanálise diz respeito ao fato de que a medicina parte das categorias universais, tomando o sintoma como um mal a ser classificado e extirpado. Para ela, o sintoma denota o mal funcionamento do organismo, ao passo que a psicanálise redireciona o tratamento do sintoma para a particularidade de um funcionamento subjetivo singular. Trata-se de uma nova *démarche*

epistemológica, o sintoma da psicanálise não é tomado no plano do organismo, mas em outra cena (FREUD, 1899/1976).

Encontramos nas 17^a e 23^a Conferências Introdutórias as primeiras demarcações de Freud (1916-17a e 1916-17b/1976) sobre a singularidade do sintoma. Na primeira dessas conferências Freud (1916-17^a/1976) define uma das principais funções do sintoma neurótico: a possibilidade de deslocar os atos e pensamentos sem conexão com a realidade da conformação original da neurose. É na Conferência 23 que Freud (1916-17b/1976) expõe que a função da psicanálise sobre o sintoma não é a de extirpá-lo, mas sim de decifrá-lo, já que ele possui estreita relação com a vida do sujeito. Ali mesmo adverte que decifrar o sintoma não é a mesma coisa que curar a neurose, já que a ela resta a capacidade de sempre gerar novos sintomas. Destitui-se, assim, a dicotomia entre “doença” e “normalidade”, na medida em que a neurose é estrutural e a formação sintomática é seu próprio *modus operandi*.

Basicamente Freud (1916-17b/1976, p. 421) define o sintoma como resultado de um conflito, surgindo ele em virtude de uma nova forma de satisfazer a libido. O próprio sintoma, tal como um sonho, representa algo que por si só já está satisfeito “à maneira infantil”. O principal diferencial entre o sintoma e os sonhos, é que o sintoma porta um caráter paradoxal. Neste texto Freud apresenta uma novidade que conferirá à sua obra um dos pontos de sustentação para o avanço de Lacan: a satisfação através do sintoma é presa a experiências traumáticas infantis que nem sempre são factuais, ou ainda, o sintoma se ancora sobre a fantasia. Aqui se define a questão da verdade em psicanálise: as fantasias do paciente não estão referidas nem ao verdadeiro nem ao falso. As fantasias são constituídas como realidade *psíquica*, ou, nas palavras de Freud (1916-17b/1976, p. 430) “no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva”. Donde Lacan extrai a noção de que a verdade é não-toda e podemos referi-la à fórmula da fantasia que se refere à verdade da relação do sujeito com o objeto.

Há um avanço ainda mais marcante em *Além do Princípio do Prazer* (FREUD, 1920/1976). Freud constatou que seus pacientes repetiam, na transferência, experiências que eram marcadas por intenso desprazer. Chamou essa força que exerce uma pressão para ser satisfeita mesmo que seja na dor, caracterizada como “força demoníaca”, de “compulsão à repetição” (FREUD, 1920/1976, p. 52). A pulsão de morte, novidade que marca este avanço de Freud, passa a ser fator primordial das repetições e das formações do inconsciente que resistem ao tratamento, mesmo trazendo intenso sofrimento. Não seria, portanto, somente através da decifração que os sintomas seriam tratados, já que existe uma força que se contrapõe ao tratamento. Eis a indicação preciosa que se atualiza como desafio aos analistas.

Em *Inibição, Sintoma e Angústia* (FREUD, 1926/1976) já contando com a segunda tópica, Freud demonstra que o sintoma não pode mais ser descrito como um processo que ocorre dentro do Eu ou que atua sobre ele. O Eu é instituído como a sede real da angústia, que passa a se destacar dos demais afetos. A angústia seria, por sua vez, um sinal emitido pelo Eu a fim de tornar afetiva a instância do prazer-desprazer. Freud atrelará, neste texto, a angústia à ação da castração e do supereu, enfatizando que é a angústia que produziu o recalque e não o contrário.

Contudo, a indicação clínica de Freud (1926/1976) quanto à angústia que parte do Eu é de que, “enquanto dirigirmos nossa atenção para a tentativa de fuga do Eu, não chegaremos mais perto do tema da formação de sintomas (...) este se engendra a partir da moção pulsional afetada pelo recalque” (p. 116). No mesmo texto Freud confere ao sintoma um estatuto destacado da moção pulsional: “O processo mental que se transformou em um sintoma devido ao recalque mantém agora sua existência fora da organização do eu e independentemente dele” (p. 119). O sintoma configura-se como a parte fracassada do recalque, como retorno do recalcado. O ganho secundário embutido no sintoma, confere a esta formação do inconsciente uma função paradoxal, já que ele comparece como uma formação de compromisso entre as representações recalçadas e as exigências defensivas. Em suma, ele constitui-se como aquilo que retorna do recalcado, produzindo uma satisfação inusitada, cuja verdade sobre ela o sujeito nada quer saber.

Inicialmente Freud considerava o trauma como base real do sintoma e o real derradeiro como sendo a castração. Posteriormente, conclui que o trauma é, via de regra, suposto ou inferido, o que o leva à concepção da teoria da fantasia, a partir da qual o trauma se constitui como parte da realidade psíquica do sujeito e fundamento da fantasia. O sintoma é, então, definido como a realização de uma fantasia de conteúdo sexual, ou seja, representa, na totalidade ou em parte, a atividade sexual do sujeito provinda das fontes das pulsões parciais.

Percebemos que, apesar das investigações freudianas sobre a evolução dos sintomas, sobre a escolha e circunstâncias que determinam a eclosão de um quadro neurótico aprofundarem-se sobre o trilhamento da pulsão, bem como no “*quantuum* de excitação” (FREUD, 1895/1976) ou na libido como fator energético, Freud também se dedicou a detalhar as formas de suas manifestações. Essa dimensão Lacan (1966a/1998) identificaria — seguindo as indicações de Clérambault — por meio da expressão o “invólucro formal do sintoma” (p. 70). A apresentação do sintoma se constitui, desde sua descoberta como formação do inconsciente, a partir do que se intercepta entre linguagem e corpo em um

singular momento histórico, ou, em contingência. O invólucro formal do sintoma é parte daquilo que o constitui, porém não pode ser a causa da estrutura, ou seja, não é aquilo que determina um diagnóstico diferencial para o manejo clínico.

O sentido metafórico, à margem da questão do “verdadeiro” da filosofia, será tratado por Lacan (1964/1996, p.25) a partir de seu axioma “o inconsciente é estruturado como linguagem”. Em *Função e Campo da Fala e da Linguagem* (1953/1998), a propósito do sintoma histérico, escreve:

A ambiguidade da revelação histórica do passado não decorre tanto da vacilação de seu conteúdo entre o imaginário e o real, pois ele se situa em ambos. Tampouco se trata de que ela seja mentirosa. É que ela nos apresenta o nascimento da verdade na fala, e, através disso, esbarramos na realidade do que não é nem verdadeiro nem falso (p. 257).

Neste mesmo texto Lacan (1953/1976, p. 260) aponta o corpo como um “monumento” no qual o sintoma histérico está cifrado, demonstrando a estrutura de uma linguagem; uma vez recolhida esta cifra, ela “pode ser destruída sem perda grave”. Mais adiante ele descreve:

O sintoma, aqui, é o significante de um significado recalcado da consciência do sujeito. Símbolo escrito na areia da carne do véu de Maia, ele participa da linguagem pela ambiguidade semântica que já sublinhamos em sua constituição. Mas é uma fala em plena atividade, pois inclui o discurso do outro no segredo de seu código (p. 282).

Frente à prática dos psicanalistas nos anos 50, Lacan (1956-57/1995) aponta a necessidade de retirar a ênfase da análise nas fantasias imaginárias e ressitua o Complexo de Édipo como um mito estrutural e não como uma fase de desenvolvimento. Veremos no terceiro capítulo que o falo, como significante, é destinado a designar os efeitos de significado da metáfora paterna, mas não representa o sujeito. É o sintoma que terá essa função representá-lo. No Seminário 5, Lacan (1957-58/1999, p. 330), chamou de “máscara do sintoma” aquilo que é exprimido, pelo sintoma, como metáfora de uma relação desejante. A ambiguidade da máscara tem a ver com a própria ambiguidade do desejo. O sintoma, portanto, realiza a relação desejante na qual o sujeito se implica, veiculando, concomitantemente, uma realização às avessas.

O avanço no ensino de Lacan promove a patamarização dos registros Real, Simbólico e Imaginário, bem como das estruturas clínicas (neurose, psicose e perversão). Com isso, a acepção da função do sintoma não será a mesma. Isto nos interessa na medida em que o período do ensino ao qual as publicações psicanalíticas que encontramos sobre toxicomania estão referidas, ou seja, período do texto *Clotûre aux Journées d'Etudes des Cartels* - que também nos servirá como ponto principal de articulação teórica, Lacan (1975/1976) confere

outro estatuto ao sintoma, já nomeado como Sinthoma. Vejamos como avançam as elaborações de Lacan revisitando o Complexo de Édipo, a função do pai e o Sinthoma.

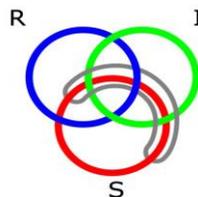
No Seminário 22, Lacan (1974-75/inédito) propõe, já dentro da teoria do nó borromeano, quanto ao atamento do Imaginário, do Simbólico e do Real, que seria preciso uma ação *suplementar*, de uma fita ou roda a mais, “aquele cuja consistência seria de referir-se à função dita do Pai”. Trata-se, pois, de uma resposta que estrutura para o sujeito sua realidade psíquica. Lacan (1974-75, inédito), fazendo referência a Freud:

O que ele chama de realidade psíquica tem perfeitamente um nome, é o que se chama complexo de Édipo. Sem o Complexo de Édipo, nada da maneira como ele se atém à corda do Simbólico, do Imaginário e do Real se sustenta.

Freud concebeu a “realidade psíquica” para explicar a relação do sujeito com a realidade. Lacan (1975-76/2007) localiza nisso o uso do Complexo de Édipo pelo neurótico como ponto de ancoragem, de fixação de uma forma de gozo.

A realidade psíquica sendo o mito de Édipo em Freud é equivalente à lógica da castração, cuja resolução ou formação do Sinthoma será a forma de sustentar a estrutura. É neste momento do ensino que Lacan também elabora a função do pai no Édipo como aquele que só opera por sua *père-version* (homofonia dos termos em francês *perversion* e *père-version*). É preciso que o pai esteja *père*-vertidamente orientado, ou que, portanto, tenha feito de uma mulher um objeto *a* que causa seu desejo. O pai será tomado, então, como uma das formas do Sinthoma e se apresentará como o quarto elemento que sustenta a amarração dos três registros. Nessa dimensão, o pai, ou ainda, as versões do pai constituem de forma singular o elo que o sujeito estabelece para escrever sua forma de gozo.

Figura 7 - Nó borromeano de quatro elementos com reforço no Simbólico (Σ) em cinza.



Nas palavras de Lacan (1975-76/2007):

Digo que é preciso supor tetrádico o que faz o laço borromeano – perversão quer dizer apenas versão em direção ao pai -, em suma, o pai é um sintoma, ou um

Sinthoma, se quiserem. Estabelecer o laço enigmático do imaginário, do simbólico e do real implica ou supõe a ex-sistência do sintoma (p. 21).

Em sua terceira conferência em Roma, conhecida como *A Terceira*, Lacan (1974/2010) retoma a questão do sentido do sintoma:

(...) não é aquele com o qual se nutre para sua proliferação ou sua extinção, o sentido do sintoma é o real, o real enquanto se põe em cruz para impedir que as coisas andem, que andem no sentido de dar conta de si mesmas de maneira satisfatória, satisfatória ao menos para o mestre. É o que não cessa de se repetir para entrar nessa marcha. Eu já lhes disse: é aquilo que retorna ao mesmo lugar (p. 84, tradução nossa⁹).

Extraindo das *Conferências Introdutórias* de Freud (1916-17a, 1916-17b/1976) que o sintoma tem um sentido, Lacan aponta que só se interpreta corretamente quando se toca a realidade sexual. É justamente pelo fato do sintoma já operar um sentido que a interpretação como intervenção do analista não deve ser pelo sentido, mas sim pela via do equívoco, como a função do chiste: provocar o corpo, não sendo metafórico, é o que pode passar na relação com o Outro sem demandar explicação. A verdade trazida à tona pelo sintoma aponta para a falha do saber, fazendo enigma e possibilitando o gozo. O termo “sentido” passa a ser tomado por Lacan como vetor, direção escrita. Assim, neste momento do ensino, a experiência analítica visa a possibilidade de alcançar uma leitura daquilo que é o sintoma como escrita de gozo, pela via do “sem sentido”. A experiência da análise visa, portanto, a redução do sentido para se chegar à identificação do sujeito a seu Sinthoma. Isto porque o Sinthoma não é da ordem da cifra, mas sim situa-se como índice do sujeito, sendo da ordem da letra. Lacan define o sintoma como função de letra, $f(x)$, um signo isolado da cadeia significante, uma letra que designa o gozo. Essa é, para o sujeito, a posição residual ou o seu traço próprio irreduzível a qualquer interpretação. Essa nova acepção das estruturas clínicas permite pensar que o *declínio do pai* seja uma condição lógica de avanço da análise, como empenho do trabalho analítico desde a fundação da psicanálise no início do século XX.

As últimas elaborações de Lacan sobre o Sinthoma ocorrem no momento do ensino no qual os modos de gozo já estão definidos, sendo o Gozo Fálico aquele decorrente da operação da castração, que atesta a não complementaridade entre os sexos. Para Lacan (1974/2010, p. 104), tradução nossa¹⁰) o Sinthoma se constitui como “a irrupção dessa anomalia em que

⁹ Texto original em espanhol: “no és aquél com que se lo nutre para su proliferación o su extinción, el sentido del síntoma es lo real, lo real en tanto se pone en cruz para impedir que las cosas anden, que anden en el sentido de dar cuenta de sí mismas de manera satisfactoria, satisfactoria el menos para el amo, (...)lo real, justamente, es lo que anda mal, lo que se pone en cruz ante la carreta, más aun, lo que no deja nunca de repetirse para estorbar ese andar. Lo dije primero en la forma siguiente: lo real es lo que vuelve siempre al mismo lugar”.

¹⁰ Texto em espanhol: El síntoma es irrupción de esa anomalía en que consiste el goce fálico, en la medida en que en él se expulsa, se despliega a sus anchas, aquella falta fundamental que califico de no relación sexual.

consiste o gozo fálico, na medida em que nele se desabrocha, aquela falta fundamental que qualifico de não-relação sexual”. É sobre este momento do ensino lacaniano que trataremos em especial no terceiro capítulo da tese.

1.4 Reafirmando a démarche metodológica

Finalmente podemos reafirmar que, por questões metodológicas, não tomaremos a toxicomania como objeto de pesquisa ou como *recorte de um campo* a ser pesquisado. Tampouco partiremos da afirmação de que a toxicomania é passível de ser tomada como uma forma de sintoma ou um Sinthoma psicanalítico *a priori*, visto que a irrupção desse desabrochar do Gozo Fálico só poderá ser constatada a partir do momento em que se instaura o Discurso do Analista no qual o sujeito trabalhará produzindo um saber. Nunca poderemos supô-la antes da transferência.

Pretendemos, no terceiro e quarto capítulo desta tese, aprofundarmo-nos na clínica dos equipamentos AD a partir do que encontramos e do que foi veiculado pelo sujeito e que não necessariamente dirá respeito ao recurso ao tóxico ou ao abuso de substância psicoativas. Como marco conceitual bastante utilizado pelos autores consultados, buscamos articular, com destaque, a declaração que Lacan (1975/1976, p. 268) profere em *Clotûre aux Journées d'Etudes des Cartels* a respeito da função da droga na estrutura, o que não significa fazer a equivalência entre tal função e um sintoma, ou de tal função ao suposto encontro suturante entre sujeito e objeto, ou entre tal função e uma classificação nosográfica chamada toxicomania.

A incidência de uma questão dirigida ao analista impõe-nos que não há marcha suficiente de que as coisas andem, como no Discurso do Mestre, ou mesmo, não há exclusão suficiente do sujeito, como no Discurso Universitário ou da Ciência, que anule a emergência do Real. Em outras palavras, mesmo com a oferta de *gadgets* por parte da conjunção entre ciência e capitalismo na tentativa de suturar o sujeito, não é possível um modo de gozo que retire a condição de divisão do sujeito.

Assim, outra premissa fundamental em nossa pesquisa é a de que a psicanálise só poderá avançar e intervir a partir de seu mesmo lugar ou de seu próprio discurso e não respondendo a qualquer tipo de demanda social. Situamo-nos, portanto, no diálogo científico, no lugar de “*validar apenas como uma experiência possível do mesmo*” (DARRIBA, 2013, p. 11, grifo do autor).

2 POLÍTICA ANTIDROGAS E A SEGREGAÇÃO DO GOZO

Como se sabe, a primeira vítima das guerras é a verdade. Na assim chamada guerra às drogas, não tem sido diferente

Leon L. S. Garcia¹¹, 2016

No percurso de nossa pesquisa, ocorreram intensas transformações em nosso país, cuja direção já vinha sendo sinalizada nas políticas públicas de saúde mental havia alguns anos. A clínica dirigida aos agravos em saúde que concernem ao uso prejudicial de substâncias psicoativas (legalizadas ou não) é a que vem, mais declaradamente, sofrendo ataques da onda de retrocesso em alto e bom som. Já a clínica dirigida às psicoses parece carecer de interesse e investimento por parte do Estado e da iniciativa privada, o que talvez fez o retrocesso se materializar no abandono, negligência quanto aos equipamentos da RAPS até chegar à reinclusão dos hospitais psiquiátricos na rede de atenção. Em nossa experiência de dezesseis anos na saúde mental pública pudemos perceber que a resposta social que tenta cernir a linha que separa *loucura* e *sanidade* é bastante inequívoca quanto aos casos originados na seara da psicose: segregação e estigma. Quando a questão envolve o uso de um produto cuja comercialização é extremamente lucrativa, ainda que proibida, ou que envolve cidadãos em capacidade física e mental para construir templos e eleger líderes religiosos, inúmeros outros fatores sócio-políticos intervêm nas políticas públicas de saúde de forma midiática.

A direção que vem sendo oficializada no campo das políticas públicas sobre Saúde Mental, Álcool e outras Drogas¹² é a mesma que já vemos concretizada em ataque às diversas conquistas efetivadas (trabalhistas, previdenciárias e outras) desde a promulgação da Constituição Federal de 1988: a *desdemocratização* (MIGUEL, 2018, p. 4). O impeachment da presidenta Dilma Rousseff ocorrido em maio de 2016 consagrou a derrocada de políticas públicas e direitos conquistados pela população brasileira nos últimos trinta anos: na saúde mental isso não foi diferente. Na intersecção entre clínica e política, as relações entre profissionais e população atendida, bem como as possibilidades de intervenção são profundamente afetadas cotidianamente. É o que pretendemos elaborar neste capítulo.

¹¹ Diretor de Articulação e Projetos da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Cidadania até o ano de 2016.

¹² Caracterização atual da Coordenação Nacional da Saúde Mental no Ministério da Saúde.

2.1 Em alguns anos de experiência

Não é possível tratar da clínica pública destinada à população em uso prejudicial de substâncias psicoativas sem tratar das políticas públicas que estão nos fundamentos que possibilitam ou não essa clínica. Como já bem destacado na Introdução, nossa pesquisa se realiza na intersecção entre a clínica e a política, articulando a experiência vivida às elaborações teóricas em psicanálise. É a partir de nossa experiência nos equipamentos AD que faremos aqui um recorte das relações entre as políticas públicas sobre drogas e a clínica, não pretendendo, contudo, abranger a totalidade da história da política sobre drogas no Brasil.

Trazemos à discussão questões que de fato nos afetaram e seguem nos afetando como psicanalista e como servidora do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES), bem como *pesquisante* no CAPS AD III Mirian Makeba, no município do Rio de Janeiro, a partir da sequência de medidas tomadas pelo Governo Federal, desde o ano de 2010. As medidas intersetoriais buscadas pelo Ministério da Saúde no campo da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas lançaram-nos para o debate e para a busca de efetivação de leis e direitos, que vinham sendo descumpridos, distorcidos e, por fim, violados. A intersetorialidade em saúde mental que, a princípio, significava que a questão das drogas era transversal às várias áreas do poder executivo - saúde, educação, segurança pública, esporte, cultura -, acabou por abrir espaço para que as pressões de camadas mais conservadoras da sociedade efetivassem seu poder por meio, sobretudo, do poder legislativo e judiciário. Devido ao fluente retrocesso das políticas públicas em saúde mental no Brasil, a possibilidade de exercer uma clínica, no campo do uso prejudicial de substâncias psicoativas, tem dependido de nossa busca constante pela garantia de direitos fundamentais contidos na Constituição Federal Brasileira de 1988.

No ano de 2009, a notícia de que a Marcha dos Usuários de Saúde Mental em Brasília era o prenúncio para a chamada do Conselho Nacional de Saúde, enquanto órgão oficial de controle social do SUS, para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental levantou expectativas otimistas nas equipes de técnicos da saúde mental. Trabalhando em Mato Grosso, sabíamos que, em todo o país, a saúde mental pública estava estagnada quanto à efetivação dos propósitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que doravante chamaremos de RPB. Nove anos após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, esse era o momento de reforçar as diretrizes da RPB, ao menos em relação à oferta, em termos de qualidade e quantidade, de equipamentos na rede de atenção substitutiva ao manicômio. Tivemos, assim, a oportunidade de participar ativamente da organização da III Conferência Estadual de Saúde

Mental - Intersetorial de Mato Grosso como fase para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, no primeiro semestre do ano de 2010.

Particularmente, naquele ano, as Unidades de Internação do Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) Aduino Botelho, situadas no município de Cuiabá – MT, receberam inúmeros pacientes com mandados judiciais de internação ou em modalidade de internação compulsória sob a alegação de *dependência química*, sem indicação clínica ou laudo médico. Tal medida do judiciário era caracterizada pelos juizados e seus núcleos psicossociais como um modo de *pena alternativa*, parte de uma *Justiça Terapêutica*. Experimentamos, assim, a inversão completa, por parte do próprio sistema judiciário, daquilo que a Lei 10.216/2001 preconiza ao tratamento em saúde mental. Esta lei, que prevê três modalidades de internação: voluntária, involuntária e compulsória, dá sustentação às diretrizes da RPB e norteia a rede de atenção psicossocial no sentido de dar prioridade aos atendimentos realizados pelos equipamentos abertos, valorizando o âmbito sócio familiar dos usuários. Além disso, no artigo 4º, a Lei prevê que a internação somente deve ocorrer após esgotados todos os recursos extra-hospitalares.

Diante de inúmeras internações compulsórias sem laudo médico ou sem qualquer avaliação psicossocial, a prioridade da equipe das unidades de internação era a de reverter tal obrigatoriedade, que, pela arbitrariedade como era realizada, violava os próprios princípios da cidadania. Era preciso retirar a internação do viés punitivo-penal, em primeiro lugar. Além disso, era necessário resgatar a função específica e não prioritária da internação, ressituando-a como apenas uma das modalidades de intervenção clínica a ser buscada após esgotadas todas as tentativas de tratamento aberto. Somente no ano de 2012, com a expedição do Provimento n. 27/2012 da Corregedoria-Geral da Justiça de Mato Grosso, que visava “disciplinar os atos judiciais relativos ao cumprimento da Lei 10.216, que trata das internações voluntárias, involuntárias compulsórias em casos de transtornos mentais” (MATO GROSSO, 2012), as equipes conseguiram alguma equiparação de voz frente aos mandados judiciais incoerentes e arbitrários.

Em âmbito nacional, no mês de setembro de 2010, o Governo Federal, ignorando as ações apontadas no Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, SUS, 2010) para o avanço da Política Nacional de Saúde Mental, instituiu medidas em relação à política sobre drogas que rompem com os pilares da RPB. Muitas destas medidas estão contidas no chamado *Plano de Enfrentamento ao Crack* ou *Crack: é possível vencer* (BRASIL, 2012), cujas consequências para a clínica discutiremos mais adiante.

Vimos uma série de equívocos dos gestores nas três esferas de governo. Grande parcela do investimento nacional na chamada *política de enfrentamento ao crack* foi destinada para o reforço do policiamento, ações de coerção, contenção, limpeza social e para as instituições de iniciativa privada ou de autoajuda/religiosas, chamadas Comunidades Terapêuticas (CTs). Estas instituições passaram a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), enquanto que os equipamentos dessa rede, baseados nas diretrizes e propostas da Reforma Psiquiátrica, encontravam-se cada vez mais sucateados.

Em Mato Grosso, sustentamos, junto com alguns parceiros, um movimento social que aglutinou boa parte das reivindicações dos movimentos em prol das diretrizes da RPB e da efetivação da Lei 10.216/2001, tentando resgatar o debate em nosso Estado sobre as políticas públicas em saúde mental que, anteriormente, tinha sido capitaneado por grupos de pesquisa da área de saúde mental da Faculdade de Enfermagem da UFMT (OLIVEIRA, 2005). Este movimento social foi chamado de Fórum Intersetorial de Saúde Mental de Mato Grosso (FISM), fundado em outubro de 2010 a partir da iniciativa dos servidores do CIAPS Aduino Botelho, contando com a presença de servidores de saúde estaduais e municipais, professores e alunos da UFMT e outras entidades de ensino, cidadãos interessados e ativistas sociais. O FISM foi fundado, inicialmente, como questionamento à flagrante discrepância das medidas tomadas pelo Governo Federal em relação às recomendações do Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, bem como pela precariedade dos serviços em atenção psicossocial no Estado. Contou com o apoio do Conselho Regional de Psicologia-18 e uniu-se ao movimento social, também criado no mesmo ano em Cuiabá, chamado Comitê em Defesa da Saúde Pública de MT, que militava contra a implantação da gestão por OSs¹³ no Estado. Como militante neste movimento social, participamos de inúmeras iniciativas que por vezes barraram a arbitrariedade das ações dos gestores e parlamentares e, por vezes, incitaram o questionamento da população. Dentre outras ações, trazemos o exemplo de nossa participação, em setembro de 2011, da *4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos* aos locais de internação para usuários de drogas coordenada, em Mato Grosso, pelo CRP-18, levando a audiência pública na Assembleia Legislativa de MT o preocupante resultado encontrado. Ali tivemos a confirmação da força das camadas conservadoras da sociedade, que clamava,

¹³ Organizações Sociais de iniciativa privada gestoras dos serviços do SUS, em pleno funcionamento no estado de São Paulo e Rio de Janeiro.

portando a Bíblia, por mais “clínicas de recuperação que não precisam do ‘diazepan’ para curar, só a palavra de Deus”^{14*}.

Foi no contexto de total precarização das estruturas físicas e manutenção de insumos dos equipamentos do Estado, bem como de desmantelamento das diretrizes da RPB, sob o pretexto de uma resposta à “epidemia do crack”, que passamos a trabalhar na Unidade III do CIAPS Aduino Botelho, em setembro de 2012.

Uma das especificidades de Mato Grosso é que a *droga vilã* no Estado é a *pasta base*, que é um substrato do primeiro processo de refino das folhas de coca, antes do próximo processo que refina esse substrato em pó. Já o crack é obtido a partir do pó da coca dissolvido em água com bicarbonato de sódio. Os dois produtos têm semelhantes formas de uso, de comercialização e de efeitos no laço social, sendo a pasta base ainda mais barata que o crack. Por isso, o programa *Crack: é possível vencer* (BRASIL, 2012) foi socialmente justificado como relevante para Mato Grosso.

No FISM discutíamos o evidente imediatismo dos gestores frente à alocação do Brasil como sede da *Copa do Mundo de 2014*, que desencadeava operações de limpeza social, ignorando quaisquer políticas públicas que visassem a inclusão. Tais operações eram comandadas pela Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos (SEJUDH) em parceria com outras secretarias do município de Cuiabá, inclusive com a força da Polícia Militar. Moradores de rua eram levados dos locais públicos para passar por uma *triagem*, enquanto a SEJUDH expedia imediatamente mandados de internação compulsórias para todos os cidadãos recolhidos, alocando-os nas Unidade I e III do CIAPS Aduino Botelho, bem como em CTs, arbitrariamente escolhidas pelos coordenadores da operação.

Mato Grosso, como um dos Estados da federação sede dos jogos da Copa, foi palco de transformações nos espaços públicos e ações intersetoriais. A parceria buscada pela SEJUDH com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), mais especificamente com o CIAPS Aduino Botelho, entre os anos de 2011 e 2012, visava a internação compulsória generalizada. Sob o pretexto de oferecer tratamento à dependência química, somado à *revitalização* de praças públicas e regiões como a rodoviária da capital, alegava-se a necessidade de retirar a população de rua que lá se instalara. O rótulo de que os moradores de rua eram todos dependentes de *pasta base* tornou a Unidade III e as CTs espaços de aglomeração dos cidadãos que não se adequavam ao convívio urbano idealizado. Em espaços de discussão, ouvíamos juristas reivindicarem medidas a serem tomadas baseadas na separação necessária

¹⁴ Declaração de um interno de Comunidade Terapêutica coordenada pela igreja Assembleia de Deus de Cuiabá na Audiência Pública da Assembleia Legislativa de MT, realizada em novembro de 2011.

entre “suas famílias e viciados prontos a assaltar”*, bem como parlamentares, cuja plataforma de governo estava claramente sustentada por ideais religiosos, reivindicarem doações e isenção de impostos para as CTs comandadas por pastores, como “solução para o problema das drogas no Estado”*. Os trabalhadores de saúde mental enfrentavam incessantemente tais medidas, que representavam o retorno de valores supostamente superados pela extensa luta contra a ideologia manicomial.

Recordemo-nos de que essas ações governamentais não representam nenhuma novidade, mas sim um retrocesso a políticas públicas atuais ao higienismo vigente no Brasil entre a passagem do século XIX para o século XX, até os anos 30. A Psiquiatria, através da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), era oficialmente meio de controle social, como encontramos em inúmeros trabalhos citados por Carvalho (1999). O autor demonstra como as ações públicas de diferentes enfoques como “luta antialcoólica, controle da reprodução e da sexualidade, controle da imigração, noção de nacionalidade, questão racial, assistência a alienados, trabalho terapêutico, educação escolar” (CARVALHO, 1999, p. 133) eram partes da importância estratégica da saúde para o desenvolvimento do modo de produção capitalista no Brasil.

Em âmbito estadual, vimos que a década de conquistas implantadas pela RPB foi completamente ignorada pelos gestores e, em âmbito nacional, constatamos que a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial de 2010 não representou nenhuma intervenção do controle social perante as forças conservadoras representadas no Congresso Nacional do país.

A pressão cada vez maior de setores conservadores da sociedade fez com que medidas coercitivas tomassem a frente das políticas públicas no âmbito das drogas e parece ainda se manter com muita força, inclusive, na Comissão Nacional de Direitos Humanos. Enquanto a *guerra às drogas*, na qual nos deteremos mais adiante, já estava declarada e deflagrada, a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, vinha, paralela e lentamente, pactuando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Sem o devido investimento financeiro ou nenhuma vontade política dos gestores municipais, o espaço da efetivação de políticas públicas inclusivas foi ocupado por profissionais contrários à RPB. A Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas enfrentou inúmeras crises de gestão, passando pela nomeação do ex-diretor de um dos maiores manicômios brasileiros, Valencius Wurch em 2015 e chegando à alteração da portaria 3.088/2011 que subsidia a nova portaria da RAPS de 2017. Neste ano, em dezembro, o retrocesso foi coroado em seu ponto máximo, momento no qual o então coordenador nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Quirino Cordeiro

Júnior, apoiado pela Associação Brasileira de Psiquiatria, pelo Conselho Federal de Medicina e pela Federação Nacional dos Médicos, reinsereu o Hospital Psiquiátrico na Política Nacional de Saúde Mental.

O debate em torno da saúde mental pública brasileira ampliou-se para fora dos limites acadêmico-científicos no ano de 2016, quando, sem qualquer debate, a Secretaria de Atenção à Saúde editou a portaria 1.482 em outubro, que determina a inclusão das CTs no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em meio à discussão do ajuste fiscal que congelou o teto de gastos primários de todas as áreas do poder executivo por vinte anos, a medida ampliou as chances das CTs receberem investimento do SUS. A portaria surge dois meses após a o poder judiciário acatar pedido do Ministério Público Federal (MPF) em suspender os efeitos de uma resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), também subordinado ao Ministério da Justiça. Publicada em agosto de 2015 pelo então ministro José Eduardo Cardozo, a resolução regulamentou o funcionamento das CTs e as classificou como “equipamentos de apoio” dos sistemas de saúde e assistência social. O MPF, aí ainda não se contrapõe à tal medida desde que as CTs sejam definidas como “equipamentos de saúde” e atender a normas específicas como a própria Lei 10.216/2001. Com o aval do MPF, o CONAD, além de usurpar a competência de outra pasta, permitiu que as entidades recebessem verbas federais sem o cumprimento de exigências de saúde. Em um ato inadvertido o MPF, no afã de regulamentar as CTs como se fossem equipamentos de saúde, provocou justamente o desmonte da RPB, já que oficializá-las como locais de tratamento é oficializar o contrário do que a Lei 10.216/2001 veio garantir. Não raro os Ministérios Públicos Estaduais acabam intervindo em inúmeras delas devido a denúncias de trabalho forçado, homofobia, medicação excessiva, participação obrigatória em cultos e rituais religiosos medievais, violação de correspondências, e até abuso sexual.

As forças interessadas nesta forma lucrativa de tamponar a lacuna de investimento na Política Nacional de Saúde Mental lançaram a *Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas*, em 2015, conseqüentemente à aprovação do marco regulatório pelo CONAD. O orçamento de 2016 da SENAD previu o repasse de R\$ 92,2 milhões para CTs de todo o País. Um dos que engrossava o coro da defesa das CTs era o então deputado Osmar Terra, que, após o impeachment, foi nomeado Ministro do Desenvolvimento Social, tomando para si a concretização do retrocesso das políticas públicas sobre drogas de forma intersetorial.

Assim que o Governo Federal editou a medida que confere *status* de estabelecimento de saúde às comunidades terapêuticas, a Confederação Nacional de CTs declarou: “pelos

elementos essenciais que caracterizam a modalidade de CT, as mesmas não são estabelecimentos e/ou equipamentos de saúde, conforme a legislação da saúde” (MELO, 2016). Nas palavras de Ligia Bahia (apud MELO, 2016) “A portaria é um truque para driblar as normas da saúde para a atenção à saúde mental. Pela porta dos fundos estão impondo uma estratégia para financiar as ditas comunidades terapêuticas”.

Mais uma vez vemos o protagonismo do sistema judiciário no rumo das políticas públicas em saúde mental brasileira, desta vez tomado de assalto pelo risco da ambiguidade que comporta o ato do cuidado ou de tratamento ou ideias preventivas em saúde mental. Assim declarou o procurador do MPF Jefferson Dias (apud MELO, 2016):

Nós cometemos um erro grande no passado ao colocar pessoas com transtorno mental em locais inadequados, verdadeiros depósitos de gente. Depois de várias décadas, tentamos consertar isso. Mas estamos cometendo o mesmo erro agora, com as comunidades terapêuticas.

Em Mato Grosso, as Unidades de Internação acabam sendo a espinha dorsal da RAPS, mesmo perante toda a precariedade. Tomando como exemplo o território da capital Cuiabá, que abrange uma área de 3.291 km², atualmente possui apenas um CAPS AD II adulto e um CAPS AD III infanto-juvenil para 580.489 habitantes. Seguindo a Portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011a), a cada 150 mil habitantes deve existir um CAPS AD III, ou seja, é necessário, ao menos, três CAPS AD III adultos distribuídos pelas regiões da cidade. Falta-nos dados, neste momento, quanto às inúmeras CTs que, de maneira totalmente improvisada (sem atender às exigências da ANVISA) ou manipulada por interesses da bancada parlamentar evangélica (que está aliada à bancada ruralista e conservadora), somam-se às secretarias municipais de saúde como parte da RAPS.

Já no município do Rio de Janeiro, a maioria dos equipamentos em saúde mental são gerenciados por OSs, fato que precarizou a relação de trabalho dos técnicos, pois o vínculo empregatício dos mesmos passa a ser de contrato e não mais de concurso, tornando a equipe instável e com alta rotatividade. Para Elia (2015), vulnerabilizar o vínculo empregatício dos técnicos em saúde mental

dissolve vínculos teóricos, ideológicos e éticos que poderiam ligar os profissionais a este campo; além disso a privatização muda a política de saúde mental, deixando a critério das OSs uma série de decisões sobre metas, procedimentos, dispositivos, etc. (p. 80)

Quanto à Portaria de Consolidação aprovada em 14 de dezembro de 2017, servimo-nos da *Nota Técnica sobre a apresentação de dados da RAPS feita pelo Coordenador Nacional De Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas na CIT de Agosto de 2017* (RIO DE

JANEIRO, 2017) para analisar o retrocesso concretizado na garantia de propostas ministeriais de grande investimento financeiro para as CTs (R\$ 120 milhões do Ministério da Saúde em um total de R\$ 240 milhões). Foram ainda, com relação ao financiamento, para os hospitais psiquiátricos R\$ 60 milhões, em detrimento ao orçamento previsto para CAPS e Serviços de Residências Terapêuticas (R\$ 31 milhões), e para os leitos de saúde mental em hospitais gerais (R\$ 78 milhões). A posição da Gerência de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2017) quanto ao investimento da verba na RAPS foi a de que

o financiamento maciço em CTs indica o claro desinvestimento nos CAPS AD III e a indução à implantação de instituições asilares. Entre os serviços elencados na proposta, não há referência aos CAPS I nem aos CAPSi, surgindo um CAPS AD-R com função de atuação junto às cenas de uso, um trabalho territorial que já está implícito nos projetos terapêuticos dos CAPS AD e que é realizado de forma potente por esses serviços. Além disto, a inclusão das CTs na categoria “serviços com fins à saúde”, em conjunto com os SRTs e UAs (serviços habilitados e com critérios de enquadramento técnico de instituições de saúde), abre espaço para que as CTs recebam recursos financeiros públicos sem a preocupação com um projeto técnico, como preconizava a Portaria GM/MS 131/201215.

Além do retrocesso se concretizar na reinserção dos Hospitais Psiquiátricos, na inclusão e alto financiamento das CTs, os técnicos (RIO DE JANEIRO, 2017) denunciam

[...] o “resgate” dos ambulatorios contramão do movimento de promover a integralidade do cuidado nos dispositivos de saúde geral (atenção básica, leitos em hospitais gerais). Isso acaba por discriminar os portadores de transtornos mentais, isolando-os em serviços “especializados”, afastando-os do restante das demandas de saúde, veiculando a visão de que se trata de seres cuja assistência requer um saber específico, uma linguagem dominada por poucos, uma abordagem tutelar que acaba por negar a essas pessoas um espaço de participação social, de autonomia, responsabilidade e direitos humanos.

Todas essas medidas ministeriais foram sancionadas a despeito de qualquer debate com o Conselho Nacional de Saúde, bem como à revelia das reivindicações da população, como a que marcou os trinta anos do Movimento de Luta Antimanicomial no município de Bauru – SP, entre os dias 8 e 9 de dezembro de 2017. No ano de 1987, trezentos e cinquenta profissionais da saúde mental assinaram um manifesto contra a lógica manicomial, conhecido como *Carta de Bauru* (BRASIL, CFP, 2017). Trinta anos depois, o mesmo movimento social reafirma que “uma sociedade sem manicômios é uma sociedade democrática” e acrescenta à luta antimanicomial o ativismo contra “o genocídio e a criminalização da juventude negra, a redução da maioria penal, a intolerância religiosa e todas as formas de manicômio, que seguem oprimindo e aprisionando sujeitos e subjetividades” (BRASIL, CFP, 2017).

¹⁵ Siglas: CAPS I = Centro de Atenção Psicossocial tipo I; CAPSi = Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil; STR = Serviços de Residências Terapêuticas; UA = Unidades de Acolhimento.

O retrocesso nas políticas públicas em saúde mental se soma à chamada *guerra às drogas*, minando a proteção ou garantia da saúde da população. O que prevalece como impacto social é a violação de direitos básicos de cidadania. Ações intersetoriais de caráter proibicionista, que sustentam as atuais políticas públicas antidrogas no país não são respaldadas em debates nos quais dados da produção de saber clínico sobre o encontro entre o sujeito e a substância psicoativa são levados em conta. Pretendemos, portanto, tentar delinear o que vem sustentando tais ações e a que se deve tal retrocesso.

2.2 Proibicionismo *versus* garantia de direitos

Consta, em toda história da humanidade, o uso de substâncias extraídas da flora, para amenizar dores, entorpecer, remediar ou envenenar. O termo droga é extremamente abrangente, cuja etimologia é atribuída à palavra neerlandesa *droge vate*, que quer dizer “produtos secos”. Assim, para além dos medicamentos e das substâncias psicoativas usadas para recreação ou rituais religiosos, o termo droga permeia e confunde-se com toda a história de ciclos comerciais de alimentos, guerras, escravidão e fluxos migracionais entre os continentes (CARNEIRO, 2004, inédito). São consideradas drogas as substâncias que se pode ingerir, muitas vezes como alimento ou não, como bebidas alcoólicas, especiarias, tabaco, açúcar, chá, café, chocolate, mate, guaraná, ópio, quina, assim como inúmeras outras plantas e remédios (CARNEIRO, 2004, inédito). Por este parâmetro de amplo espectro, todos nós somos usuários contumazes de drogas. No entanto, não é este aspecto que nos interessa nesta pesquisa, já que não estamos tratando de questões orgânicas. Precisamos aqui distinguir aquilo que Lacan (1975) chama de “droga” na *Jornada de Cartéis*, das propriedades físico-químicas das substâncias psicoativas.

Na conferência de abertura no *Congresso Internacional sobre drogas - Lei, Saúde e Sociedade*, ocorrido no Brasil de 3 a 5 de maio de 2013, Henrique Carneiro (2013, inédito¹⁶) cita o farmacólogo escocês do século XVIII Willian Cullen, que descrevia o fármaco como agente que encerra em si mesmo o seu contrário, ou seja, a própria farmácia como ciência e a história da farmacologia são marcadas pelo caráter ambíguo dos fármacos e a impossibilidade de descartar a interação entre ele e aquele que o usa.

A noção de efeito *pharmakon*, discutida na filosofia e trazida à psicanálise, designa o uso de algo (não necessariamente uma substância química) com a função de inebriar. Há

¹⁶ Conferência de abertura do Congresso Internacional sobre drogas. Brasília. 2013. Vídeo disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=BG0PDtjDQwo>>. Acesso em 31 jul. 2016.

registros da relação dos filósofos gregos com o *pharmakon* (KOHAN, 2012) como substância que equivaleria a um analgésico utilizado, por exemplo, por parteiras. Desde as notícias de emprego do mesmo na Grécia Antiga, o *pharmakon* pode designar ora um medicamento, ora um veneno, além de poder designar qualquer coisa que inebria, entorpece. O filósofo Jacques Derrida (DERRIDA apud SANTIAGO, 2001, p. 34), tratando de diferenciar a escrita e a fala, apontou o quanto em Platão encontramos a linguagem como *pharmakon*. A ampliação da noção do efeito *pharmakon*, para além do efeito de substâncias sobre o organismo humano, aponta para aquilo que serve como instrumento ao próprio ser falante com a finalidade entorpecente.

Não interessa à psicanálise tratar do efeito anestésico ou inebriante de uma substância, mas sim da intenção auto medicamentosa na relação com os objetos ou do lugar de presença excessiva ou inebriante dos mesmos. Melhor dizendo, não importa à psicanálise que tipo de objeto está em questão em uma relação cujo efeito é o *pharmakon*, já que o instrumento utilizado para produzir o efeito *pharmakon* é singular. Ainda sob a perspectiva da substância como efeito *pharmakon*, Freud (1930/1976) dirá, como veremos adiante, que

os serviços prestados 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 (p. 97).

Freud evidencia que a busca por eliminar o mal-estar inerente ao laço social dá lugar ao *pharmakon*, ou seja, o efeito *pharmakon* é procurado pela maioria dos povos. Como especifica Carneiro (2013, inédito) em sua conferência, “somente as sociedades cujo pacto social se coaduna com preceitos religiosos de imperativo de sobriedade e vigília tentam proibir o efeito *pharmakon* como parte do cotidiano”.

Apesar de nossa clínica não estar focada no caráter físico-químico das substâncias utilizadas para efeito *pharmakon*, nossa prática clínica se exerce no contexto contraditório de proibição de algumas substâncias psicoativas enquanto outras são valorizadas, fomentando grande parcela da economia financeira do país, o que traz consequências no cotidiano de serviços e equipamentos de saúde mental dedicados aos usuários em uso prejudicial de substâncias psicoativas, que chamamos aqui de equipamentos AD. O efeito proibicionista nas políticas públicas sobre drogas dificulta sobremaneira o debate e esconde a lógica de mercado envolvida na legalidade de algumas drogas e ilegalidade de outras. Quando a discussão trata dos problemas decorrentes do abuso de substâncias, aquilo que ganha visibilidade e o que resulta como ação por parte dos gestores está focado apenas na dependência química como

ligada ao funcionamento do sistema do mercado ilegal das drogas, deixando de lado inúmeras questões relativas à garantia de direitos na saúde.

Neste debate não encontramos reflexões, por exemplo, acerca do fato de que o Brasil é o maior consumidor mundial de *clonazepan* (medicamento ansiolítico cujo nome comercial mais conhecido é *rivotril*). Segundo a IMS Health, empresa que audita o mercado farmacêutico no país, e o Boletim Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) da ANVISA (2011), foi entre 2007 e 2010 que o Brasil ganhou o topo mundial no consumo desse ansiolítico. Consta que ele vem sendo prescrito por médicos de especialidades variadas (ANVISA, SNGPC, 2011). Outra questão controversa é a prescrição em massa do *metilfenidato* (conhecido com o nome comercial de *ritalina* ou *concerta*) para crianças e adolescentes. De acordo com a Nota Técnica do SNGPC da ANVISA (BRASIL, 2015), apesar do Brasil não ser o maior consumidor de metilfenidato do mundo, de 2009 para 2013 aumentou a importação desses medicamentos em 300%. Dados da ANVISA apontam para o crescimento de 21,5% na venda do metilfenidato em quatro anos – 2,2 milhões de caixas em 2010 para 2,6 milhões em 2013. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) aponta ainda para estimativas “bastante discordantes sobre a incidência do TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) em crianças e adolescentes de 0,9% a 26,8%” o que significou, no âmbito social, a medicalização da dificuldade de aprendizagem.

O SUS, por meio de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, representou, com a promulgação da Lei 8.080/90 da Constituição Federal, a conquista de uma luta social na tentativa de fazer barreira à força da indústria farmacêutica e às injunções de interesses capitalistas. No entanto, a conquista de uma Reforma Sanitária efetiva necessitaria fazer reger uma ação estatal que “transcenderia as ações operacionais” (MASCARO *apud* ELIA, 2015, p. 75).

A aprovação de uma substância psicoativa é obtida após a submissão a testes de eficiência e estabilização dos efeitos desejados, para início de produção no mercado lícito. De acordo com Torcato et al. (2013, p. ii), “a suposta neutralidade desses testes esconde interesses financeiros da indústria farmacêutica, o que provoca escolhas políticas nem sempre comprometidas com a saúde da população”. O controle laboratorial é sustentado ideologicamente pela crença de que a substância que passa por esses testes é dotada de qualidades intrínsecas, isoladas das “interações com os sujeitos e destes com o mundo circundante” (TORCATO et al., 2013, p. ii). A posição adotada pela psiquiatria é restrita e considera evidências relacionadas a procedimentos medicamentosos, eficácia de abordagens, em sua maioria num recorte limitado de tempo (KIMATI, PITTA & PINHO, 2018).

Servindo-se da teoria dos discursos, discutida no primeiro capítulo desta tese, Vinicius Darriba (2013, p. 10) aponta a quais interesses se destina a divulgação científica e a homogeneização dos saberes, apartados da verdade como causa:

O discurso da ciência, em termos lacanianos, concerne justamente à clivagem entre o simbólico e o imaginário, ao passo que a divulgação científica e sua aspiração ao mapeamento não podem prescindir de um lastro imaginário. Com este, tenta-se promover uma pretensa unificação da ciência, a homogeneização dos saberes no mercado. A redução de todos os saberes a um único mercado exige a obturação da falha em que o discurso da ciência incorre quando de sua escritura lógica. Assim, a divulgação científica pode favorecer a associação da ciência aos interesses do capitalismo, considerando que este se distingue pela rejeição da castração.

Na análise de Darriba (2016, no prelo) sobre a premência dita científica em medir a eficácia de práticas na área da saúde através da inversão da noção metafísica da causalidade pela razão estatística, seríamos obrigados a “mirar na própria formulação do problema”, ou seja, na saúde pública é preciso atentarmo-nos para quem ou a quem servem as pesquisas sobre eficácia, bem como o que agencia a divulgação científica. Não resta dúvida que o que alimenta o controle laboratorial de substâncias psicoativas está baseado na expansão “ilimitada no neoliberalismo, da constituição de espaços de equivalência, de prevaecimento da forma-mercadoria, para a reprodutibilidade do capital”. O autor cita o jurista Alyson Mascaro (apud DARRIBA, 2014, p. 123), aponta que o Estado participa do progresso do capitalismo na medida em que “financia, subsidia e prepara institucional e economicamente a própria majoração dos espaços privados de acumulação”.

Em última instância, sabendo que a indústria farmacêutica, no *ranking* de expansão e lucratividade, já supera a indústria armamentista em todo o mundo, não podemos negligenciar os interesses de mercado que perpassam a legalização e a distribuição para venda livre, ou por meio de prescrição médica, de uma grande quantidade de substâncias psicoativas. Assim como a expansão das privatizações na gestão de equipamentos assistenciais de saúde pública denotam a perda dos princípios de universalidade do SUS e faz com que percamos o horizonte da finalidade do Estado perante o direito à saúde da população. Em suma, nas palavras de Barros e Darriba (2015, p.11), “na etapa da reprodução do capitalismo em que nos encontramos, constata-se a ampliação dos espaços em que vigora a forma-mercadoria, incluído aí o que se designa como saúde pública”.

Em *O lugar da psicanálise na medicina* Jacques Lacan (1966/2001) adverte para a perda da função da clínica frente à pressão capitalista, situação em que o médico é subvencionado por fatores exteriores à sua função, e questiona: “o que o médico poderá opor aos imperativos que fariam dele empregado dessa empresa universal da produtividade?” (p.

14). Eis uma questão que serve aos técnicos trabalhadores de saúde mental como norte clínico, pois o não posicionamento quanto às contradições nas políticas públicas acaba por nos colocar como cumpridores de protocolos contraditórios e como trabalhadores da “empresa universal da produtividade”.

Como vimos, no Brasil, quando o assunto envolve *drogas*, as contradições não se evidenciam apenas na questão da saúde, mas, de maneira mais ampla, na garantia de direitos e cidadania. Segundo Torcato et al. (2013, p. i), enquanto o debate interdisciplinar sobre drogas no Brasil estiver pautado nos pressupostos do proibicionismo, não se romperá o circuito que durante dezenas de anos vem promovendo a perversa “guerra às drogas”, bem como a divulgação de inverdades como motivos para ações políticas. A construção da ideia de “epidemia do crack”, feita com apoio da mídia e da política atual, vem desviando o olhar e a discussão pública, reduzindo questões mais amplas à “questão dos dependentes do crack”, transformando problemas sociais em “problemas alocados dentro do indivíduo descrito como dependente” (TORCATO et al., 2013, p. iii), além de subsidiar o retorno a instituições asilares como protagonistas da RAPS.

Os dados oficiais da Organização Mundial de Saúde, que doravante chamaremos OMS, demonstram que a substância psicoativa que mais se relacionou a danos à saúde pública mundial no século XX foi o tabaco, seguido do álcool. No Brasil, o tabaco é responsável por 9% das mortes, o álcool por 3,2% delas enquanto todas as demais outras substâncias psicoativas juntas são responsáveis por 0,4% das mortes (CRPSP, 2012). A recente pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, com financiamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD), mostrou que a prevalência de uso regular de crack nas capitais brasileiras era de 0,8% da população adulta. Na apresentação do livro *Crack e exclusão social* (SOUZA, 2016) o Diretor de Articulação e Projetos da SENAD Leon Lobo Garcia analisa que a prevalência de uso do crack é muito distante das prevalências estimadas de dependência do álcool, que são de oito a quinze vezes maiores (BASTOS e BERTONI, 2014).

Leon Lobo Garcia (2016) evidencia, com o levantamento do perfil dos usuários regulares de crack nas cenas de uso na rua, informações de fundamental importância que deveriam orientar as políticas públicas. De acordo com esta análise, com 80% de homens na faixa dos 20 e 30 anos, fazendo uso de crack há 6,5 anos em média não é mais possível aceitar a hipótese com a qual se trabalhava anteriormente de que “o crack mata em seis meses” (BASTOS e BERTONI, 2014). Tais análises são recentes e desmistificam o ideário construído há oito anos atrás, evidenciando que as políticas sobre drogas vêm se baseando em

valores morais e em interesses (nem sempre) velados. Negligenciando as causas do que leva uma parcela da população à vulnerabilidade social, com a visada de especulação imobiliária, as políticas públicas encontram nas drogas ilícitas o inimigo social eleito a ser combatido, justificando a retirada da população de rua.

Em conferência proferida no *Debate On Line* promovido pelo Conselho Federal de Psicologia em 2015, Luciana Boiteux Rodrigues (BRASIL, CFP, 2015, inédito) aponta que a repressão às drogas é recente em comparação à existência das mesmas, data do início do século XX. Segundo Rodrigues (BRASIL, CFP, 2015, inédito), a proibição de algumas substâncias no Brasil surgiu a partir de um mecanismo que foge ao que normalmente acontece no Direito Penal, já que as questões que ganham espaço oficial na criminalística em geral surgem do “cotidiano da vivência das pessoas”. Questões geopolíticas estabeleceram o Sistema Internacional de Controle de Drogas nos Estados Unidos da América que impuseram o controle aos demais países. Desde 1912, quando a comunidade internacional criou o primeiro instrumento multilateral de controle de drogas, treze instrumentos internacionais foram adotados. Em outro trabalho Rodrigues (2006, inédito) afirma que o modelo repressivo foi gradualmente reforçado até atingir seu ápice em 1988, com a Convenção das Nações Unidas atualmente em vigor. A lógica imposta desde o início foi uma lógica de guerra, porém o efeito da guerra às drogas é, obviamente, dirigido a cidadãos, e não às substâncias. Quanto à repressão ao tráfico, o modelo constitucional de 1988, elegeu o tráfico de drogas como modalidade considerada hostil aos anseios do Estado Democrático de Direito, na medida em que o equipara aos crimes hediondos. A essa lógica “repressiva, punitiva, autoritária de determinar substâncias que podem ser consumidas e outras não” acopla-se um sistema penal altamente repressivo que tem atualmente no tráfico de drogas seu “grande combustível” (RODRIGUES *apud* BRASIL, CFP, 2015, inédito). De acordo com Rodrigues (BRASIL, CFP, 2015, inédito), é uma lógica contraditória porque demanda um sistema punitivo altamente complexo e caro que visaria, em última instância, apenas reduzir o contato ou afastar as pessoas de determinadas substâncias. Em suas palavras:

quando a Saúde entrega ao Direito (ao sistema de justiça criminal) essa tarefa, é claramente uma tarefa que o sistema de justiça criminal não tem condições de cumprir. Isso implicou no aprimoramento, em termos legislativos do sistema repressivo, mas nenhum resultado efetivo no sentido de proteção da saúde pública. Mesmo assim há um alto grau de aceitação desse tipo de política na nossa sociedade.

Rodrigues (BRASIL, CFP, 2015, inédito) destaca três momentos no país nos quais ocorrem diferentes posicionamentos frente à questão penal sobre as drogas. Em 1968 a lei que versava sobre o assunto equiparava usuários a traficantes, dando plenos poderes ao Governo

Federal (à época, militar) em penalizar o usuário de droga ilícita. Já em 1976 surge uma nova lei diferenciando o usuário do traficante, porém ainda com pena restritiva de liberdade ao usuário. Mesmo com a democratização do país, tal lei não sofreu alterações e vigorou por 30 anos, para somente no ano de 2006 ser substituída. A lei 11.343/2006 institui o funcionamento atual do antigo Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD). A política pública brasileira sobre drogas é comandada pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (Senad), que foi criada pela medida provisória nº 1669, de 1998 e posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto Nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011, tornando-se uma secretaria especial, atualmente chamada SENAD, e prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, além de definir crimes. Rodrigues (BRASIL, CFP, 2015, inédito) comenta que essa lei tenta combinar duas visões: a visão proibicionista e a que reconhece o paradigma da Redução de Danos (BRASIL, 2004a), assim como reconhece o “usuário de drogas como sujeito de direito, capaz de fazer escolhas e não somente como objeto de intervenção”. O pequeno avanço descrito por Rodrigues (BRASIL, CFP, 2015, inédito) como sendo a despenalização do usuário de droga é escamoteado na aplicação da lei justamente pela falta total de clareza da distinção entre um usuário de drogas e um traficante. Rodrigues (BRASIL, CFP, 2015, inédito) revela que, durante os trâmites do poder legislativo, para que o artigo n. 28 da referida lei, que retira a possibilidade de prisão em flagrante do usuário de drogas, fosse aprovado pelo Congresso Nacional, foi feito um acordo com a bancada de parlamentares ligada a grupos conservadores, cedendo à exigência de que se aumentasse a pena mínima para o traficante (de três para cinco anos).

Rodrigues (BRASIL, CFP, 2015, inédito) ressalta que, junto ao proibicionismo embutido na legislação, anexam-se mecanismos que “não são penais, mas que são autoritários e restritivos de direitos como é o caso de internações forçadas e tratamentos obrigatórios”.
Questiona:

Qual é a base ética para esse tipo de política? Quem estuda a fundo ética, direitos humanos, princípios constitucionais encontra sérios problemas nessa política atual, tanto nas medidas de tratamento quanto nas medidas penais stricto sensu.

Orlando Zaccone D’Elia Filho (2007) lembra que o controle social punitivo é mais amplo que o sistema penal. Certas “práticas psiquiátricas (internação à revelia), que se apresentam formalmente como não punitivas”, são exemplos do “relevante serviço” prestado pelo sistema de controle social (D’ELIA FILHO, 2007, p. 29). Na análise de D’Elia Filho

(2007, p.31), este controle social punitivo torna-se cada vez mais eficaz quando se funda na capacidade de intimidação que ele exerce sobre as classes subalternas. Assim, aquilo que se denomina política sobre drogas não elimina o tráfico de drogas em seu “alto escalão” e ainda se configura como uma política de contenção e criminalização de uma camada da população que já se encontra marginalizada. Para Rodrigues (BRASIL, CFP, 2015, inédito), os efeitos da guerra às drogas no Brasil são o aumento da população carcerária, o vazio epistemológico quanto à ilusão de uma *epidemia do crack*, a falta de resposta à população quanto à proteção e à saúde e, o mais grave, a constatação de que o inimigo de tal guerra são os moradores das favelas e periferias. O último *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias* (BRASIL, 2017) revelou que a população carcerária brasileira é a terceira maior do mundo, cuja maioria dos detentos é negra (64% da população) e menor de 25 anos. No total da população, consta que 40% dos detentos não têm condenação. O crime de maior número é o tráfico, caracterizando 30% dos tipos do crime. Não podemos pensar que, assim como nos Estados Unidos da América, a proibição das drogas gera o encarceramento em massa da população negra? **Como falar em uma democracia substancial e efetiva?**

Assim, ao invés de redução da violência e de mortes, temos o aumento do número de homicídios pela defesa de territórios, configurando um cenário típico de guerra. Para coroar a configuração bélica com a qual o Estado trata seus próprios cidadãos, o governo federal decretou intervenção militar no Estado do Rio de Janeiro a partir de 16 de fevereiro de 2018. A justificativa para tal medida fundamenta-se na falta de controle da corrupção do sistema de segurança fluminense no envolvimento com o tráfico de drogas. Cabe aqui uma questão: é possível a garantia de direitos no interior de um Estado que declarou guerra? A instauração de uma guerra não nos convidaria a pensar sobre a noção de Estado de exceção? O ideário do bem-estar social como finalidade do Estado somado ao ideário de guerra às drogas culmina no extermínio de uma parte da população, fracionando o exercício da democracia e camuflando a visibilidade da formulação de uma demanda legítima quanto a alguma questão relativa ao uso prejudicial de substâncias. É possível, enquanto técnicos em saúde mental, trabalhar na saúde pública e não se questionar a respeito disso?

Com Michel Foucault (1973/2001), vemos que a chamada intersetorialidade está na base do controle social e remonta àquilo que se passava na Europa no final do século XIX, continente precursor dos progressos da Ciência no campo da saúde como aliada ao progresso do capitalismo:

Chega-se, assim, à contestação da grande separação atribuída a Montesquieu, ou pelo menos formulada por ele, entre o poder judiciário, poder executivo e poder

legislativo. O controle dos indivíduos, essa espécie de controle social punitivo dos indivíduos ao nível de suas virtualidades não pode ser efetuado pela própria justiça, mas por uma série de outros poderes laterais, à margem da justiça, como a polícia e toda uma rede de instituições de vigilância e de correção – a polícia para a vigilância, as instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas e pedagógicas para a correção. É assim que, no século XIX, desenvolve-se em torno da instituição judiciária e para lhe permitir assumir a função de controle dos indivíduos ao nível de sua periculosidade, uma gigantesca série de instituições que vão enquadrar os indivíduos ao longo de sua existência; instituições pedagógicas como a escola, psicológicas ou psiquiátricas como o hospital, o asilo, a polícia, etc. Toda essa rede de um poder que não é judiciário deve desempenhar uma das funções que a justiça se atribui neste momento: função não mais de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades (p. 85-86).

Quando Lacan (1967, inédito), dirigindo-se aos psiquiatras em formação, provoca a todos sobre o exercício de poder do psiquiatra apontado por Michel Foucault em suas elaborações sobre a loucura e sobre o nascimento do hospital, lamenta que os psiquiatras não se questionem sobre isso. Se tais funções de controle social, como a de “trancar o louco” (LACAN, 1967, inédito) ou trancar o dependente de drogas, ou mesmo a de prescrever drogas lícitas permanecerem como funções relativas à psiquiatria (atingindo todo o corpo técnico interdisciplinar da saúde mental pública), não podemos recuar deste debate ou permaneceremos atores no palco das experimentações com sujeitos, longe de qualquer dimensão clínica.

2.3 Coordenação Nacional de Saúde Mental, SENAD e suas políticas sobre drogas

A partir da genealogia de Foucault (1979/2005, p. 80) revelou-se que a história da loucura e do hospital, na cultura ocidental, confundem-se. E nessa combinação encontram-se também aqueles que fazem uso prejudicial de substância psicoativa, sendo o álcool a substância mais antiga. No século XVIII, antes mesmo do nascimento da psiquiatria como especialidade médica, a Europa adota políticas públicas higienistas e cria o hospital, cuja função não era nada além do que recolher aqueles que estavam à margem da razão ou, simplesmente, os moradores das ruas: loucos, miseráveis, libertinos, devassos, beberrões, etc. Logo em seguida, na época em que o iluminismo e o nascimento da ciência moderna incidem sobre as práticas médicas, esse depósito de marginalizados sociais passa a ser o que conhecemos ainda na atualidade como o hospital (nosocômio), tornando-se campo do saber científico, enquanto que o manicômio nasce de um ato de diferenciação da psiquiatria em relação à ciência médica em geral.

Foi na virada do século XVIII para o XIX que Philippe Pinel, psiquiatra francês, institui o manicômio com o objetivo de tratar a loucura, que deu, então, à psiquiatria o campo

(espacial e, principalmente, ideológico) que delimitaria sua prática, seu saber e seu objeto. Assim, origina-se o *alienismo* e posteriormente a psiquiatria, como a primeira especialidade médica. Com a hegemonia da perspectiva fisiológica, própria da Psiquiatria organicista, o abuso de substâncias psicoativas (na maior parte dos casos, de álcool), era uma questão tomada pelo âmbito da conduta moral e não de tratamento médico. O manicômio estava destinado àqueles casos nos quais já estava definido um rompimento total do laço social ou nos casos nos quais haviam avançado para a demência, imprimindo as mesmas técnicas e condutas aplicadas a outros internos (FERREIRA e LUIS, 2004, p. 211). Daí se conclui que o *tratamento*, sendo do mesmo cunho que aquele empregado aos loucos, não passava de violação de todos os direitos, a começar pela restrição da liberdade.

Como primeiros registros das questões relativas ao tratamento da toxicomania, como uma patologia psiquiátrica, na Europa do início do século XX, encontramos a dúvida quanto à abstinência ser princípio básico a ser exigido. Segundo Gross (apud LE POULICHET, 2012, p. 20), os psiquiatras erram “quando persistem em crer naquela noção de terapia por meio da privação (...) nossos pacientes incorrem no mesmo erro, compartilham essa crença” (tradução nossa¹⁷).

Le Poulichet (2012, p.24), traçando um histórico de como a psiquiatria francesa tomou o tratamento da toxicomania, aponta que neste campo de pesquisa “todos os deslizamentos de ordem conceitual e epistemológica parecem privilegiados”. A primazia da vertente reducionista da Psiquiatria, cujo objeto de pesquisa é o mesmo da ciência médica, ou seja, o organismo, domina a condução das pesquisas, privilegiando a ação da droga como substância no organismo. A autora relembra que somente em 1969 a OMS lança o informe de que a toxicomania é resultado da interação entre organismo e um medicamento. Na análise de Le Poulichet (2012, p. 21, tradução nossa¹⁸) as pesquisas mantêm a falta de rigor epistemológico pela qual a aceção de toxicomania é “definida como uma dependência fisiológica duplicada por uma dependência psicológica”. Segundo a autora (BERGERET apud LE POULICHET, 2012), as elaborações dos psiquiatras a respeito da toxicomania, tentando delinear uma personalidade ou perfil do toxicômano, versam sobre flagelo e sobre o espetacular do fenômeno. Já nos anos 80 começam a surgir elaborações acerca da toxicomania como resultado do modo de vida apontado pela sociedade de consumo, a qual se atribuiria os fenômenos sociais de

¹⁷ Texto original em espanhol: cuando persisten en creer en aquella noción de terapia por medio de la privación (...) nuestros pacientes incurrir en el mismo error, comparten esta creencia.

¹⁸ Texto original em espanhol: definida entonces como una dependencia fisiológica duplicada por una dependencia psicológica.

perda de valores, abdicação dos progenitores cada vez mais sobrecarregados pela rapidez e violência da evolução socioeconômicas (...) A sociedade de consumo aponta-a de maneira direta ao indivíduo segundo um modo que é o do narcisismo primitivamente secundário (p. 23, tradução nossa¹⁹).

Sem uma clínica efetiva sobre o tema, a psiquiatria mantém o mesmo padrão de tratamento do final do século XIX.

No Brasil, a Reforma Sanitária, como efeito da conquista democrática pelos movimentos sociais que deram sustentação à Constituição Federal de 1988, trouxe o modelo ambulatorial como iniciativa para o acolhimento de cidadãos com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Segundo Ferreira & Luiz (2014), os então chamados Centros Regionais de Referência em Prevenção e Tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas tinham atribuições de prevenção, tratamento, epidemiologia e sociologia. Era exigido que estivessem ligados a alguma universidade para, além de prestar assistência, “formar pessoal para o trabalho especializado no atendimento, orientação e realização de pesquisa a respeito do tema ‘drogas’” (FERREIRA e LUIS, 2004, p. 211). A política nacional de guerra às drogas estava afastada das questões da saúde, mantendo-se restrita ao âmbito da repressão ao tráfico de drogas ilícitas, assunto do Ministério da Segurança Nacional.

Na saúde, com o advento da epidemia de AIDS no país, no final da década de 80, houve a necessidade de importar um método vanguardista de evitar a proliferação da contaminação do vírus HIV por meio das seringas compartilhadas. O método da Redução de Danos - RD (BRASIL, 2004a), portanto, oficializou-se como ação em saúde no território nacional desde que atrelado às políticas públicas criadas dentro da Coordenação Nacional de DST/AIDS. De início, os redutores de danos eram pessoas que usavam drogas ou pessoas próximas e familiarizadas com o universo do uso, abertas à linguagem e às dimensões e cultura dessa realidade. Quando este programa começou a ser a semente de uma nova maneira de tratar o uso prejudicial de substâncias psicoativas, para além da contaminação do HIV, os técnicos encontraram inúmeras barreiras.

A iniciativa, em 1989, de distribuir seringas descartáveis aos usuários de substâncias injetáveis do município de Santos-SP foi suspensa por ordem judicial. Em 1995, em Salvador - BA, o Observatório Baiano sobre Substâncias Psicoativas (CETAD Observa) foi o primeiro grupo de pesquisadores a trabalhar somente com o objetivo de reduzir danos aos usuários de substâncias psicoativas. Outros Estados aderiram isoladamente ao método como uma das estratégias de atenção aos usuários de drogas. Em 1998 é sancionada, no Estado de São Paulo,

¹⁹ Texto original em espanhol: la ‘pérdida de los valores’, la abdicación de progenitores ‘cada vez más sobrepasados por la rapidez y la violencia de la evolución socioeconómica (...) la sociedad de consumo apuntala de manera directa al individuo según un modo que es el del narcisismo primitivamente secundario.

a primeira lei estadual que legaliza a troca de seringas. Somente seis anos depois, a RD passa a ser vislumbrada como uma política nacional na *Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, quando lançada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a). Desde o ano de 2004 o Ministério da Saúde não tem enfatizado nenhuma campanha com a diretriz da RD. E a Política Nacional em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas sancionada em dezembro de 2017 está pautada na abstinência e prevenção total do contato com a droga. Para Kimati, Pitta & Pinho (2018, s/p.)

à medida em que o discurso da abstinência como oferta única pelo sistema é incorporado, afastam-se os usuários que se vinculam aos serviços e que, numa dinâmica característica do uso de drogas, abandonam e retomam o tratamento com frequência. Diminuem também as iniciativas municipais de ampliação de acesso através de ações de redução de danos, que deixam também de serem financiadas.

O retrocesso à lógica manicomial está baseado no enfrentamento às drogas, alegando que a RPB é baseada em “ideologia e não em ciência”. Contudo, concordamos com Kimati, Pitta e Pinho (2018) quando afirmam que o uso de drogas não pode ser reduzido exclusivamente a um fenômeno médico.

A categoria psiquiátrica mais associada ao uso de drogas - a dependência química - é insuficiente e limitada para entender fenômenos como o surgimento da “cracolândia”, o tráfico, as relações de poder entre usuários e traficantes. A insistência nessa simplificação perversa tem justificado políticas de reclusão de usuários de drogas em instituições totais e fechadas, e impedido que se desenvolvam efetivamente práticas complexas e intersetoriais de cuidados necessários à reabilitação clínica e psicossocial dos usuários.

De acordo com Andrade (2016),

a redução de danos é uma subversão das normas sanitárias, onde culturalmente nós temos uma política de saúde verticalizada, onde o profissional diz o que é bom e o que não é para o paciente e também uma subversão das normas jurídicas (p. 28).

Para o autor, o choque entre as políticas proibicionistas e o caráter subversivo dos princípios da RD dificultou sobremaneira a construção de um aprendizado com os próprios usuários e, mais radicalmente, “perdemos muitas vidas por uma política que na maioria das vezes não faz interface com a redução de danos” (ANDRADE, 2016, p. 28).

Não será excessivo lembrar que as diretrizes da RPB preconizaram uma profunda transformação social que implicava em ampliar o espaço civilizatório para dar lugar à loucura que não fosse o rechaço e a exclusão. O lugar dos serviços substitutivos ao manicômio conhecidos como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) prometia ser o de transbordamento de uma nova posição em relação à diferença, incluindo em suas ações este germe de transformação social, sustentados pela política pública macro do país. Assim, foi com a

portaria n. 336/2002 (BRASIL, 2004) que nasceram os CAPS AD, com a finalidade de tratar em regime aberto, bem como proporcionar a mudança de posição frente ao usuário e dos mesmos em relação ao mundo. Os CAPS, de um modo geral, no que tange à clínica, foram criados para terem metodologia interdisciplinar a partir da Clínica Ampliada (BRASIL, 2009), diferentemente dos Centros de Referência ligados às universidades. Os CAPS AD passam a ser polo de conscientização dos técnicos, familiares e usuários dos serviços quanto às leis e direitos como cidadãos. No entanto, o Programa de RD foi incorporado pela maioria dos CAPS AD somente como norte clínico, ou seja, exclusivamente no aspecto de que a abstinência da substância não seja uma exigência dirigida ao usuário do serviço, ficando de fora as ações que poderiam proporcionar ativamente formas menos prejudiciais de consumo. Posteriormente, duas importantes portarias foram instituídas pelo Ministério da Saúde no sentido de normatizar as ações de tratamento: a portaria nº 1059 de 04 de julho de 2005 (que determina as ações em RD) e a portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009 que lança o *Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS* e uma direção de trabalho já prevista na cartilha da Coordenação Nacional de DST/AIDS *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (BRASIL, 2003).

Paralela e independentemente dessas ações do Ministério da Saúde, as medidas de repressão ao tráfico de drogas mantinham-se alinhadas aos acordos internacionais. O antigo SISNAD foi criado pela medida provisória n. 1.669 de 1998. Esta medida designava como uma das funções do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República ter como estrutura básica o CONAD e a SENAD. A partir da Lei n. 11.343/2006, como vimos anteriormente, houve, por parte da Justiça Criminal, a incorporação da figura do usuário de drogas como sujeito de direitos e não mais simplesmente como objeto de intervenção do Estado. Mesmo que os parâmetros que diferenciam o traficante do usuário estejam contraditórios na própria lei, o paradigma da política repressiva passa a visar a ampliação da questão, modificando o nome da política de *antidrogas* para *política sobre drogas*. Foi instituído, assim, o SISNAD, ainda fazendo parte do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, com a função de prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelecer normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e definir crimes. Até o ano de 2009, o SISNAD e o Ministério da Saúde não entravam em choque explícito em suas diretrizes a respeito da resposta do Estado quanto ao tratamento destinado ao uso prejudicial de substância psicoativa (lícita ou ilícita).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental incluiu em sua convocatória o termo *Intersetorial* no afã de integrar esforços para além da área da saúde, abrindo o debate sobre o uso prejudicial de substâncias psicoativas para os demais setores da sociedade, fato que acabou minimizando as diretrizes da RPB frente ao domínio do viés policial e coercitivo das políticas públicas sobre drogas no Brasil, sobrepujando a clínica dos equipamentos AD.

O relatório do debate social ocorrido na Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (BRASIL, 2010), elaborado por delegados representantes de profissionais, familiares e usuários de todo o país estava baseado sobretudo no Programa de RD e recomendava o fomento das unidades abertas da saúde mental (capacitações, estabilidade no vínculo de trabalho, salários dignos, condições de trabalho, novos equipamentos da rede como os Consultórios de Rua e as Casas de Apoio Transitório, etc). Porém, em seguida à Conferência, a Presidência da República anuncia medidas de políticas públicas federais sobre drogas oriundas do SENAD/Ministério da Justiça com pontos antagônicos às recomendações dos delegados, bem como antagônicos às diretrizes da RPB. Na realidade, o decreto nº 7.179 que instituiu o *Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e outras Drogas* já havia sido lançado em 20 de maio de 2010, tendo sido modificado pelo decreto nº 7.637 de 08 de dezembro de 2011, contradizendo as diretrizes da RPB.

A atual SENAD somente deixou de ser parte do Gabinete de Segurança Institucional em janeiro de 2011, quando foi relocada no Ministério da Justiça pelo decreto n. 7.426/2011, o que não modificou a característica bélica de suas ações. É ela quem comanda atualmente as políticas sobre drogas no Brasil, ao lado do CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD.

O resultado da intersetorialidade é que, desde 2010, as diretrizes da RPB vêm sendo atropeladas pelas políticas públicas implantadas pela SENAD. Foram destinados investimentos bilionários em armamentos, câmeras, capacitações junto aos Conselhos Estaduais e Municipais de Políticas sobre Drogas, que fomentaram as CTs como resposta rápida de tratamento em nível de internação coordenadas ora por líderes religiosos, ora por ex-abusadores de substâncias psicoativas em abstinência que impõem seu método pessoal de “libertação das drogas”*, ora por grupos de autoajuda que seguem o modelo norte-americano dos grupos de auto-ajuda. Tais estabelecimentos ganharam visibilidade e adesão por boa parte da população que desconhece a RAPS e permanece apartada da possibilidade de avaliar as consequências desse retrocesso político.

Assim, oito anos depois da Coordenação Nacional de DST/AIDS ter lançado a *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*

(BRASIL, 2003) na qual foi feita a constatação de que as CTs “constituíram-se ‘alternativas de atenção’ de caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência”, ou ainda avaliadas como uma “multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência” (BRASIL, 2003), o Ministério da Saúde consolida a internação com foco religioso como parte da política nacional sobre drogas. A ANVISA aprovou a resolução da Diretoria Colegiada n.29 (BRASIL, 2011b), que substituiu a resolução n.101 (Brasil, 2001), propondo modificações para que essa norma se adequasse à realidade das CTs e possibilitando, nesse sentido, a entrada definitiva dessas entidades no SUS. Em dezembro de 2011, as CTs foram oficialmente incluídas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da portaria n.3.088 (BRASIL, 2011a).

Portanto, desde 2010, as vertentes de ideais cristãos puritanos e disciplinadores compõem o pretense científico que agencia o discurso de implementação de políticas públicas sobre drogas em nosso país. Em entrevista à Revista Cult (PERES, 2012), o ex-secretário de Justiça do Governo em 2011, Pedro Abramovay, declara:

Não se pode deixar, por exemplo, que os consultórios de rua virem verdadeiras carrocinhas para carregar as pessoas para as clínicas com o único intuito de esconder a pobreza. Há várias clínicas de reabilitação administradas por religiosos, evangélicos sobretudo. Elas deveriam ser reconhecidas pelo governo? (...)é preciso reconhecer que as comunidades terapêuticas exercem um papel importante e que o Estado talvez não tenha como substituí-las do dia para a noite. Mas isso não significa que o Estado não possa regular de maneira bastante rígida os métodos de tratamento. Não é possível admitir que se dê dinheiro público para sessões de exorcismo de usuários de drogas. E isso, no Plano, precisa ser claramente mais bem regulado do que foi até agora.

Enquanto isso, os equipamentos que nasceram da RPB sofrem o desgaste do desinvestimento financeiro, bem como a substituição da gestão totalmente pública para a parceria com a gestão exercida por Organizações Sociais (OSs), tornando os vínculos empregatícios dos técnicos dos novos equipamentos AD como vínculos de contratação, regidos pela CLT e pela lógica do setor privado, não mais por concurso público.

Roberto Tykanori Kinoshita, à época coordenador nacional de saúde mental, na XIV Reunião do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental, ocorrida em Brasília em março de 2012, afirmou “até aqui na história a questão de álcool e drogas se manteve em *stand by*, por motivos estratégicos, depois de quase vinte anos de luta pela Reforma Psiquiátrica estamos tomando esta questão para discussão” (KINOSHITA apud NICODEMOS, 2013). Interrogamos quais são os “motivos estratégicos” que levaram o Ministério da Saúde a entregar questões relativas ao uso prejudicial de substâncias psicoativas, que em 2001 foram

direcionadas pela RPB a serem pontos de transformação da sociedade através do cotidiano da RAPS, para o campo da repressão e do crime. A luta antimanicomial, iniciada no final dos anos 70 no Brasil até a efetivação da RPB, não nos ensinou o quanto o movimento conservador é forte, fazendo com que tenhamos que estar sempre em positividade e em efetivação das políticas que amenizem a segregação?

Justo no momento em que as forças mais conservadoras do país barravam conquistas em Direitos Humanos, negligenciando o caráter laico do Estado, representantes da Coordenação de Saúde Mental percorriam os Estados brasileiros pactuando uma nova RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), a qual deu primazia à atenção básica e enxugou a função transbordante dos CAPS para a execução de um serviço de atenção especializada. Segundo Elia & Nicodemos (2016, p. 374), o que vem sendo chamado de sanitarismo no Brasil está tomado pela lógica neoliberal e nada tem a ver com os princípios que inspiraram as Reformas Psiquiátrica e Sanitária. Para os autores (2016, p. 373), a RAPS passou a concretizar a burocratização que transformou a potência dos CAPS em que deveria ser a de formadores de relações no território em uma rede de serviços previamente estabelecida, “protocolar e artificial”.

Na mesma direção, Andrade (2016) critica o investimento do Governo Federal na implantação de serviços, enquanto falta investimento nos projetos, programas e políticas. Há entre os dois autores uma divergência quanto à causa da crítica ao modo como foi concebida a RAPS de 2012 a 2017. Andrade (2016, p. 33) considera que políticas específicas ou “de exceção” significam “falta de equidade no sistema de saúde” A política construída foi o que ele considera um “sonho de todos nós”. Para Andrade (2016, p. 34), os percalços da atenção aos usuários de drogas na atenção básica se devem ao fato de que a atenção básica é frágil e totalmente limitada em termos de abrangência. Segundo o autor (2016), um CAPS sem território é

uma unidade de saúde mental ou de atenção ao uso de drogas em condições muito inferiores ao que seria um hospital psiquiátrico (...) muda a filosofia, o funcionamento é diferente. Mas enquanto serviço de saúde, toda vez que é comparado com um hospital psiquiátrico, ele serve de motivo de porrada para as pessoas que são contra a reforma psiquiátrica (p. 39).

Já para Elia & Nicodemos (2016)

a atenção psicossocial jamais foi (...) uma prática exclusivamente sanitária, de cuidado restritivo em saúde. Agenciada pela saúde, ela convoca outros setores (...) Nisso ela converge com a atenção básica, com a qual, contudo, ela não pode concorrer em termos de abrangência social, do financiamento, da democratização e acesso ao cuidado. É preciso manter a atenção psicossocial em sua especificidade (p. 371-72).

Segundo os autores (2016, p. 374), a RAPS concebida em 2012 provocou “a submissão da dimensão psicossocial, excedente da saúde, cultural, social, subjetiva, ao campo medicalizado, modelado e disciplinarizado de um sanitarismo ortopédico”. De fato, a experiência da RAPS desde 2011 não vem trazendo efeitos positivos no âmbito do tratamento ao uso prejudicial de substâncias psicoativas, dada sua fragilidade e desarticulação. Para consolidar o retrocesso, de dezembro de 2017 em diante o hospital psiquiátrico e o ambulatório foram reinsertados na RAPS, por meio da Portaria de Consolidação de 24/12/2017.

Pesquisadores, juristas e profissionais de inúmeras entidades (CFP, Fiocruz, Ministério da Saúde), antiproibicionistas, vêm questionando os ministros da saúde, como no *Congresso Internacional sobre drogas - Lei, Saúde e Sociedade*. Henrique Carneiro (2013, inédito) encaminha um abaixo-assinado ao então ministro da saúde, solicitando seu posicionamento contra a diretriz de internação compulsória em massa. Carneiro (2013, inédito) afirma que os grandes problemas das drogas atualmente são os problemas sociais perversos gerados pela proibição, problemas maiores do que os causados pelo uso da droga. Declara que a política coercitiva permite a ação da polícia sobre jovens de classes baixas e que “quando a abstinência é compulsória os fundamentos da democracia e do estado laico estão comprometidos” (CARNEIRO, 2013, inédito).

Em suma, as grandes frentes de ações do governo federal quanto à questão das drogas têm sido essas: o investimento em armamento e policiamento e investimento em instituições privadas religiosas coordenadas por pastores, padres ou ex-internos, enquanto os equipamentos AD do SUS encontram-se subdimensionados. Quais as consequências deste redirecionamento político da clínica com aqueles que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas? É possível conciliar a prática clínica na saúde mental pública sob a negação de direitos pelo Estado, “invulnerável aos movimentos sociais”? (ELIA, 2015, p. 81).

2.4 Injunções capitalistas e a desresponsabilização do sujeito por seu gozo

Que bases epistemológicas sustentariam políticas públicas que, no âmbito do uso de drogas, após deixar de considerar o cidadão como objeto de intervenção do Estado para considerá-lo sujeito de direitos, preconizam a abstinência do *pharmakon* como ideal a ser alcançado, imputando à substância a causa da vulnerabilidade social e da criminalidade? Trazemos aqui algumas indicações de Lacan, voltadas para a questão do progresso da ciência em aliança com o capitalismo, com base na elisão da verdade como causa.

O ano de 1967 foi particularmente importante quanto às preocupações de Lacan frente aos fenômenos de massa e às relações de poder. Lacan tentou provocar seus ouvintes psiquiatras, bem como os pares de sua instituição psicanalítica, ao menos em três ocasiões entre os meses de outubro e novembro: *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola* (1967a/2003), *Alocução sobre as psicoses da criança* (1967/2003) e *Breve discurso aos psiquiatras* (1967, inédito), para a reflexão quanto às questões do laço social e ao fenômeno da segregação. O momento de tensão social, prévio ao emblemático ano de 1968 no movimento político mundial afetara, inclusive, a transmissão de seu ensino, resultando na posterior elaboração da teoria dos discursos (LACAN, 1969-70/1992).

Como vimos no primeiro capítulo, Lacan (1966/1998, p.875) já tinha, em *A ciência e a verdade*, definido o sujeito da psicanálise como sendo o mesmo sujeito que a ciência produz como seu correlato antinômico. A matematização ou sistematização matemática do saber permitiu que se rompessem as amarras com o conhecimento intuitivo, ou seja, não se recorre mais à percepção para enunciar leis da dinâmica. Neste texto, Lacan (1966/1998) demonstra que o discurso científico produz uma impossibilidade, que ao mesmo tempo a define. O axioma de René Descartes, *Cogito ergo sum* (“penso logo sou”), instaura a dicotomia entre pensamento (*Res cogitans*) e o corpo (*Res extensa*), sendo este pensamento o próprio saber puro da ciência. Assim, o destacamento de um ato pensante ou de um saber científico puro e universal, traz em contrapartida um sujeito correlato antinômico à ciência, o sujeito do inconsciente, cuja verdade está velada. Retomando o que tratamos no primeiro capítulo, tal verdade é aquela que comporta a relação do sujeito com o objeto ($\$ \diamond a$).

A cisão entre um pensamento puro da ciência e um sujeito do inconsciente gera a exclusão do sujeito de seu próprio discurso e, ao mesmo tempo, cria um saber sem sujeito. Aí reside um paradoxo como derivado lógico, impossível de ser operado pela ciência, evidenciando a inconsistência do Outro. Em outras palavras, é a psicanálise quem opera com aquilo que a ciência moderna exclui nesse pretense “pensamento puro e universalizável”, a saber, a relação - sempre singular, jamais universalizável – do sujeito com o objeto. Sujeito este “veiculado pelo significante em sua relação com outro significante (...)” (LACAN, 1966/1998, p. 890), diferente do indivíduo biológico, bem como do humano da compreensão.

Retomando o que foi trabalhado nas diretrizes metodológicas desta tese, a causa formal da ciência não é a verdade. Já para a psicanálise, a verdade é sua causa material. Se a ciência nada quer saber da verdade como causa, seu sujeito do pensamento (ou *Res Cogitans*) é apenas reproduzidor do saber científico, que está apartado da verdade. Os efeitos da reprodução científica apartada da verdade acabam por designar cientificidade a alguns

elementos e não a outros. Como exemplo da atribuição da cientificidade, trazemos o que extrai Darriba (2013) do Seminário 18 de Lacan (1971/2009), a respeito da avaliação de práticas psicoterapêuticas. O saber científico toma a ciência de maneira bastante restrita já que seus operadores não questionam de onde estão partindo para realizar uma pesquisa científica, ou seja, repudiam esse “onde estamos”, fazendo com que a ciência seja “acéfala” ao seu lugar de comando (2013, p. 2). Tal rechaço da verdade como causa material pela ciência produz efeitos no laço social. A importância para nossa discussão sobre o corte efetuado pela ciência é a de que, com ele, instaura-se também o impossível no laço social, que traz desdobramentos quanto àquilo que é segregado no laço social.

Antes de tratar deste processo de segregação propriamente, Lacan (1966/2001, p. 14), um mês depois de definir a *démarche* pela qual nasce a psicanálise em relação à ciência, dirige-se à comunidade médica, reiterando que, ao cumprir o papel de “empregado dessa empresa universal da produtividade” o médico estará subsumido à conjunção entre capitalismo e ciência, não tomando a verdade como causa. Este papel serve bem ao capitalismo, já que o mesmo impossível produzido e não operado pela ciência é também rechaçado pelo capitalismo.

Tomemos cada um dos três momentos de 1967, os quais elegemos para ressaltar o modo como Lacan trata a questão da segregação. Na *Proposição* Lacan (1967a/2003 p.257), propondo a formação dos analistas de sua Escola, inclui o questionamento da posição do psicanalista em sua relação frente à ciência, cuja descrição é a de uma “posição de extrair a verdade que lhe corresponde em termos cujo resto de voz é alocado”. Assim, o que cabe ao analista é o trabalho com a verdade com a qual a ciência não trabalha, ou caberá à psicanálise a reintrodução da dimensão do gozo, rechaçada pela ciência. Há ainda uma radicalidade extraída do corte da ciência no mundo em conjunção aos interesses capitalistas frente à qual Lacan (1967/2003, p.361) convoca a todos à sua responsabilidade: “trata-se de saber como responderemos, nós, os psicanalistas, à segregação trazida à ordem do dia por uma subversão sem precedentes”.

Dirigindo-se, em outra ocasião, aos psiquiatras: “essa dominância do sujeito puro da ciência é o que chega a esses efeitos cujos atores e participantes são todos vocês: reelaborações das hierarquias sociais que constituem a característica de nosso tempo” (LACAN, 1967, inédito).

Lacan (1967/2003) não é otimista quanto ao preço a se pagar pela universalização consequente à ciência, aliada à mercantilização. Quanto mais o modelo de império dá lugar ao imperialismo do capital, mais se apagam as fronteiras geográficas, criando uma civilização

universalizada. Este fenômeno, que conhecemos como globalização, apaga as hierarquias como funções reais, remaneja grupos sociais e faz com que a segregação se intensifique, mas como uma prática velada pela ideia de mal-estar. Em suas palavras, “o futuro de mercados comuns encontrará seu equilíbrio numa ampliação cada vez mais dura dos processos de segregação” (LACAN, 1967a/2003, p. 263), pois instaura-se a questão de como fazer para que massas humanas se mantenham separadas. Eis a função apontada por Lacan (1967, inédito) do *campo de concentração*, como a tradução real da segregação.

Em *Alocuções sobre a psicose da criança* Lacan (1967/2003) convoca a todos para a reflexão sobre a liberdade, que é sempre trazida à discussão, ao menos como pano de fundo, quando se trata de criança, psicose e instituição. De que liberdade se trata? Concorda com Jean Oury no sentido de que o psicótico escapa, no interior do coletivo, à referência de liberdade. Lacan (1967, inédito) aponta o quanto “o louco” desafia essa formação psiquiátrica, burlando a farmacodinâmica e angustiando os profissionais por sua liberdade. O louco não se sustenta em relação ao Outro pelo objeto *a*, trazendo à tona o “absurdo e o magnífico” e fazendo com que a psiquiatria sempre esteja às voltas com a questão da segregação. O louco, em sua radicalidade estrutural, desafia o que se pode segregar e traz à baila o mal-estar apontado por Freud (1930/1976), aquilo que a renúncia pulsional, exigida pela civilização, produz. Trata-se da segregação, que é da ordem do Real, da singularidade ou do modo singular como cada um goza.

A reintrodução dessa singularidade do gozo, em contraponto à sua segregação pela ciência, é de suma importância para a clínica do uso prejudicial de substâncias psicoativas. Trazendo o que Lacan (1967, inédito) indica sobre o desafio que a loucura, como uma das formas de eclosão da angústia, impõe à formação psiquiátrica e às instituições, tomamos o abuso de substâncias psicoativas como mais um promotor do “absurdo e magnífico” que convoca os psicanalistas à pesquisa, bem como a todos os envolvidos na clínica.

Lacan (1966/2001, p. 11), afirmara aos médicos que “um corpo é algo que está feito para gozar, gozar de si mesmo”. Contudo, se a ciência exclui esse gozo com a divisão entre pensamento e organismo (como máquina), o sujeito está longe de saber sobre ele. O que ocorre, a partir do cientificismo e do capitalismo nos laços sociais, é a desresponsabilização do sujeito, sobre seu gozo. Essa operação de retirada da responsabilidade do sujeito sobre seu gozo é o que Lacan (1967/2003, p. 367) chama de posição de “criança generalizada”, posição que fará “a entrada de um mundo inteiro no caminho da segregação”.

Aqui, tomamos a análise de Askofaré (2009) como apoio à discussão proposta por Lacan do fenômeno da segregação. Para Askofaré (2009, p. 346), o tema aparece na

transmissão de Lacan por conta das “problemáticas: laço social e político, instituição analítica e o passe, e o discurso da ciência e a forclusão do sexo e do amor”. O autor elege, para trabalhar o tema, três dos quatro textos de Lacan que nós também elegemos, a saber: *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola* (1967a/2003), *Breve discurso aos psiquiatras* (1967, inédito) e a lição de 11 de março de 1970 do Seminário 17 *Édipo e Moisés e o pai da horda* (1969-70/1992, p. 95). Às problemáticas: laço social e político, instituição analítica e o passe, acrescentamos a advertência de Lacan (1967/2003) quanto à tendência em se incitar a desresponsabilização sobre o gozo contida em sua conferência *Alocução sobre as psicoses da criança*.

Segundo Askofaré (2009, p. 346), a noção de segregação trazida por Lacan deve ser distinguida das ideias de *exclusão* e *discriminação*, trabalhadas pela sociologia e ciências políticas. O autor traz a importante observação acerca da origem da segregação para a psicanálise: a de que esta origem se encontra na própria estrutura lógica do processo civilizatório, a qual é reeditada pela incidência da ciência. Assim, Askofaré (2009, p. 346) diferencia a segregação como *causa*, ou mais precisamente como *princípio* (condição do processo civilizatório), e como *efeito* (da universalização provocada pela ciência moderna).

É através da construção de um mito que Freud (1913-14/1976) compôs a lógica do processo civilizatório que será retomada por Lacan (1969-70/1992) a partir da formalização em matemas e estruturas discursivas, sem palavras.

Relembrando o princípio da constituição da civilização de *Totem e Tabu* (FREUD, 1913-14/1976), trata-se da análise da relação da interdição do incesto em povos primitivos com o processo do Complexo de Édipo. Freud cria uma situação mítica em que existira uma horda primeva na qual um pai poderoso possuía todas as mulheres, enquanto que os homens não possuíam nenhuma. Os homens, filhos desse pai gozador, matariam e devorariam o pai tirânico, colocando fim à essa ordem. O fato de devorarem o pai, em ato de devoração assimilante, faria com que se identificassem com ele, adquirindo parte de sua força. O medo e a admiração pelo pai trariam, então, o sentimento de culpa. Nas palavras de Freud (1913-14/1976, p. 146) “o pai morto tornou-se mais forte do que vivo...o que até então fora interdito por sua existência real foi doravante proibido pelos próprios filhos”. Em outras palavras, os homens criaram uma nova forma de proibição que regularia o gozo de cada um. Organiza-se uma convivência na qual cada homem poderia gozar de alguma mulher desde que esta não fosse sua mãe ou irmã. Um totem em homenagem a este pai é construído, em seguida à culpa e à moral que possibilitaria a fraternidade entre os homens. Deste mito se extrai que é a partir de uma exceção que se forma um conjunto de semelhantes, e é a exceção do pai (não-

castrado) que gozava de todas as mulheres, do mito da horda primeva, que funda o conjunto de homens (castrados) que gozam de algumas mulheres. Além da castração como correlata à interdição do incesto, esta lógica funda, em um só golpe, a coesão do grupo e a segregação daquilo que é exceção ao grupo.

Lacan (1959-60/1998) recolhe em Freud (1895a/1976), no *Projeto para uma psicologia científica*, a experiência primordial do ser falante em relação ao Outro. Tratando sobre a ética e a política, Lacan aponta que todos os motivos morais estão arraigados na experiência do que Freud chamou de Complexo do Próximo ou *Nebenmensch*. É no Seminário 7 que Lacan (1959-60, p. 173) cria o neologismo *êxtimo*, como formulação paradoxal, para designar esse estranhamento do que lhe é mais próximo, “como sendo esse lugar central, essa exterioridade íntima, essa extimidade, que é a Coisa”. Neste momento do ensino este inassimilável *êxtimo* situa-se nas bordas do desejo, ou seja, no horizonte do desejo situa-se uma transgressão do pacto civilizatório, um gozo paradoxal. Dez anos depois, esse gozo tomado como *êxtimo* ao desejo será incluído na estrutura, a partir do que Lacan (1969-70/1992) elaborará acerca do Real e do objeto *a*, com a teoria dos discursos. É por causa do desamparo fundamental ou da impossibilidade de condições na qual todo humano vem ao mundo - o sujeito já se constitui como dependente do Outro - que a experiência de satisfação é suspensa em apelo ao dom do Outro. Este Outro do qual o sujeito depende guarda também o que há de mais estranho e inatingível da primeira experiência de satisfação. O laço social, então, se funda antes na falta de objeto que na disputa dos bens. Esta falta fundamental, que é singular, evidencia a particularidade do desejo de cada sujeito, molda a diferença que o constitui. Os atributos das primeiras experiências de satisfação que, por nunca se realizar, fundam a falta, são de ordem mnêmica, mas reatam algo inassimilável “que é isolado pelo sujeito em sua experiência de *Nebenmensch*” (LACAN, 1959-60/1998, p. 68).

Freud retoma, ao longo de sua obra, o caráter paradoxal do estranho/íntimo ou *êxtimo*, apontando que o estranho/íntimo constitui a civilização e a convivência social. Freud (1919/1976) trata daquilo que desperta horror, mas designa a experiência de proximidade desconcertante, no texto *O estranho*. Já comentando Crawley no texto *O tabu da virgindade*, Freud (1918/1976) traz à psicanálise a noção de “narcisismo das pequenas diferenças”, como o efeito daquilo que nos distingue dos semelhantes. Neste texto, Freud (1918/1976, p. 184) toma de Crawley a noção de “tendência ao isolamento pessoal” para articular o “narcisismo das pequenas diferenças” ao fenômeno da hostilidade, dos sentimentos de estranheza, que impedem o companheirismo e sobrepujam o mandamento cristão de amor ao próximo.

É em *Psicologia de grupo e análise do Eu* que Freud (1921a/1976) irá se deter

longamente na formação social humana, retomando, inclusive o que tratou em *Totem e Tabu* (FREUD, 1913-14/1996). Fica clara a necessidade de laço libidinal entre os membros de um grupo, bem como o amor a um líder, cujos paradigmas de agrupamento são a igreja e o exército. Freud equiva a formação do grupo ao que se passa, do ponto de vista da teoria da libido, no amor e na hipnose, cujo processo de identificação a um ideal é o que une os membros desse grupo, como veremos no terceiro capítulo desta tese. Se a identificação é a causa, a segregação é o efeito imediato à formação deste mesmo grupo, ou seja, para sua formação, o grupo exige também a exceção: hostilidade ao externo diferente. Além disso, mesmo entre os membros é preciso manter uma distância ótima, já que os pormenores de diferenciação geram agressividade e hostilidade. Lacan (1967, inédito), quando retoma este texto de Freud, adverte para o fato de que “não há consciência de massa e sim efeitos de massa”. O efeito da formação grupal, portanto, não é uma consciência coletiva, além de subsumir a singularidade e, com ela, o lugar do sujeito no coletivo. Disso extraímos que a segregação é parte intrínseca da estrutura social e não somente um efeito cujo cálculo pode ser explicado sociologicamente.

No período entre as duas Grandes Guerras, Freud (1930) escreve *O mal-estar na civilização* definindo que a constituição da civilização ocorre devido a uma renúncia à pulsão. O mal-estar encontra-se na inconciliável relação entre pulsão e cultura e pelas dificuldades encontradas no laço social na busca da felicidade. Neste texto Freud aponta três grandes fontes de sofrimento ao ser humano: catástrofes no mundo externo, o declínio do próprio corpo e a relação com o outro, sendo esta última a mais poderosa. Freud (1930, p. 170) demonstra preocupação com o caráter ambíguo no progresso da ciência. Atribui à aquisição do controle das forças da natureza como possibilidade do extermínio do último homem como a fonte de “grande parte de sua atual inquietação, de sua infelicidade e de sua ansiedade”.

Em *Moisés e o monoteísmo* (1939), escrito no auge do nazismo na Europa, cuja maior característica foi o antissemitismo ou o extermínio dos judeus em campos de concentração, é que Freud apontará que o ódio ao povo judeu é paradoxalmente condição da ligação do povo cristão entre si. Retomando a leitura de Askofaré (2009) sobre a segregação como causa e como efeito, encontramos nos textos mais recentes de Freud, portanto, a segregação como fator paradoxal à formação do grupo ou como efeito próprio à constituição da civilização.

Quanto à segregação como efeito, Askofaré (2009) destaca duas hipóteses lacanianas sobre a maneira como o progresso da ciência, aliada ao capitalismo, intensifica a prática da segregação. A primeira leva em conta que o fundamento da ciência foraclui a verdade como causa. Com isto, Askofaré aponta uma série de rejeições concomitantes à verdade, tais como

do sexo, do amor e, então, do Nome-do-Pai. Lembra o que comentamos no primeiro capítulo desta tese, que Lacan, no escrito *A Ciência e a Verdade* (1966/1998, p. 889) afirma que a reintrodução do Nome-do-Pai na consideração científica equivale a reintroduzir a verdade como causa. Com isto, reintroduz-se o sujeito na cena fantasmática, ou em sua relação com o objeto. A segunda hipótese apresentada por Askofaré (2009) refere-se à própria lógica da ciência, que funciona de modo a decompor e classificar os objetos de sua intervenção para produzir o conhecimento sobre, criando e multiplicando classes novas, através de seus especialismos. Para o autor, essa lógica de classificação quando aplicada ao ser falante leva “o verme da segregação” (p. 352).

Qual o papel da psicanálise diante da segregação? Lacan (1971/2009, p. 154) dirá no Seminário 18 que não cabe ao analista a função de denunciar nada. Coube à psicanálise fundar-se a partir da reintrodução da dimensão do gozo. Para Askofaré (2009, p. 353) a psicanálise, em seu viés de “erotologia” (mais do que ética ou terapêutica), tem “chance de pregar peça na ciência e ao seu projeto funesto”. Diante do cientificismo que segrega a singularidade do gozo e do proibicionismo vigente quanto ao uso de drogas, que função tem o analista? Apostamos que seja por meio da clínica que a incidência do discurso analítico provoca a mobilização dos elementos segregados pela ciência.

2.5 Do mito ao discurso: o que se segrega

Desde o início de seu ensino Lacan recorreu à lógica e à matemática de Frege e Russel, tratando dos paradoxos existentes na teoria dos conjuntos. Em se tratando do laço social, Lacan toma o viés utilizado por Freud em *Totem e Tabu* (1913/1976) e utiliza a teoria dos conjuntos para demonstrar que o Pai como exceção à castração, institui o conjunto dos homens. A novidade trazida por Lacan (1969-70/1992, p. 107) no Seminário 17 é que ele compara a exceção à segregação. Em suas palavras:

Só conheço uma única origem da fraternidade (...), é a segregação. (...) Na sociedade (...), tudo que existe se baseia sobre a segregação e a fraternidade em primeiro lugar. Nenhuma outra fraternidade é concebível, não tem o menor fundamento científico, se não é por estarmos isolados juntos, isolados do resto. Trata-se de se ter a função, e de saber por que é assim. Mas, enfim, salta aos olhos que isso seja assim, e fingir que isto não é verdade deve ocasionar forçosamente alguns inconvenientes.

O Seminário 17 de Lacan (1969-70/1992) é aquele que, em nossa pesquisa, norteia o modo como estamos tomando o lugar do analista quanto às questões clínico-políticas apresentadas. É neste seminário que Lacan (1969-70/1992) desenvolve a elaboração da lógica

contida na chamada teoria dos discursos, que esclarece o fundamento do laço social.

Retomando a teoria dos discursos, ela é elaborada por Lacan (1969-70/1992) como uma estrutura necessária ou fundamental às relações, subsistindo sem palavras. Mediante o instrumento da linguagem, instauram-se quatro formas de relações estáveis no interior das quais se inscreve algo mais amplo e que vai muito além de suas enunciações efetivas: "os discursos nada mais são do que a articulação significativa, o aparelho, cuja mera presença domina tudo o que eventualmente possa surgir em palavras" (LACAN, 1969-70/1992, p. 158).

Lacan constrói a formalização do que sustenta o laço social como forma de distribuição de gozo. Trataremos mais detidamente sobre a noção de gozo no próximo capítulo. Para a discussão neste capítulo, trazemos o gozo como elemento em jogo no laço social quando tomamos a segregação em questão. Lacan toma o termo gozo utilizado na jurisprudência, cuja etimologia corresponde à concepção filosófica de Santo Agostinho de *uti frui* ou usufruto de algum bem. Para além da economia dos bens, a ética e a moral trabalhadas por Lacan no Seminário 7 (1959-60/1997), a partir do mito de Antígona e dos parâmetros da Filosofia aristotélica, situavam o gozo como subversão da Lei. O gozo, portanto, neste momento do ensino lacaniano, está situado no horizonte do desejo como paradoxal ou como excesso à dimensão significativa.

Não obstante, a dimensão ética não permitiu o avanço para a elaboração da questão do gozo. Foi preciso que Lacan avançasse, elaborando a teoria dos discursos, incluindo o gozo na estrutura sob a condição de mais-de-gozar. Visualizamos na Figura 1, exposta no capítulo anterior, que é no lugar da produção que se situa esse mais-de-gozar.

Lacan (1969-70/1992, p. 86) partiu da noção marxista de mais-valia para formular o mais-de-gozar. Para ele, é a renúncia ou parcialização do gozo que possibilita diversas manifestações do mais-de-gozar na civilização. No Discurso Universitário (que pode ser visualizado na Figura 4 do primeiro capítulo), a mercantilização do gozo passa a comandar a ordem social e o mais-de-gozar torna-se homólogo à mais-valia. Assim, na conjunção da ciência contemporânea com o capitalismo a produção não é somente o sujeito acéfalo, também a mais-valia. O novo lugar do senhor é ocupado por um outro saber, associado ao ideal onde é tudo contável, fazendo com que o mais-de-gozar e o saber passem a ser contabilizados.

Toda a crítica feita por Lacan quando se dirigiu aos psiquiatras em 1967 é retomada no Seminário 17 (1969-70/1992). Precedendo a teoria dos discursos, Lacan em *Breve Discurso*

aos *Psiquiatras* (1967, inédito, tradução nossa²⁰) alertara:

Se há um dos frutos mais tangíveis, que agora vocês podem tocar todos os dias, do que são os progressos da ciência, isso é que os objetos a correm por toda parte, isolados, sozinhos e sempre prontos para capturá-los na primeira esquina. Com isto faço alusão a outra coisa que é a existência do que chamamos *mass-media*, a saber, esses olhares errantes e vozes brincalhonas, as quais vocês estão rodeados, sem que haja para sustenta-los outra coisa que não o sujeito da ciência, que as transforma em olhos e orelhas.

Tais objetos, Lacan (1969-70/1992, p. 153) os chama no Seminário 17 de *latusas*, que podemos chamar de *gadgets* ou objetos de puro consumo.

Não nos cabe, nesta pesquisa, articular todos os desdobramentos possíveis sobre a elaboração dos discursos. Contudo, tal elaboração funda, no próprio percurso do ensino lacaniano, um marco epistemológico que permite transmitir a experiência analítica de forma a incluir o Real. Portanto, é a partir deste ponto de elaboração da práxis psicanalítica que podemos situar nesta pesquisa nossas questões, hipóteses e proposições.

Retomemos, portanto, o que a chamada teoria dos discursos nos permite pensar sobre o que, no laço social, produz a segregação. Por que Lacan afirma que no princípio de toda fraternidade ou no fundamento de todo discurso encontra-se a segregação?

Apoiamo-nos na leitura de Askofaré (2009) para quem a segregação está, na teoria dos discursos como noção paradoxal. Askofaré traz à baila o próprio avanço de Lacan na análise do mito freudiano do “pai da horda” e a constituição do laço social a partir de uma exceção para a formalização do laço social como discurso. Askofaré (2009, p. 348) enfatiza que a segregação está no fundamento (causa) e no produto (efeito) da estruturação civilizatória. Segundo este autor, o que pode ser formalizado com a teoria dos discursos a respeito da segregação é que

se ficarmos retidos numa leitura apressada do mito, que essa segregação fundamental, estrutural, que Lacan coloca no fundamento da fraternidade, se instaura a partir de uma dupla referência ao significante-mestre, S1, e ao gozo, e se articula segundo um triplo processo: de separação, de isolamento e de concentração. Que ela não seja efeito, resultado ou consequência de um discurso, mas do princípio mesmo de discursos que estruturam os laços inter-humanos se verifica no fato de que todas as formas de organizações humanas que se suportam e se nutrem da ideia de fraternidade – da família a nação – passando pelo clã, a tribo, a raça ou a religião, etc... – não são senão tipos de arranjos em torno de um S1 ou de modos regidos de tratamento do

²⁰ Texto original em espanhol: Si hay uno de los frutos más tangibles, que ahora pueden ustedes apalpar todos los días, de lo que son los progresos de la ciencia, eso es los objetos *a* corren por todas partes, aislados, solitos y siempre listos para capturarlos en la primera vuelta de esquina. Con esto no aludo a otra cosa que a la existencia de lo que llamamos *mass-media*, a saber, esas miradas errantes y esas voces retozonas, por las que ustedes están muy naturalmente destinados a estar cada vez más rodeados, sin que haya para soportarlas otra cosa que (...) por el sujeto de la ciencia que se las vierte en los ojos y las orejas.

gozo que não se põe senão se opondo, que só são o Um devido ao Outro; ou quando o Outro se desvanece, é o Um que se cinde! (p. 348)

Disso extraímos que a segregação não é efeito de apenas um dos quatro discursos, mas ela é efeito DO discurso, como fato de estrutura. Contudo, o Discurso do Analista, cujo agente é aquilo que outrora fora chamado de causa de desejo, dá condições para a produção de novos S1, tendo um saber velado que também condiciona sua operação. Podemos visualizar o matema do Discurso do Analista na Figura 5 do primeiro capítulo desta tese.

Nas palavras de Askofaré (2009, p. 348), a segregação se articula “segundo um triplo processo: de separação, de isolamento e de concentração”, ou seja, ela se articula como o avesso êxtimo da generalização/universalização produzida pela ciência. O agrupamento por rótulos torna a singularidade do gozo uma noção externa à consideração científica atual.

Por essa razão é que necessitamos incluir neste percurso da pesquisa as indicações de Lacan (1967/2003) em *Alocução sobre as psicoses da criança*. Para ele a desresponsabilização do sujeito sobre seu gozo é o que aponta como sinal da “entrada de um mundo inteiro no caminho da segregação” (LACAN, 1967/2003, p. 367). É essa desresponsabilização ou banalização do gozo que o leva a entrever que Freud teria sentido como seu dever “reintroduzir nossa medida na ética através do gozo” (LACAN, 1967/2003, p. 367). A função do analista, portanto, é a de operar com essa dimensão de singularidade do gozo, desatrelando-o do efeito da universalização.

Desta forma nossa aposta é de que a operação do Discurso do Analista, cuja produção é de novos S1, intervenha nos efeitos de segregação produzidos pelo laço social, ressitando o gozo como um ponto coincidente ao lugar do sujeito.

2.6 Por que a guerra?

Diante de uma política pública de guerra, que coloca o Estado veladamente ou parcialmente como Estado de exceção, que elide a verdade como causa, sustentada por produções da ciência aliada ao capitalismo, que segrega o gozo em sua singularidade, o que podemos esperar?

Na resposta à pergunta que Albert Einstein dirige a Freud contida no texto *Por que a guerra?* (1933/1976), encontramos algum otimismo em suas palavras

pode não ser utópico esperar que esses dois fatores, a atitude cultural e o justificado medo das consequências de uma guerra futura, venham a resultar, dentro de um tempo previsível, em que se ponha um término à ameaça de guerra. Por quais caminhos ou por que atalhos isto se realizará, não podemos adivinhar. Mas uma

coisa podemos dizer: tudo o que estimula o crescimento da civilização trabalha simultaneamente contra a guerra (p. 259).

Esta carta, escrita alguns anos antes da Segunda Grande Guerra e do holocausto como marco histórico citado por Lacan (1967, inédito), vemos a esperança de Freud no crescimento da civilização associado à “atitude cultural” e ao “justificado medo das consequências de uma guerra futura”. Contudo, em *O mal-estar na civilização* Freud (1930/1976) já havia constatado que

a humanidade efetuou um progresso extraordinário nas ciências naturais e em sua aplicação técnica, estabelecendo seu controle sobre a natureza de uma maneira jamais imaginada. As etapas isoladas desse progresso são do conhecimento comum, sendo desnecessário enumerá-las. Os homens se orgulham de suas realizações e têm todo direito de se orgulharem. Contudo, parecem ter observado que o poder recentemente adquirido sobre o espaço e o tempo, a subjugação das forças da natureza, consecução de um anseio que remonta a milhares de anos, não aumentou a quantidade de satisfação prazerosa que poderiam esperar da vida e não os tornou mais felizes (p. 107).

Em *O Triunfo da Religião* Lacan (1974/2005, p. 61) admite que Freud não questionou a posição do cientista porque “era tabu para ele”. No entanto, é o próprio ato de Freud, o qual Lacan sistematiza como a instauração do Discurso do Analista, encontrando aquilo que faz girar os demais discursos. Sobre as três ações tomadas por Freud (1937/1976) como impossíveis, a saber, governar, psicanalisar e educar, Lacan encontra no próprio ato de Freud a articulação do campo do gozo. Falando aos jornalistas italianos, Lacan (1974/2005) prossegue:

graças a Freud provavelmente, ninguém sequer sonhou dizer que era igualmente impossível haver uma ciência que tivesse resultados como governar e educar. Apesar disso, se dela podemos ter um pequeno vislumbre, é pela análise (p. 62).

Deste trecho extraímos que, graças ao ato inaugural de Freud, que funda um novo laço social demonstrado por Lacan como Discurso do Analista, pode-se intervir no comando da ciência perante a governabilidade e a educação. Quando Lacan (1969-70/1992) separa o saber e a verdade com a teoria dos discursos, possibilita a verificação de que há ao menos um discurso que é agenciado pelo saber e que elide a verdade do dizer: chamou-o de Discurso Universitário, mas podemos entendê-lo como discurso da ciência aliada ao capitalismo. Perante as três “missões impossíveis” (governar, educar e psicanalisar), o analista está na mais insustentável das posições, já que ele se ocupa com o que não funciona: com o Real. Já a função da religião, à qual Lacan (1974/2005, p. 72) atribui grande poder, está em “apaziguar os corações” quanto à angústia causada por aquilo que a ciência cria. Ou seja, diante dos *gadgets* e reviravoltas produzidos pela ciência, causando perturbações na vida de todos, a

religião precisará dar um sentido, já que ela é “feita para curar os homens, isto é, para que não percebam o que não funciona”.

Diante das notícias de angústia de alguns cientistas frente aos riscos que suas próprias criações podem causar no planeta, ou, nas palavras de Freud (1933/1976, p. 259) do “justificado medo das consequências de uma guerra futura”, Lacan (1974/2005, p. 67) afirma que a religião cristã “é inquebrantável” e mais adiante que “ela encontrará uma correspondência de tudo com tudo. É, inclusive, sua função”. O analista aparece como um sintoma que, caso a religião triunfe em sua missão de mergulhar a humanidade no sentido religioso, “acabarão recalçando esse sintoma”. Consideramos como muito bem-vinda a angústia dos cientistas, e sabemos que a história do hospital psiquiátrico, desde seus primórdios, é marcada pela disputa de espaço entre alienistas/psiquiatras e religiosos (FREITAS, 2004). No século XXI ainda vivenciamos essa disputa por espaço quanto a quem cabe o manejo do comportamento humano: à ciência ou à moral religiosa.

Lacan (1971/2011) reforça novamente aos residentes em psiquiatria a responsabilidade política que lhes cabe, a qual nem a antipsiquiatria pode libertar:

a antipsiquiatria é um movimento cujo sentido é a libertação do psiquiatra (...) não é o melhor caminho porque há uma característica que, de qualquer modo, não se deve esquecer nas chamadas revoluções (...) por querer dizer retorno ao ponto de partida. O círculo disso tudo já era conhecido, mas é amplamente demonstrado no livro intitulado História da Loucura de Michel Foucault. O psiquiatra tem, com efeito, um serviço social. Ele é a criação de uma certa virada histórica. A que atravessamos não está nem perto de aliviar este fardo ou de reduzir seu lugar (p. 15).

Enquanto os cientistas se angustiam, não caberá aos trabalhadores de saúde mental uma posição política mais cômoda. Em *Televisão* Lacan (1973/2003) foi questionado quanto à posição do analista frente aos psicólogos, terapeutas, trabalhadores em saúde mental que, “na base e na dureza, aguentam toda a miséria do mundo”. Sua resposta foi:

aguentar a miséria, como diz o senhor, é entrar no discurso que a condiciona, nem que seja a título de protesto (...) O discurso analítico é o laço social determinado pela prática de uma análise. Ele merece ser elevado à altura dos mais fundamentais dentre os laços sociais que continuam em atividade para nós (p. 516-17).

O que a Psicanálise a partir de Lacan revela é que o saber, revestido pelo Discurso Universitário por uma *libré*, colabora para a naturalização do fenômeno da segregação. Estes fenômenos, segundo Lacan em *Estou falando com as paredes* (1971-72/2011, p. 35), estão “fustigados com termo racismo”. Para Lacan (1971-72/2011, p. 88), o Discurso do Mestre, que sobreviveu por séculos, era lucrativo para todo mundo, até que, por um “deslize” tornou-se o Discurso Universitário, ou melhor, foi solapado pelo capitalismo, cuja formalização

devemos a Karl Marx.

Quanto ao efeito *pharmakon*, a posição da ciência não pode ser declarada, pois elidiu a verdade como causa; tampouco a função da religião, pois é incumbida de dar sentido a tudo, tamponando a fenda pela qual o real irrompe. Trazemos a declaração de Freud (1930/1976) quanto ao efeito *pharmakon* para a psicanálise ressaltando seu caráter atual:

os métodos mais interessantes de evitar o sofrimento são os que procuram influenciar o nosso próprio organismo. Em última análise, todo sofrimento nada mais é do que sensação; só existe na medida em que o sentimos, e só o sentimos como consequência de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado. O mais grosseiro, embora também o mais eficaz, desses métodos de influência é o químico: a intoxicação. (...) Devemos a tais veículos [tóxicos] não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio desse ‘amortecedor de preocupações’, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade. Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determina o seu perigo e a sua capacidade de causar danos. São responsáveis, em certas circunstâncias, pelo desperdício de uma grande quota de energia que poderia ser empregada para o aperfeiçoamento do destino humano (p. 97).

Freud aí deixa claro que o uso de substâncias psicoativas ou a busca do *pharmakon* fará parte da civilização, independente se esta busca é legal ou ilegal. A impossibilidade da completude ou da felicidade que emana do mal-estar como efeito do pacto civilizatório é uma constatação que questiona ações ou políticas públicas autoritárias e repressivas que visem o bem de todos, pois é vedada à humanidade o acesso a esse bem-estar como finalidade. A arte, a religião, a sublimação, a alegria do trabalho intelectual são exemplos trazidos por Freud (1930/1976, p. 93) de construções substitutivas para atenuar a pressão da renúncia pulsional imposta pelo laço social.

Como apostou Askofaré (2009), talvez o viés de “erotologia” da psicanálise seja aquele que nos aponta para um giro discursivo. E isso não é pouco. Lacan (1967/2003), parodiando o conceito heideggeriano de ser-para-a-morte, provoca os psicanalistas questionando se “estaremos nós à altura do que parecemos, pela subversão freudiana, a ser convocados a carregar – o ser-para-o-sexo?”. Em suas palavras:

Toda formação humana tem, por essência, e não por acaso, de refrear o gozo. A coisa nos aparece nua – e não mais através desses prismas ou pequenas lentes chamados religião, filosofia...ou até hedonismo, porque o princípio do prazer é o freio do gozo. É fato que, no fim do século XIX, e não sem uma certa antinomia com a segurança extraída da ética utilitarista, Freud repôs o gozo em seu lugar, que é central (p. 362).

Portanto, se o psiquiatra tem, como sua função social, posicionar-se perante a segregação por seu poder de trancar ou não o louco, o psicanalista tem a reintrodução do gozo

como intervenção no laço social perante a mesma questão.

As últimas pesquisas interdisciplinares sobre o uso do crack, no Brasil, apontam que “a diferença não estava na droga, mas nas pessoas que faziam uso de uma ou outra droga” (SOUZA, 2016). A simplicidade da conclusão não é banal, já que as políticas públicas de guerra às drogas continuam subsidiando inúmeros gestores das capitais brasileiras a recolher à força os moradores de rua para internarem-nos em clínicas ou CTs privadas, sob a premissa de que “o crack gerou uma epidemia”, “os moradores de rua são dependentes químicos e, como tais, são criminosos e não têm demanda de tratamento”*. Ressituar o gozo como central na questão do uso de substâncias psicoativas é uma operação analítica, cuja clínica é campo de produção privilegiado de saber.

O cotidiano dos equipamentos AD são polos profícuos de produção de novos prismas possíveis sobre o laço social, na medida em que suportam, ou ao menos deveriam ser capazes de acolher, aquilo que extrapola o ideal do bem-estar almejado pelas chamadas ciências da saúde. Tomamos aqui a pergunta de Cheibub (2016, p. 158) a respeito da forma com a qual os equipamentos AD podem incidir sobre o tratamento dado ao mal-estar. É com a pulsão de morte, com a repetição, com as “recaídas”, com os danos, que a clínica AD lida cotidianamente. Efeitos que somente o ser falante, nascido na ausência de normatização genética ou no fracasso do comando da razão, experimenta, justamente por ser estruturado a partir da linguagem. O gozo como êxtimo às instituições é um fato de estrutura, sendo que a posição correlata ao analista que propomos é a de desvelar o consumo de drogas como parte do pacto social. Dizendo de outro modo, propomos tomar o uso do *pharmakon* como meio singular de administrar o mal-estar inerente ao pacto civilizatório.

Portanto, se há algum saber por trás das políticas públicas de guerra às drogas, instauremos questões a respeito, a partir da noção de campo suplementar do gozo. Na melhor das hipóteses as políticas públicas vêm tomando a dicotomia normal-patológico do cientificismo como fundamento de ordenação da *polis*. A hipótese mais trágica, não menos provável, é que vivemos em uma democracia dúbia, ou em parcial Estado de exceção, no qual a garantia de direitos está preservada somente àqueles previa e tacitamente escolhidos pelo capitalismo. Sob o pretexto do padrão moral travestido de cientificismo, as políticas públicas vêm impondo a internação e a segregação como única forma de lidar com aquilo que extrapola e atrapalha a marcha do capitalismo. Cabe-nos sobretudo interrogar e intervir na formação de pequenos *campos de concentração* urbanos.

3 A POSIÇÃO DO ANALISTA INTERROGA A *TOXICOMANIA*

Na verdade, os homens não podem subsistir com a escassa satisfação que podem obter da realidade. ‘Simplesmente não podemos passar sem construções auxiliares’, conforme disse, certa vez, Theodor Fontaine.

Freud, 1916-17b/1976

Tomamos o postulado de Zafiroopoulos (1994, p. 17) para afirmar que uma das premissas que sustenta nossa tese é a de que “o toxicômano não existe”. Trabalhar com o sujeito do inconsciente não coincide com o trabalho a partir das psicopatologias ou sintomatologias previamente supostas, na medida em que o sujeito com o qual opera a psicanálise não possui predicativo ou adjetivo. Considerando a metodologia psicanalítica, sobre a qual detivemo-nos no primeiro capítulo desta tese, a qual se fundamenta no Discurso do Analista, cujo agenciador, ou lugar do analista, não é o daquele que pressupõe a demanda que irá ao seu encontro ou daquele que trata de psicopatologias previamente denominadas. É inevitável considerar a necessidade de suspendermos ou questionarmos-nos quanto a algumas premissas encontradas em torno deste tema.

O ato toxicomaníaco nunca pôde ser configurado como um quadro que especificaria uma estrutura clínica na história da psicanálise. Porém, os psicanalistas, como parte da *polis*, respondem por seu modo de intervenção frente às questões que se apresentam como demandas específicas, convocados à pesquisa. Tanto em Freud como em Lacan as referências ao uso de álcool ou drogas não se ancoram no que a psiquiatria convencionou chamar de *dependência química*, mas apenas na entrada das substâncias na economia libidinal ou na relação objetal do sujeito.

Como já dito, para fazer operar o Discurso Analítico no âmbito de um trabalho multidisciplinar em uma Unidade de Internação para *dependentes químicos*, tomamos a mesma posição daquela tomada no consultório particular: cada caso é como se fosse o primeiro, colocando em suspensão todo o conhecimento, porque o que deve surgir em uma análise são os significantes que representarão o sujeito para outro significante.

Na prática clínica em saúde mental, há grande diferença entre o diagnóstico psiquiátrico nos casos de uso de substâncias psicoativas em relação ao que se considera como *dependência química stricto sensu*, o que possibilita, dependendo da condução clínica da equipe, projetos terapêuticos diversificados. Como forma de critério clínico de diagnóstico

diferencial em psiquiatria, a *dependência química* somente se corrobora a partir da constatação, no quadro clínico, da *síndrome de abstinência* (reações orgânicas, emocionais e cognitivas à falta da substância), o que determinaria uma irreversibilidade do quadro ou a impossibilidade do dependente voltar a ser apenas um usuário recreativo da substância em questão. Porém, não é raro encontrar pacientes que outrora foram dependentes de derivados de cocaína passarem a ser abusadores somente do álcool, contrariando a irreversibilidade da dependência química.

Mesmo a indústria farmacêutica refere *efeito placebo* em mais de 30% dos pacientes submetidos às pesquisas sobre novos medicamentos a serem lançados, ou seja, leva em conta que o sucesso da substância ativa pode ser devido não a esta, mas sim ao efeito placebo da mesma. Portanto não é possível, nem mesmo à ciência natural, a partir de seu método pretensamente neutro e subjugado às leis da física e da química, estabelecer a generalização de que *uma vez dependente químico, para sempre dependente químico*. Em outras palavras, não é possível separar o efeito exclusivo de uma substância química no ser falante. Além disso, também é preciso levar em conta que o uso de substâncias psicoativas não necessariamente inclui o caráter tóxico das mesmas. A toxicidade de uma substância não é total; ou seja, consumida em determinada quantidade ou em certa condição fisiológica, ela não necessariamente é tóxica, assim como sua toxicidade nunca poderá ser generalizável para todos. Bem como, nem o mesmo corpo afetado pela mesma substância terá sempre as mesmas reações. Em nossa clínica, não verificamos em nenhum usuário de pasta base o fenômeno chamado pela psiquiatria de *tolerância* (DIEHL, LARANJEIRA & CARNEIRO, 2011), que se refere ao aumento da quantidade de substância consumida para obter o mesmo efeito psicoativo. Em nossa clínica, cada paciente ouvidor definia seu próprio modo de consumir a substância, o que corrobora com a declaração oral de Carneiro (2004, inédito) de que a singularidade do encontro entre sujeito e substância, no momento do consumo, inclui todos os fatores em jogo na vida do sujeito consumidor.

Como expusemos nos capítulos anteriores, a psicanálise não se inscreve no terreno das ciências da saúde, nem mesmo das humanas. Isso significa que o corpo marcado pelos efeitos de determinada substância só nos interessa na medida em que tais marcas fazem parte de um enodamento discursivo no qual é preciso situar a posição na qual o sujeito do inconsciente se lança no laço social com um corpo que goza. Nos primórdios da psicanálise, Freud (1888/1976), ainda neurologista e não psicanalista, supunha a origem orgânica da libido, como se ela fosse uma substância secretada endogenamente, tornando-a potencialmente causadora de toxicidade. Até que Freud, seguindo fielmente as diretrizes fornecidas por seu

próprio campo clínico, abandonou essa premissa, fundando a psicanálise com sua própria démarche epistemológica, a saber, a de que o corpo do qual trata o psicanalista é o corpo erógeno, marcado pela linguagem e pelo desejo, é o corpo cujas afecções não obedecem às leis da física e da química.

A função do significante tomada em trabalho pelo analista, articulada por Lacan no Seminário sobre o “avesso da psicanálise” (1969-70/1992, p. 65), é demonstrada no matema do Discurso do Analista como:

Figura 8 - Discurso do Analista e a clínica

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

Qualquer saber prévio está abaixo da barra, não serve ao ato analítico, já que este não se constitui como a aplicação de um aparato teórico-técnico a ser aplicado na experiência analítica. O Discurso do Analista coloca o Real como o próprio agenciador do discurso e a proposta feita ao sujeito, como única regra ou regra fundamental da psicanálise, de que associe livremente, também fica demonstrada no matema, posto que o sujeito se encontra no lugar de trabalho para produzir novos S1.

Se o discurso fosse agenciado pelo próprio S1, estaríamos no laço social orientado pelo Discurso do Mestre, como vimos. Tratar um toxicômano ou tratar a toxicomania como S1 que supostamente comanda a vida de um sujeito, é, por exemplo, operar o Discurso do Mestre como laço social, e não o Discurso do Analista. Portanto, no Discurso do Analista não é possível corresponder imediatamente a cada categoria nosográfica da psiquiatria, nem mesmo a nenhuma demanda social de controle e adaptação da população. Isto não significa que a psicanálise nada tenha a dizer sobre o uso ou o uso prejudicial de substâncias psicoativas como fenômeno clínico ou como dado da realidade que permeia as relações. Ao contrário, este tema parece bastante instigante à comunidade psicanalítica atual, gerando inúmeros núcleos de estudos específicos, sobre o nome de *toxicomania*.

Não nos é possível em nossa pesquisa engrossar o coro das pesquisas sobre *A toxicomania*, como fenômeno em si, pois não foi este o efeito de nosso encontro na clínica dos serviços de saúde mental destinados ao tratamento de dependentes químicos (que doravante chamaremos de equipamentos AD da RAPS). Contudo, para sustentar essa hipótese ao ponto de se tornar uma tese, é preciso analisar postulados prévios e tentar cernir alguns outros, estes sim concernentes à clínica na qual nos submetemos como analista. Antes de

poder supor qualquer hipótese que articulasse a clínica na qual estávamos inseridos, foi preciso consultar as investigações de psicanalistas contemporâneos a respeito do tema. O que marcamos como postulado de nossa tese é que o ato de se drogar ou se entorpecer, isolado, não pode, por si mesmo, indicar nada previamente na clínica. É a partir da convocação da palavra do sujeito a se tornar responsável por sua fala, por seu desejo, que a intervenção analítica se faz possível, lembrando sempre que o desejo não pode ser dito diretamente, mas que é dito sempre entre os significantes. Portanto, não é possível circunscrever a repetição ou o excesso naquilo que o sujeito encadeia em sua própria estrutura, sem que tal circunscrição seja feita no campo transferencial da experiência analítica.

A propósito de nossa experiência clínica, é dela que também se origina a segunda premissa de nossa tese: independentemente de quaisquer qualificações psicológicas, sociais ou orgânicas apresentadas pelo contexto dos casos atendidos na Unidade III, encontramos sim demanda de escuta e trabalho por parte de sujeitos cuja história de vida foi, em algum momento (e pode continuar sendo), atravessada pelo abuso de substâncias psicoativas. A despeito da suspeita de alguns profissionais da equipe, que, como vimos, recebia a maioria dos pacientes como se fossem cidadãos para quem o tratamento era obrigatório ou cidadãos que não queriam tratar-se, os próprios pacientes nos procuravam pedindo para serem ouvidos e traziam suas questões de ordens diversas. A demanda de cada sujeito veio corroborar a primeira premissa de que nossa clínica, como psicanalista, não está, em última instância, endereçada a um suposto *sujeito toxicômano*, mas sim ao sujeito do inconsciente.

A partir da oferta de escuta, foi possível acolher cada caso e perceber que não podemos afirmar que, caso haja dificuldade ou mesmo impossibilidade no estabelecimento de transferência, tais impasses sejam decorrentes do uso ou dependência de alguma substância ou mesmo por uma forma de gozo comum aos abusadores de substâncias psicoativas. Do pedido destes homens em tratar de alguma questão, também derivou a noção de que, não importa o modo de relação que o sujeito estabeleça com os objetos ou seu modo específico e singular de gozo, a estrutura garante a cisão. Em outras palavras, nada anula a *Spaltung* originária, efeito do encontro do ser com a linguagem. Nenhuma experiência em vida poderá eximi-la como se fosse possível o alcance de um gozo absoluto.

Sustentando nossa prática a partir do desejo do analista, a advertência cotidiana que nos serve para operar o discurso do analista é a assertiva lacaniana de que “a resistência é sempre do lado do analista” (LACAN, 1958/1998, p. 601). É possível não recuar e, em contrapartida, tomar a transferência da forma como Freud a instituiu: como uma das faces da resistência, ou seja, é pela operação contingencial significativa que a resistência não se estanca

na impossibilidade. Consideramos, portanto, os impasses da clínica como novidades que nos impulsionam ao trabalho possível, a partir do ensino lacaniano. Desta forma, não encontramos em nossa experiência clínica a confirmação de que a toxicomania ou o ato de se drogar em si vem a ser um sintoma, ainda que em uma *nova forma*, ou venha a ser uma forma de gozo específica. Assim como não podemos corroborar com a premissa de que, nos casos em que há abuso de substâncias psicoativas a transferência não se estabelece, ou com a ideia de que o recurso ao tóxico não constitui trabalho analítico no sentido da pergunta ou do enigma (SANTIAGO, 2001, p. 190) como sendo esta a dificuldade de estabelecimento da transferência. O que vemos em nossa clínica é que há muitos fatores na relação do sujeito com o Outro além do “recurso ao tóxico” que podem ou não se constituir em uma questão a ser trabalhada. Mantemos a direção clínica de que a resistência está do lado do analista.

Tomaremos o mesmo ponto do ensino lacaniano do qual partem a maioria dos textos psicanalíticos orientados pelo tema da toxicomania, para articular a clínica psicanalítica no contexto do trabalho multidisciplinar dos equipamentos AD. Trata-se da conhecida passagem contida em uma conferência de Lacan no encerramento da *Jornada de Cartéis* (1975/1976, p. 268) de sua Escola, sobre a função da droga na estrutura. Lacan falava da importância do caso do *Pequeno Hans* (FREUD, 1910/1976) e o texto *Cinco Lições de psicanálise* (FREUD, 1910a/1976) para nos mostrar a relação entre a angústia e a descoberta do pequeno-pipi, além de descrever o menino como “casado com seu pinto”. Justo aí, Lacan (1975/1976, p. 268, tradução nossa²¹) nos indica que a função da droga é romper com este casamento. Em suas palavras:

A angústia é muito precisamente localizada em um ponto na evolução destes pequenos humanos. Este é o momento em que um menino ou uma menina percebe o quê? Percebe que ele se casou com seu pinto (...). Tudo o que permita escapar desse casamento é, obviamente, bem-vindo, daí o sucesso da droga, por exemplo; não há outra definição da droga que esta: é o que permite a ruptura do casamento com o pequeno-pipi.

Retomando o contexto ao qual se referia Lacan (1975/1976) nessa Jornada, um pouco antes deste trecho, ele fez uma pequena digressão sobre o assunto em pauta – o tema do cartel para a Escola de Psicanálise. Lacan traz a questão do que se faz em uma análise: “uma espécie de irrupção do privado para o público” (1975/1976, p. 267, tradução nossa²²). Segue dizendo:

²¹ Texto original em francês: L’angoisse, c’est très précisément localisé en un point de l’évolution de cette vermine humaine, c’est le moment où un petit bonhomme ou une petite future bonne femme s’aperçoit de quoi ? S’aperçoit qu’il est marié avec sa queue.(...) tout ce qui permet d’échapper à ce mariage est évidemment le bienvenu, d’où le succès de la drogue, par exemple ; il n’y a aucune autre définition de la drogue que celle-ci : c’est ce qui permet de rompre le mariage avec le petit-pipi.

²² Texto original em francês: une sorte d’irruption du privé dans le public. (...) grâce à la castration dont l’analyse

“é graças à castração cuja análise é feita para evocar a dimensão desde Freud”, que a “indecência” que poderia surgir nisso desaparece. Mais adiante ele pergunta: “toda a questão é a seguinte: extrair da castração um gozo. Isso seria o mais-de-gozar?” (1975/1976, p. 268, tradução nossa²³). Segue sua conferência falando da dificuldade em se introduzir um “ser pensante no real”, já que nisso muitas coisas vão junto e “congestionam” a ideia de vida, por exemplo. Segundo ele, a morte é imaginária e só temos certeza dela por conta dos cadáveres e das imagens, às quais a igreja católica se utiliza a partir da categoria do belo. Relaciona o cadáver e a castração como aquilo que nos traz prazer, pois nos ampara a lidar com a morte, e nos liberta da angústia.

“A castração de que nós mesmos percebemos que é um gozo, por que é gozo? Nós o vemos muito bem, é porque nos liberta da angústia” (LACAN, 1975/1976, p. 268, tradução nossa²⁴). Depois desta digressão, pergunta: “o que é angústia?”. Fazendo referência ao caso do “Pequeno Hans”, relembra que há uma relação perturbadora quando a criança se depara com a ameaça de castração. É a partir da operação da castração simbólica que aquilo que está interdito para a criança é a relação incestuosa, e seu pequeno-pipi, o falo imaginário, estará “grudado como um pinto” (tradução nossa²⁵) para sempre, separando o corpo-órgão deste gozo operado pelo falo como significante. Lacan também diz que na menina a “aflição” relacionada à castração é em referência ao pequeno-pipi. Aí então, indica que qualquer coisa que possa suspender essa “aflição”, rompendo esse casamento com o pinto, é bem-vindo. E, então, profere a célebre frase: “Não há outra definição de drogas que esta: é o que permite a ruptura casamento com o pequeno-pipi” (LACAN, 1975/1976, p. 268, tradução nossa²⁶). A droga, portanto, entra como instrumento para tentar suspender os efeitos paradoxais da castração: se por um lado a castração traz a regulação do gozo (o Gozo Fálico), por outro, o pequeno-pipi estar grudado ao corpo e agir como se fosse autônomo, traz angústia.

Um primeiro passo para nossa presente investigação é o de situar em que consiste este “casamento com o pequeno-pipi”, tomando o “pequeno-pipi” como o falo. Disso decorre outras questões a serem situadas sobre os efeitos operados pelo falo na estrutura e por qual motivo este “casamento” é perturbador. Já podemos nos adiantar em refletir que, se o

est bien faite pour évoquer la dimension depuis Freud, grâce à la castration, cette indécence disparaît.

²³ Texto original em francês: Toute la question est donc celle-ci : tirer de la castration une jouissance, est-ce que c'est ça le plus-de-jouir ?

²⁴ Texto em francês: la castration dont nous-mêmes arrivons à nous apercevoir que c'est une jouissance, pourquoi est-ce que c'est une jouissance ? On le voit très bien, c'est parce que ça nous délivre de l'angoisse.

²⁵ Texto em francês: avec sa queue.

²⁶ Texto em francês : il n'y a aucune autre définition de la drogue que celle-ci : c'est ce qui permet de rompre le mariage avec le petit-pipi.

casamento do sujeito com o falo é o efeito estrutural correlato à castração, a tentativa de romper com este casamento não pode ser indicação de um sintoma a ser extirpado. A forma como cada qual lida com a angústia diz da forma como se estabelece a estabilização estrutural, que se faz de modo inventivo e singular.

Observamos, também nesta indicação de Lacan sobre a função da droga, a frase anterior nos indica que “tudo o que”, ou seja, “qualquer coisa” que permita escapar desse casamento com o falo é bem-vinda. A droga seria apenas uma delas e, para Lacan, ela parece ser bem-sucedida. O que devemos levar em conta é que a droga é apenas um dos instrumentos possíveis para o rompimento com este casamento. Instrumento bem-sucedido, mas não o único. Como descrito no capítulo anterior, o efeito *pharmakon* aponta para aquilo que serve como instrumento ao próprio ser falante com a finalidade entorpecente. Eis um efeito, tratado desde a filosofia grega, como efeito de linguagem (KOHAN, 2012). O efeito *pharmakon*, portanto, pode ser alcançado pelas diversas formas de relação objetual, às quais exemplificamos como a relação com a comida, com os jogos de azar, com o sexo, com objetos de consumo ou de inúmeras outras formas. Em outras palavras, o efeito *pharmakon* independe de seu conteúdo substancial ou de seu valor monetário ou social, pois estamos tratando do corpo erógeno, do corpo como corpo de gozo. Tratamos da relação do sujeito com o objeto como efeito de sua relação com a linguagem.

A psicanálise, longe de ser uma prática da subjetividade, sempre tomou o corpo como parte dos efeitos de seu encontro com a linguagem. Foi justamente a partir do desacordo entre os fenômenos apresentados no corpo pelas pacientes histéricas e a fisiologia do organismo humano que Freud foi obrigado a criar aquilo que ele chamou de *metapsicologia*. Em insistente anseio por descobrir a causa da histeria, interroga-se a respeito da “formação de um excesso de excitação no órgão psíquico” (FREUD, 1916-17c/1976, p.453). Considera, então, a neurose histérica como a manifestação de um excesso resultante, provavelmente, de uma *intoxicação*. Freud conserva, entretanto, sob a forma de enigma, a referência a processos tóxicos que constituiriam o fundamento de toda sexualidade, supondo a *toxina única da libido*, ideia que destituirá posteriormente.

Por imposição da própria clínica, Freud renuncia a essas primeiras formulações correlatas à Fisiologia, substituindo a suposição do caráter intrinsecamente tóxico da causa da histeria pela “ação póstuma do traumatismo sexual infantil” (1896/1976, p. 158). O sofrimento da histeria causado por reminiscências significou, portanto, que tais reminiscências assaltam o corpo de maneira mais impactante do que a própria experiência traumática vivida. De que se trata, então, esse “excesso” que afeta o corpo à revelia da

fisiologia? Freud sabia que aquilo com que estava lidando não estava sistematizado ainda como fato científico e, para instituir este saber, necessitou diferenciar a concepção psicanalítica do inconsciente das ideias do psicologismo do início do século XX.

Assim, interrogamos o termo *toxicomania*, que designa a relação abusiva com o tóxico, como tema específico aos psicanalistas por dois motivos. O primeiro deles é o de que não podemos delimitar um quadro clínico que caracterizaria um tipo específico de gozo que exigiria um modo específico de tratamento ou um alcance diferenciado de intervenção, já que qualquer objeto (não somente o tóxico ou a droga) pode ocupar o lugar do excesso na relação com o sujeito. O segundo motivo é a premissa, da qual partem inúmeros trabalhos publicados, de que o ato repetitivo de drogadicção ou a *operação pharmakon* vem a ser uma prática que altera a lógica da divisão subjetiva, já que “em vez de falar, o sujeito se intoxica para permanecer nesse gozo, que esvazia toda significação” (INEM, 2004, p. 91). Supõe-se, a partir disso que “que conceber a transferência, na clínica da toxicomania, a partir da adesividade do sujeito ao produto, não favorece em nada o desenrolar do trabalho clínico” (SANTIAGO, 2001, p. 191).

Se a própria psiquiatria diferencia como quadro clínico o uso de drogas, o abuso de drogas e a dependência química, o que já denota a ênfase no sujeito e não no objeto, por que haveriam os psicanalistas de não se interrogar sobre o que significa a noção de toxicomania no meio psicanalítico? É preciso também questionar-se sobre a diferença do uso do efeito *pharmakon* comum à história da humanidade ou mesmo a tentativa de rompimento com o falo, daquilo que parece ser realmente o incômodo social chamado de dependência química. Ousamos aqui, portanto, colocar em suspensão o enfoque dado pelos psicanalistas à *toxicomania* como uma forma específica de gozo que poderia ser reconhecida a partir do modo de consumo de uma substância psicoativa. Não negligenciamos de maneira nenhuma, a existência possível da busca de um “gozo autístico” (SANTIAGO, 2001, p. 13; MARCONI, 2009, inédito), mas não podemos confirmar que aquilo que encontramos na clínica dos equipamentos AD seja referente a essa forma de gozo, caracterizada como absoluta ou capaz de romper com o laço social.

Reafirmamos que quem pode dizer qual a significação ou qual a função de que se trata no uso prejudicial de uma substância é somente o sujeito. Portanto, deve-se à nossa decisão de manter o rigor em nossa posição de analista, cujo cotidiano em cinco anos de experiência clínica possibilitou nosso contato e escuta de inúmeros sujeitos com questões tão variadas quanto singulares. A forma como cada sujeito lida com sua angústia é estritamente singular, por isso mesmo não nos interessa investigar o ato em si da drogadicção.

Se tomamos a primazia do significante na clínica, qualquer ato é, em si mesmo, passível de ser enigmático. A repetição e a submissão do sujeito a situações aparentemente prejudiciais ou arriscadas dizem respeito à forma como ele coloca seu corpo em conformidade possível ou não à lógica fálica, ou seja, não é um mecanismo específico ao uso de substâncias psicoativas. Interessa-nos, sim, intervir no modo como que estes atos se engendram na posição fantasmática do sujeito, posição esta que o sustenta em sua estrutura, de maneira singular. Nossa aposta é a de que é mais importante sustentar e tirar consequências da operação do Discurso do Analista na intervenção na neurose, do que tentar delinear o de que se trata no ato de drogar-se, na medida em que esse ato não necessariamente é trazido pelo sujeito como a questão mais importante a ser trabalhada.

Apesar de não trazermos elaborações sobre o ato de drogar-se, propriamente, pretendemos apontar algumas peculiaridades que foram encontradas na clínica dos equipamentos AD, no que diz respeito à sua especificidade em relação à clínica dos demais equipamentos da RAPS, que são regidos eminentemente pelo trabalho orientado à estabilização psicótica. Podemos afirmar que a clínica que encontramos nos equipamentos AD é eminentemente regida pela lógica da neurose, não significando com isso o impedimento da existência de pacientes psicóticos ou perversos. Decorre que, a partir dessa lógica, encontramos alguns pontos que se destacaram por sua frequente recorrência nas formulações dos sujeitos, cada um a seu modo. Neste capítulo pretendemos articular o que emergiu recorrentemente na clínica às indicações de Freud e de Lacan sobre tais questões, que não são específicas ao uso de uma substância ou do contexto social que envolve a aquisição da mesma. Pretendemos elaborar aqui o modo como essas questões clínicas se referem a uma forma de estruturação na qual o Nome-do-Pai e o falo estão presentes como norteadores do modo de gozo. Desta forma, pretendemos ainda contribuir com a discussão sobre o tema da *clínica da toxicomania*, mesmo que o que extraímos dela não se enquadre em categorizações prévias.

Em inúmeras passagens narradas e vividas pelos pacientes atendidos na Unidade III, vem à tona aquilo chamaremos aqui de *auto boicote* ou *auto sabotagem*. Inúmeras situações nas quais ocorre um corte no percurso do sujeito, como *um passe de mágica*, como se fosse efeito de um *espírito* ou *força demoníaca* externa a ele, que o faz romper com tudo o que parecia mais desejável ou planejado. Em muitos casos essa forma sintomática de se auto boicotar já se apresentava desde a infância, e permanece para além do uso de substância, reiterando o lugar suplementar que a droga ocupou na vida do sujeito. Ou seja, em muitos dos

casos atendidos, a droga é usada para sacramentar esse auto boicote, expondo o sujeito em uma cena dirigida ao Outro como querendo dizer “veja como sou um fracassado, execrável”.

Paira na equipe, e não é difícil ser aprisionado nesta armadilha institucional, a suposição de que um paciente que não sabe dizer o motivo que o faz recorrer à droga e o leva a se auto excluir das relações e dos planos que havia tomado, é “manipulador”. Os próprios pacientes se identificam como alguém que não cumpre o que se propõe. Como exemplo, trago um fragmento de um caso gravíssimo de um paciente de 41 anos, que passa a maior parte do tempo em situação de rua ou vendendo todos os móveis que sua mãe arruma para que ele more sozinho. De origem de classe média, tem dois filhos, já foi empresário, porém seu modo de estabelecer relações sempre inclui um “dom de convencimento pela palavra”*. Este homem passou a falar, em atendimento individual, sobre sua relação rancorosa com o pai, descrito por ele como violento e, ao mesmo tempo, fascinante. Já havia se internado várias vezes na Unidade III e, na última internação, havia sido eu mesma quem havia o atendido (pois os pacientes são distribuídos pelas psicólogas presentes no serviço, que atualmente são quatro). Era a primeira vez que ele se propunha a falar de algo que não fosse suas situações complicadas em torno do tráfico de drogas e da relação com a mãe.

Em uma manhã, após um dos atendimentos individuais mais tensos e após um atendimento com sua mãe e seu filho junto, ele pediu para a equipe lhe entregar suas coisas, pois queria sair de “alta a pedido”. Quando eu o questionei sobre a continuidade do trabalho que estávamos fazendo e que, ele saindo, não poderíamos seguir mais, ele disse “a senhora sabe, adicto não tem palavra”*. Não era a primeira vez que ele saía da internação para voltar à “cena de uso”, mas era a primeira vez que saía logo em seguida a um atendimento no qual expõe seu lugar perante o pai e foi a primeira vez que se afirmou como alguém que não sustenta sua própria palavra. Queria sair para usar pasta base, corroborando com a premissa de que nenhuma proposta ou nova forma de viver a vida corresponderá a algo de verdadeiro para ele mesmo. Nunca aderiu ao tratamento aberto no CAPS AD, nem nunca permaneceu internado até a alta da equipe, sempre interrompeu a internação para ir para a “cena de uso”. Durante aquela internação, em especial, até antes do momento do atendimento com a família, ele parecia imbuído em implicar-se com suas questões, mas depois preferiu manter-se no lugar de “adicto sem palavra” e saiu da Unidade. Em geral, quando um paciente pede para sair porque está com “fissura” para usar a pasta base ou “estiga”, como eles mesmos dizem, a equipe consegue sustentar junto com o paciente este difícil momento, ao qual eles chamam de abstinência, levando-o a repensar tal decisão sem o ímpeto de angústia. Neste caso, o paciente não estava aberto a negociações.

Em diversas narrativas, nos atendimentos individuais, repetiram-se situações nas quais os pacientes desfazem tudo o que levaram meses ou anos com dificuldade para fazer na vida. Vários pacientes relatam que, quando estão bem, quando estão trabalhando, retomando coisas e relações que haviam perdido, saem de cena, como se fugissem de si mesmos e, “quando se dão conta”*, já estão no momento de “ressaca moral”, após efeito da droga, planejando comprar mais droga. Quando está “tudo dando certo”, acabam eles mesmos “estragando” o momento.

É preciso supor um saber aí, já que a transferência se estabelece pelo sujeito suposto saber. Muitos dos pacientes se dão conta desse auto boicote com clareza somente no trabalho analítico. Outros trazem explicações prontas forjadas nas interações em CTs religiosas ou clínicas particulares. A explicação recorrente para essa mudança repentina de percurso é “o inimigo/diabo que atenta” ou, no caso do método baseado, ora nos doze passos do A.A., ora em terapias com o intuito de promover re-educação do comportamento, “a adicção é uma doença, portanto é preciso evitar o primeiro gole de álcool” e, também, “é preciso evitar velhas amizades”*.

Tomamos essa repetição ou esse ato monótono persistente de *boicotar-se* como uma forma de imposição que parece subjugar o sujeito de assalto. Encontramos na obra freudiana nos artigos *Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico* (FREUD, 1916/1976) e *Problema econômico do masoquismo* (1924/2007), supomos que essa persistência no auto boicote não é originada pela relação com a substância, mas é própria à estruturação neurótica, como efeito da operação da pulsão de morte veiculada pelo Supereu.

É importante, portanto, fazer a diferenciação entre a função da droga apontada por Lacan (1975/1976), na *Jornada de Cartéis*, como sendo aquilo que permite a ruptura com o pequeno-pipi e o que aqui situamos como um movimento repetitivo mortífero, que não se restringe à substância, mas engendra um sem-sentido que captura o sujeito neurótico como se ele nada tivesse a ver com isso.

3.1 Estruturação do sujeito, a lógica fálica e o tóxico

Antes de nos determos na questão da repetição propriamente, é importante retomarmos o modo como ocorre a estruturação inconsciente, importância esta que aponta para o que designa toda a dinâmica transferencial da clínica a diferenciar-se nos casos de neurose, psicose e perversão. Procuramos aqui percorrer, de forma sucinta, o avanço e elaboração do ensino lacaniano na forma de nortear a clínica entre três amplas denominações estruturais, que

de modo algum excluem a singularidade de cada caso: neurose, psicose e perversão.

No início do ensino Lacan (1958a/1998), em seu retorno a Freud, define uma estruturação do inconsciente como a forma como o sujeito lida com a instância simbólica de um mítico pai morto. Foi retornando à elaboração freudiana sobre a lei simbólica em *Totem e Tabu* (FREUD, 1913-14/1976) como mito do gozo e sua lei e *A dissolução do Complexo de Édipo* (FREUD, 1924/1976) como mito do desejo e sua lei, que Lacan pôde avançar quanto ao Complexo de Édipo, à castração e suas implicações estruturais no inconsciente.

A metaforização do desejo da mãe pelo Nome-do-Pai indica a instalação do significante fálico como signo da castração, que confere à estrutura uma dinâmica neurótica. No primeiro momento do ensino, o foco da questão do diagnóstico diferencial está na instalação ou não do falo, como significante, que leva à assunção da neurose, como uma das três formas de estruturação. A importância desse diagnóstico diferencial se deve ao fato de que são três modos de lidar com a falta no Outro, modos que são determinantes na transferência e não cambiáveis.

Retomando o que apresentamos no capítulo anterior sobre a lógica extraída por Lacan (1971-72/2011, 1972-73/1985) de *Totem e Tabu* (FREUD, 1913-14/1976), é que um pai entra no circuito pela função de exceção que opera. O pai, que, nas palavras de Freud (1913-14/1976, p. 171), “morto tornou-se mais forte do que o fora vivo” é aquilo que une o desejo à castração. O pai morto, supostamente não castrado, é a exceção da regra de todos os homens serem castrados. Conclui-se que a exceção de um pai-não-castrado faz o conjunto dos homens castrados. A castração, portanto, é o que Lacan irá tornar eixo da estruturação como modo de atestar, ou não, a presença do Nome-do-Pai como significante da falta no Outro. Já ao final do ensino, a castração permanece como eixo da estruturação, porém já não se trata de atestar ou não a presença do Nome-do-Pai que se instaura na estrutura neurótica, mas sim de localizar o modo singular de estabilização estrutural para além do Nome-do-Pai ou, pluralizando os Nomes-do-Pai.

Lacan localiza em Freud a primazia do falo como função de significação. Ao longo do ensino Lacan se utiliza de novos matemas, e vai incluindo o Real em suas elaborações, o que leva a novas perspectivas sobre a função fálica. Nosso interesse sobre a função fálica está relacionado à indicação de Lacan na *Jornada de Cartéis* (1975/1976), mais de quinze anos depois do texto *A significação do falo* (1958a/1998). O avanço do ensino lacaniano desloca o falo da função inicial como indicador de uma falta no Outro, falta que assinala o desejo e atributo resultante do que se operou na lógica da estruturação inconsciente, para, em momento posterior, ser o significante de um dos modos de gozo.

Em *A significação do falo* Lacan (1958a/1998, p. 692) começa dizendo que “o complexo de castração inconsciente tem uma função de nó”. Aponta, com isto, que o complexo de castração está relacionado a dois pontos: primeiro à estruturação dos sintomas analisáveis na neurose, psicose e perversão, ou seja, à estruturação, e em segundo lugar à *ratio* ou razão (no sentido de proporção ou medida na matemática), ou seja, a valoração das coisas. Lacan introduz, assim, o fundamento estrutural que diferencia e define aquilo de que se trata na dinâmica inconsciente. O modo como a função fálica opera é o modo como podemos apreender a castração e, por conseguinte, a estruturação. A função fálica também opera ordenando o campo do Simbólico, ou seja, ordena a função de significação, que encarna o jogo de presença e ausência em consequência da castração.

Neste mesmo texto Lacan (1958a/1998), partindo da tese freudiana da libido única, de natureza masculina, busca elucidar, no processo de diferença sexual, a relação entre o falo e o desejo. Assim, do ponto de vista de uma lógica da significação fálica, calcada na dialética do *ser ou ter*, o falo é a referência central. O significante fálico é o significante ímpar por excelência, uma vez que falta o significante do outro sexo. Assim, toda a significação possível está referida à função fálica.

Trazemos aqui o trabalho de Elia (2013, inédito) que aponta três momentos do ensino lacaniano que explicitam que a forma de aceitação teórica do falo e da castração resultam em formulações sobre a estrutura inconsciente, formulações estas que diferem entre si. Tais momentos são: primeiramente a incidência do falo como significante; em um segundo momento, o do discurso como estrutura literal sem palavras que produz efeitos de sexualização no ato mesmo em que faz laço social, implicando o gozo e a castração; e, por fim, o nó borromeano, como terceiro momento desta série, no qual a sexualização será sempre efeito do Sinthoma, que, por sua vez, define a estrutura enquanto neurótica, psicótica ou perversa. Vale frisar que a questão do Falo diz respeito à sexualização, à estruturação, à castração e ao gozo. Tentaremos, portanto, trazer aquilo sobre o falo que nos fundamenta para pensar a clínica nos equipamentos AD, na medida em que é esse significante que consolida a castração na neurose.

Lacan (1956-57/1995) toma o falo, primeiramente, no campo do Outro como objeto de desejo da mãe, figurando como sempre em falta. Por isso, sua escrita é em negatividade $-\phi$. Subdividindo o complexo de Édipo, o falo significa aquilo que falta à mãe para, em um segundo momento, ser percebido como aquilo que o pai daria ao sujeito. Porém, o que o sujeito *recebe* é o significante da castração, o falo como falta. O pai é o operador que está, pela lógica, excluído da função que ele mesmo agencia, e só por isso esta função é agenciada

como perda. O significante fálico comporta, quanto ao gozo, uma dupla função de perda: proíbe o gozo primordial da mãe e torna impossível o gozo do órgão. O que se ganha com a incidência do falo é a função de significação. É dessa forma que, ao menos para a neurose, a castração se refere a uma falta decorrente de uma perda primordial, que faz com que o sujeito deseje, colocando a estrutura em movimento, via demanda.

No Seminário 5, Lacan (1957-58/1999, p. 346) ressalta que “a condição essencial que liga o sujeito a um significante prevalente é o falo”. O falo vai deixando de ser situado como “objeto de desejo da mãe” para ganhar o estatuto de significante “destinado a designar, em seu conjunto, os efeitos de significado, na medida em que o significante os condiciona por sua presença de significante” (LACAN, 1958a/1998, p.697).

Este falo, escrito com Φ maiúsculo, é o marcador da diferença absoluta e não aquele que, como todo significante, representa o sujeito para outro significante. Por isso, Lacan lê o termo alemão *Bedeutung* (significado) na acepção matemática de Gottlob Frege, ou seja, como um referente e não como aquele que representa. Como um referente ou aquele que distingue, o falo é o responsável por toda significação, é resultado da operação do recalque, *Verdrängung*. Somente como potência de metaforização, como resultado da metáfora paterna, é que o falo cumpre a função, na estrutura neurótica, de sustentar o desejo sob a forma de uma positividade. O falo marca a ambiguidade da significação, ou seja, toda a valoração ou toda forma de presença comporta um outro lado ausente.

Na psicose não ocorre a *Verdrängung* e sim a *Verwerfung* ou, como chamou Lacan (1955-56/1985, p. 360), a forclusão do Nome-do-Pai, o que acarreta a falta do falo como ordenador da cadeia significante, que retorna do Real para o psicótico. O Nome-do-Pai não opera como agente de metaforização do desejo da mãe. Já na perversão, ocorre a *Verleugnung* ou denegação do Nome-do-Pai (LACAN, 1954/1998).

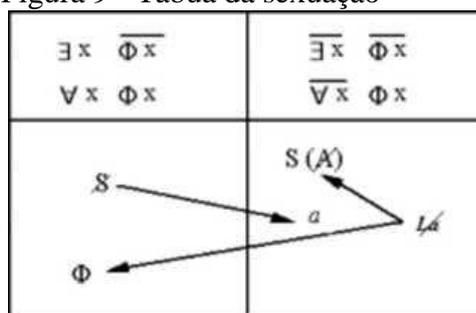
Avançando, já na teoria dos discursos, como segundo momento de aceção do falo, Lacan cria condições para passarmos da fala à escrita, bem como tratarmos do Real como incluído na estrutura. Esta condição do falo como significante responsável por toda significação possível não mudará no ensino de Lacan, o que muda é a escrita da sexuação a partir dos discursos como forma de cernir o gozo. O que os discursos têm de essencial para a sexuação é que eles constituem a sua condição lógica de possibilidade, ao estabelecerem uma dobradiça entre a fala e a linguagem (significante), de um lado, e escrita (letra) de outro (ELIA, 2013). No Seminário 18 Lacan (1971/2009), dirá que só o escrito permite estabelecer a verdade do dizer. E é neste momento que a função Φ será escrita. Em suas palavras:

Não há na linguagem outra *Bedeutung* senão o falo (...) é de ser constituída apenas por

uma única *Bedeutung* que a linguagem extrai sua estrutura, a qual consiste em não podermos, pelo fato de habitá-la, utilizá-la senão por metáfora, de onde resultam todas as insanidades míticas com que vivem seus habitantes, e para a metonímia, da qual eles extraem o pouco de realidade que lhes resta, sob a forma de mais-de-gozar. (p. 139)

Quando Lacan (1971-72/2012) elabora a tábua da sexuação, ou seja, a escrita lógica da diferença sexual, coloca a função do falo no lado masculino.

Figura 9 - Tábua da sexuação



Porém, é a este significante que o lado feminino se dirige e se refere, enquanto o masculino se dirige ao objeto a , estando *casado* com seu falo. Ou seja, mesmo o lado feminino não possuindo um significante que lhe designe, o falo é o referente para ambos os lados. Porém, o falo não é mediador entre os sexos, sua própria função é fazer obstáculo à relação sexual porque é o que atesta a castração e a não complementaridade entre os sexos.

Como pivô da estruturação e da sexuação, no Seminário 20, Lacan (1972-73/1985, p. 127), quando trata da lógica da sexuação, retoma a função fálica como aquela cuja necessidade “se revela ser apenas uma mera contingência”. Ou seja, a diferença entre neurose e psicose deixa de ser o déficit do Nome-do-Pai como operador da função fálica, que, como contingencial, poderá comparecer ou não no lugar daquilo que sustenta ou estabiliza a estruturação inconsciente. Aqui Lacan inicia o avanço da linguagem à escrita e dá uma nova interpretação ao modo de operação do falo nas dimensões Simbólico, Real e Imaginário, cujas consequências se referem à sexuação, à estruturação e à formação do sintoma. Aproximando-se da lógica modal aristotélica, para conjugar os modos como cada um pode se relacionar com a função fálica, converte tal lógica para o registro da escrita como operação do inconsciente. Assim, o necessário é *aquilo que não cessa de se escrever*. Isso é o que no sintoma e na fantasia se repete. O impossível é *o que não cessa de não se escrever*. Ou seja, em termos de saber, nos remete ao Real e ao impossível de saber. Por fim, o contingente, que é aquilo que *cessa de não se escrever*. Como contingente entende-se aquilo que, neste caso, é facultado de se escrever. É a inscrição da castração e do recalque que está aqui em jogo, definindo se a

estrutura responde à falta do Outro como neurótica, psicótica ou perversa. Se o falo operar aí como aquele que cessa de não se escrever, como resultado da operação da metáfora paterna, estrutura-se uma neurose.

A partir dos anos 70, o Nome-do-Pai, para o ensino lacaniano, como operador da metáfora paterna, passa a ser um operador dentre vários, ou seja, passa a ser contingencial na estruturação. Era a metáfora paterna e o significante fálico que capitaneavam a forma paradigmática de estruturação, que no período do Seminário 3 (LACAN, 1955-56/1992) era tomado como única garantia de entrada do sujeito na linguagem e de sua subordinação à Lei. Esse paradigma fazia com que a acepção da estrutura psicótica, portanto, fosse tomada como deficitária do falo como operador. No final do ensino lacaniano, o falo permanece como índice da falta no Outro. Contudo, este índice pode ser ocupado por outras formas de sustentação ou suplência da falta no Outro. A ideia de Nome-do-Pai vai perdendo seu vigor ou sua potência simbólica ordenadora para ceder lugar à pluralidade de soluções que recorrem a diferentes artifícios. Portanto, a metáfora paterna, como correlata à operação do recalque, é apenas a operação que resulta na neurose, mas não é mais operação por excelência. Lacan nos deixa essa contribuição como um dos grandes legados para a prática clínica.

Foi partindo da obra de James Joyce, como exemplo de um psicótico estabilizado, que Lacan (1975-76/2007) verificará que não é somente o falo capaz de fazer suplência à falta no Outro. A chamada *pluralização do Nome-do-Pai* demonstrada a partir do nó borromeano possibilita a apreensão de que o que sustenta uma estrutura é a invenção, para além de uma operação metafórica, que resulta em uma nodulação operada de forma singular. O Nome-do-Pai, portanto, não é mais *normatizador* da forma de estruturar-se, havendo, portanto, uma equivalência entre ele e qualquer outra coisa que sirva para fazer suplência à falta no Outro. A topologia dos nós, da qual Lacan se utilizou para mostrar o Real, articulando-o no momento vivo de sua elaboração aos registros Simbólico e Imaginário, situa de forma patamarizada os registros e possibilita pensar as formas de estruturas clínicas, tirando a psicose do lugar de deficitária (do Nome-do-Pai). Revendo a Figura 7, no capítulo anterior visualizamos o nó borromeano de quatro elementos com reforço no Simbólico (Σ) em cinza (LACAN, 1975-76/2007, p. 21).

A suplência à falta no Outro tem a função de ser uma resposta que estrutura, para o sujeito, sua realidade psíquica. Tal suplência, Lacan chamará de Sinthoma, como o quarto elo (em cinza, na Figura 7), aquilo que sustenta a estrutura e lhe confere a lógica neurótica, ou psicótica ou perversa. Portanto, é o Sinthoma, cujo estatuto é diferente do sintoma (sem a letra “H”), que define a estrutura clínica. Uma vez ocorrida a incidência da suplência à falta no

Outro, o Sinthoma nodula a estrutura, e este quarto elo não será posteriormente passível de troca. Cada ser falante deve, portanto, inventar sua própria maneira de suplenciar a falta no Outro. O falo, assim, ganha estatuto de atributo de um dos modos de gozo, torna-se o significante do gozo sexual, ou, em outras palavras, nomeia o Gozo Fálico (J (Φ)²⁷). Portanto, se o Gozo Fálico é apenas um dos modos de gozo, o ser falante tem notícia de diferentes modos de gozo que não somente aquele referenciado pelo falo.

Neste momento do ensino, na *Conferencia en Ginebra*, Lacan (1975/2010) retoma o que ocorre com o pequeno Hans para falar do falo e discorda de Freud quanto ao fato dele dizer que este encontro com o próprio órgão se trata de autoerotismo, na medida em que o menino Hans experimenta as ereções como algo externo ao seu corpo. Hans não sabe chamar seu órgão por outro nome que não *Wiwimacher* e o encontro de Hans com suas primeiras ereções é o que Lacan diz que funda, como “invenção”, o inconsciente. Em “certos seres”, como Lacan chama o ser falante, “a ereção não é de modo algum autoerótica, é o que há de mais hetero” (LACAN, 1975/2010, p. 128, tradução nossa²⁸). Hans estranha as ereções de tal modo, que encarna este acontecimento no cavalo que “relincha, dá coices, cai no chão, se movimenta”. O cavalo puxando a charrete é o que há de mais exemplar para Hans sobre o que tem de enfrentar e do qual nada sabe. O fato do “pequeno-pipi” estar enganchado em seu baixo ventre não significa o autoerotismo. “O gozo que resulta desse *Wiwimacher* lhe é alheio a ponto de estar no princípio de sua fobia” (LACAN, 1975/2010, p. 128, tradução nossa²⁹). Ainda nessa conferência Lacan sinaliza que é graças à vacilação desse pai que a fobia do pequeno Hans aparece quando percebe que está casado com seu pequeno-pipi. A angústia eclode quando Hans faz transmutação dessa parte do corpo e a constituição do sujeito é guiada pela acomodação ao Gozo Fálico.

A indicação de Lacan, na *Jornada de Cartéis* (1975/1976) sobre a função da droga à qual estamos referidos, foi feita nesse momento do ensino em que a estruturação se define a partir dos três modos de gozo enlaçados pelo Sinthoma. Se o falo, neste momento, é significante de um gozo chamado fálico, valemo-nos das investigações feitas pelos psicanalistas (SANTIAGO, 2001) a respeito do tema que equivalem a ruptura com o “pequeno-pipi” como sendo equivalente à ruptura com o Gozo Fálico. Contudo, não podemos afirmar que essa ruptura com o Gozo Fálico caracterize uma estruturação específica e

²⁷ J = jouissance e Φ = Falo

²⁸ Texto original em espanhol: En ciertos seres (...) el encuentro con su propia erección no es auto-erótico en lo más mínimo. Es de lo más hetero que hay.

²⁹ Texto original completo: El goce que resulta de ese *Wiwimacher* le es ajeno hasta el punto de estar en el principio de su fobia.

definitiva. Também não podemos afirmar que, havendo ou não o Nome-do-Pai como operador da suplência à falta no Outro, haverá, de antemão, maior ou menor propensão para a ruptura com o Gozo Fálico a partir da droga. Assim como não podemos afirmar que, neste caso, a estabilização da estrutura seja ocupada pela droga, como se ela fosse o Sinthoma.

Temos aqui delineado a incidência da lógica fálica na estrutura. Resta-nos delinear a diferença entre a tentativa de romper com o casamento com o pequeno-pipi, usando a droga como instrumento, e as formações de auto boicote por nós encontradas na clínica dos equipamentos AD. Como vimos no capítulo 1, o ato de drogadicção não pode ser *a priori* situado como uma forma de sintoma ou Sinthoma, na estrutura, já que qualquer operador pode ocupar este lugar. Assim como podemos afirmar que não existe uma estrutura clínica específica ou uma forma específica na qual possamos dizer que a toxicomania possa ser um quadro clínico.

Até aqui vimos o modo como o falo opera na estruturação inconsciente e na nomeação em um dos modos de gozo, relativo à castração: o Gozo Fálico. Gozo ao qual recorreremos para escapar da angústia, como disse Lacan (1975) na *Jornada de Cartéis*. Cabe, portanto, introduzir considerações sobre o campo do gozo e suas implicações na clínica dos equipamentos AD.

3.2 Dos destinos da pulsão ao campo do gozo

Sentenciando: “a rigor temos que considerar todos os processos psíquicos como inconscientes”, Freud (1915/2006, p.24) supera a dicotomia cartesiana pensamento *versus* matéria ou racional *versus* material, para conceituar a pulsão. Já no final de sua obra, Freud (1933/1976, p. 119) alerta:

A teoria das pulsões é, por assim dizer, nossa mitologia. As pulsões são entidades míticas, grandiosas em sua indeterminação. Em nosso trabalho, não podemos desprezá-las nem por um só momento, de vez que nunca estamos seguros de as estarmos vendo claramente.

Em *Pulsão e Destinos da Pulsão* Freud (1914/2004, p.148) a define como um conceito-limite entre psíquico e somático e, posteriormente, como uma “medida de exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo”. Tal exigência, constante e não pontual, realiza-se em cumprimento a um dos princípios de funcionamento do aparelho psíquico: o Princípio do Prazer. Para alcançar tal meta, o objeto utilizado pela pulsão é completamente variável e substituível.

Nunca houve, portanto, na Metapsicologia freudiana, a indicação de que haveria a completude objetual ou a satisfação plena da pulsão. Justamente por não haver objeto pré-determinado para a satisfação da pulsão, testemunhamos a singularidade na satisfação e, com isso, vemos a multiplicidade das criações humanas (ELIA, 1995, p. 48). Desta constatação decorre que o ser falante não possui registro instintivo que o *salve* ou o determine. Para que o bebê humano, desprovido de recursos de sobrevivência ou instinto, tenha o apaziguamento - *Befriedigung* - de suas necessidades, é necessária uma ação específica feita por alguém. Este alguém de quem o bebê humano depende é alguém de linguagem. É no encontro com o Outro da linguagem que se inscreve a primeira experiência de satisfação, que ganha o estatuto de mítica porque, graças à linguagem, não podemos ter acesso à necessidade em estado puro. É a partir de um dos primeiros postulados de Lacan (1964/1996, p.25) sobre o inconsciente, o de que ele é “estruturado como linguagem”, que apreendemos que essa experiência mítica deixa traços que fundam o inconsciente.

Neste desamparo primordial, a relação com o Outro é a única possibilidade do sujeito ancorar-se em suas construções para estar no mundo. Por causa da alienação do sujeito em relação ao Outro, não podemos mais falar em necessidade, mas sim em desejo. O desejo que o move em direção à satisfação não é livre, ou seja, está articulado na estrutura como efeito da relação com o Outro. Tomamos, assim, o ciclo pulsional não mais como repetição da satisfação pela via de um objeto fixado, mas a repetição do trilhamento esculpido pela linguagem no corpo estabelecido na relação do sujeito com o Outro por meio dos registros Real, Simbólico e Imaginário.

É em relação à demanda do Outro, escrita com D maiúsculo, que Lacan (1957-58, 1999, p. 353) elabora a fórmula da pulsão escrita como ($\$ \diamond D$). Enquanto relação de conjunção/disjunção à demanda do Outro, a pulsão é efeito da alienação do sujeito à linguagem como primeiro fato de estrutura.

Mas é somente na posterior elaboração de Freud (1920/1976) sobre a pulsão de morte que encontramos o fundamento para a elaboração do campo lacaniano sobre o gozo. Até 1920, Freud acreditava que o aparelho psíquico era governado por dois princípios: o do prazer e o da realidade, que funcionavam em conjunção. Foi observando a *jubilação mórbida* na face do paciente que descreve o suplício chinês que consiste na penetração de um rato no ânus, e em seu neto que brincava com um carretel, repetindo um ritual que simbolizava a ausência e presença da mãe, que Freud (apud VALAS, 2001, p. 18) percebeu que há algo que comanda o aparelho psíquico para além do prazer. Assim, no texto *Além do Princípio de Prazer* (1920/1976) Freud inscreve a pulsão de morte, e sua exigência de satisfação, no arcabouço

conceitual psicanalítico como antagonista à pulsão de vida, alterando a distinção anterior entre pulsão do Eu e pulsão sexual. É a partir deste momento que se torna possível apreender as formações do inconsciente que não causam prazer, mas trazem, muitas vezes, sofrimento.

Freud reconhece um caráter excessivo que ultrapassa o prazer quando, em vez de *Lust* (prazer), usa *Genuss* (gozo) para designar essa forma de afetação de júbilo mórbido, horror. O prazer na dor, as repetições da cena traumática, a resistência ao tratamento, apresentaram-se para Freud como o que está além do princípio do prazer e que Lacan conceituará como gozo. A regulação proporcionada pelo Princípio do Prazer em congruência ao Princípio de Realidade não esgota a experiência do ser falante, impondo ao analista trabalhar com os paradoxos do funcionamento econômico da satisfação. Isto significa que o ser falante não é movido simplesmente pelo que lhe causa apaziguamento e bem-estar. Se o primeiro fato de estrutura é o de que o sujeito se constitui em alienação ao Outro, temos aqui um segundo fato de estrutura: o de que o ser falante não é movido somente pelo prazer e o apaziguamento, ou seja, a satisfação também inclui o desprazer e o excesso.

Lacan (1964/1996) toma a pulsão como um dos conceitos fundamentais da psicanálise ou *Grundebegriff*, sendo que, no início de seu ensino, o Simbólico está em primazia em relação aos outros registros. Suas elaborações sobre a dimensão do Real a partir do fenômeno da repetição como "insistência significativa" (LACAN, 1954-1955/1985, p. 259) giram em torno da compulsão - *Zwang*, para além do Princípio do Prazer. Desde seu primeiro seminário afirma que o que se passa na repetição é a revelação do Real, como registro fora do Simbólico. Lacan, na impossibilidade de tratar do inconsciente, ou da libido freudiana, somente a partir do significante, tomou aquilo que extrapola o Princípio do Prazer, traduzido como pulsão de morte, e introduziu o campo do gozo como sua grande contribuição à psicanálise.

Contudo, é somente no Seminário 7 que Lacan (1959-60/1997) começa por tomar o termo gozo, não somente como a ideia de volúpia ou júbilo, de Freud, mas principalmente a concepção agostiniana de *uti frui*, ou seja, o usufruto que remete à distribuição, economia dos bens. O Bem Supremo referenciado na filosofia aristotélica estaria associado ao apaziguamento, experiência de satisfação dentro da Lei, enquanto que o gozo visaria a transgressão à Lei. Esta Lei, então, seria a regulação do gozo e somente a partir dela a realidade pode ser desejável e, com isso, o gozo seria parcialmente experimentado: "Nosso desejo arde senão pelo desejo de transgredir a Lei, tornando-se desejo de morte" (LACAN, 1959-60/1997, p.106). Neste ano, Lacan apontou ainda o belo ou a estética como uma barreira

à transgressão da Lei ou a extrapolação do Princípio do Prazer, antes da morte. Desde seu primeiro seminário afirma que o que se passa na repetição é a emergência do Real.

Situando-nos neste ponto do ensino poderíamos contentarmo-nos com a resposta à pergunta sobre o abuso de substâncias, como um modo específico de gozar? A compulsão por drogas seria uma maneira de ultrapassar os limites do Princípio do Prazer, como qualquer forma de transbordamento na relação com a variabilidade do objeto de satisfação? Seria, a partir da pulsão de morte, a reiteração do funcionamento pulsional por excelência: a repetição em busca de uma mítica experiência de satisfação que se infinitiza? Encontraríamos, assim, no filme “Invasões Bárbaras” (ARCAND, 2002) uma bela ilustração de saber sobre essa ultrapassagem de limites. Trata-se da cena em que a personagem Nathalie (uma jovem dependente de heroína) aplica pela primeira vez em Remy (personagem principal que está com câncer terminal). A personagem recomenda: “aproveite este momento, pois as próximas vezes você irá buscar essa mesma sensação sem jamais encontrá-la. As outras vezes jamais serão como a primeira...nós a chamamos de ‘a cavalgada do dragão’”.

No entanto, o estatuto do gozo na psicanálise não se esgota na definição de alvo ou vetor para além do desejo, como sua transgressão. A Lei instituída a partir da castração define a ordem de deslizamento significante e o trilhamento desejante, estão, portanto, referidos ao sexual e ao primado que Freud deu ao falo, como Lacan já havia elaborado entre os anos de 1958 e 1960. Para articular o falo ao gozo, Lacan teria que elaborar a noção de objeto *a* e tentar demonstrar a dimensão do Real. No Seminário 7 Lacan (1959-60/1997) trata do gozo como subversão do desejo, ou excedente à dimensão significante.

O avanço das elaborações lacanianas se dirige para a inclusão do Real na estrutura, o que modifica a concepção de gozo. O acesso ao gozo passa a ser demonstrado por Lacan como ocorrendo pelo efeito de entropia, de desperdício, e não por transgressão ou forçamento, como foi descrito no Seminário 7. Sempre que há desejo há uma perda de gozo, ou seja, no âmago da experiência do desejo existe algo que resta ao mesmo tempo em que o desejo é satisfeito. Desta forma não há mais relação de causa e efeito entre significante e gozo, mas sim uma relação circular. O Simbólico perde a primazia com a patamarização dos três registros Real – Simbólico – Imaginário. Desta forma, a articulação estrutural significante produz um elemento infinito irreduzível, que não está além ou em algum horizonte inalcançável, mas sim está contido na própria estrutura. Portanto, no lugar do gozo como um alvo ou um horizonte, temos o gozo como o real do ser caracterizado como essa relação perturbadora do sujeito com seu corpo próprio. Se, num primeiro momento de seu ensino, Lacan (1959-60/1997) privilegia a dimensão ética, enquanto é o desejo, e não o gozo, que

detém a primazia como campo. O gozo ganha cada vez mais um lugar central na psicanálise lacaniana e a primazia da ética dá lugar à teoria dos discursos.

É pela própria incidência do significante que se dá a perda originária de gozo. É no Seminário 17 que, para Lacan (1969-70/1992, p.44), “a repetição se funda em um retorno do gozo (...) na própria repetição há desperdício de gozo”. Neste seminário Lacan (1969-70/1992) demonstra que a repetição tanto produz como efeito uma perda de gozo quanto introduz um suplemento da perda de gozo. Lacan (1969-70/1992, p.17) se utiliza do conceito marxista de mais-valia para circunscrever esse suplemento de gozo, não como o que se obtém, mas como resto da operação significante. Com isto, Lacan institui a categoria de mais-de-gozar como resto desse gozo, que se configura pelo objeto *a*, causa do desejo.

As condições de passagem da fala à escrita, como possibilidades de verificação matematizadas, abertas nos Seminários 16 e 17, através dos discursos, tratadas no capítulo anterior, já supõem que os três registros estão em relação de igualdade e possibilitam a Lacan (1969-70/1992) demonstrar a relação entre saber e gozo. O discurso é o próprio aparelho de gozo seja como mortificação, perda de gozo significantizada (e não mais natural), seja como suplemento da perda de gozo (mais-de-gozar), escrita como objeto *a*. Assim, o saber é meio de gozo, ou seja, é a partir do saber, sendo operado no discurso, que se instaura a dupla dimensão do gozo: como perda e como mais-de-gozar.

Tendo formalizado o gozo como efeito de discurso, o próximo passo seria demonstrar de que forma esse gozo é experimentado pelo ser falante. O campo do gozo passa ao estatuto de “substância de tudo de que falamos em psicanálise” (LACAN, 1968-69/2006, p. 44), fazendo alusão ao corpo e à extinção da dicotomia entre corpo e pensamento. Não é por acaso que ele nomeou seu vigésimo seminário *Encore*, em homofonia a *en corps* (no corpo). A administração do gozo inclui um impossível que gera o mais-de-gozar e localiza-se em torno dos furos localizados no corpo.

Reconhecendo nos *Três Ensaios sobre a teoria da sexualidade* (FREUD, 1905/1976) o corpo erógeno, recortado pelo significante, bastante longínquo à noção de organismo, Lacan (1972-73/1985) dirá:

A experiência psicanalítica se supõe na substância do corpo, com a condição de que ela se defina apenas como aquilo de que se goza. Só sabemos como é estar vivo pelo corpo que goza. Isso goza por corporizá-lo de maneira significante. O que implica algo que não o partes extra partes da substância extensa (p. 35).

Portanto, na experiência analítica, é da “substância gozante” (LACAN, 1972-73/1985, p.35) que se trata.

No mesmo seminário no qual trata da substância gozante, Lacan (1972-73/1985) aborda a questão da sexuação (ou inscrição da diferença sexual) e afirma que a verdade que condiciona o discurso analítico é que não há como escrever a relação sexual, ou, dito de outro modo, não há complementaridade entre os sexos. Isto porque, para demarcar a diferença lógica entre o masculino e o feminino, chega-se a um impossível de haver um significante que designe um suposto conjunto de mulheres. Nesta partilha lógica, o homem é uma designação de um conjunto de sujeitos aos quais necessariamente terá operado a castração, sendo que a um deles ela não operou (referência ao Pai da Horda do mito freudiano). Assim, só é possível um conjunto havendo um elemento que faz a exceção. No caso da mulher, esta lógica não opera da mesma forma, pois a sentença lógica não pode partir de uma exceção. Sendo assim, não se encontra um significante que designe um conjunto de mulheres, como no caso dos homens.

Na lógica da sexuação no inconsciente, portanto, não há dois sexos, mas Um e Outro. Foi aí que Lacan (1972-73/1985, p.78) nos afirmou o axioma crucial: “se a mulher não existe, a relação sexual não existe”. Não havendo reciprocidade ao conjunto que designa o homem, não havendo a parceria nata como a que o instinto confere no mundo animal, o ser falante se estrutura neste vazio de relação experimentado na clínica como o não saber sobre o sexo. Esse impossível de saber advém do Real.

Em suma, não é possível à dimensão da fala formalizar a relação entre os sexos, assim como essa relação não pode ser escrita. Portanto, o axioma “a relação sexual não existe” vem da verificação lógica da impossibilidade de escrever a relação sexual. Assim, entre o Seminário 19 e o 20 Lacan (1971-72/2012 e 1972-73/1985) sistematiza a tábua da sexuação, na qual há dois lados (masculino e feminino), cuja única referência em comum é o falo. Do lado masculino, na tábua da sexuação, se visualiza o Gozo Fálico e, do lado feminino, há o outro gozo, o Gozo feminino (Figura 9).

A partir de proposições básicas da lógica aristotélica acerca do universal e do particular, elabora novas fórmulas quânticas para formalizar a sexuação, propondo um quadro de oposição, em que contrapõe a lógica do *todo* à lógica do *não-todo*, tentando situar logicamente a existência do Outro sexo. Se no início do ensino o grande Outro designava o tesouro dos significantes, no Seminário 20 ele passa a designar o Outro sexo: “o Outro, na minha linguagem, só pode ser, portanto, o Outro sexo” (LACAN, 1972-1973/1985, p. 54). Este Outro sexo encontra-se do lado direito da tábua e tem relação direta com S (A), ou seja, uma relação direta com a cadeia significante em sua infinitude.

Essa escrita de um Outro sexo, o sexo d'A Mulher, que não existe, implica, como já

dissemos, um gozo situado além do falo, mas não sem ele (ELIA, 2009, inédito). Este outro tipo de gozo: um *gozo suplementar*, o gozo do Outro, o gozo feminino, para além do falo. Como se vê pelo vetor que sai do \$ em direção ao Outro, o lado feminino “só é dado ao sujeito atingir este parceiro por intermédio do objeto *a*” (LACAN, 1972-73/1985, p. 108). O gozo feminino é escrito, portanto, como o que está referido ao falo, mas não-todo. Nas palavras de Lacan (1972-73/1985, p.15) “a mulher não é toda – o sexo da mulher não lhe diz nada a não ser por intermédio do gozo do corpo”. Isto produz a significação de que não existe a mulher como universal, mas sim uma a uma.

Aqui, finalmente, nossa digressão sobre a elaboração de Lacan ao longo do ensino a respeito do campo do gozo, encontra o ponto da clínica que nos interessa articular, já que a impossibilidade da relação sexual faz com que o Gozo Fálico seja a forma como o ser falante se utiliza para lidar com esse Real de não saber do sexo. Nesta altura do ensino lacaniano, o falo deixa de ser um significante ordenador da relação com o significado e com os objetos, função que detinha na lógica da metáfora paterna e da primazia do Nome-do-pai no singular, instância eminentemente simbólica, para ser o um instrumento que divide (ELIA, 2013, inédito), mas ao mesmo tempo faz mediação. Além disso, ele é o significante capaz de reintroduzir o gozo no campo do Outro, por meio do que aparece pela escrita: o desejo do Outro sexo tem o falo como destinatário.

Assim, a valoração fálica e delimitada existente no lado do Gozo Fálico não existirá no lado do gozo feminino ou Gozo do Outro, pois este se remete ao infinito. Esse *gozo suplementar*, sem limites, infinito, fora do registro fálico, e somente abordável pela via lógica pode, no entanto, ser experimentado pelo feminino, sem que nada saiba dele e sendo não-todo referenciado pelo falo. Em sua negatividade imaginária, o falo dá “corpo ao gozo, na dialética do desejo” (LACAN, 1972-73/1985, p.116).

Mesmo os dois sexos estando referenciados ao falo, este não promove a complementaridade entre os lados. Nas palavras de Lacan (1972-73/1985, p. 15-16):

O gozo fálico é o obstáculo pelo qual o homem não chega, eu diria, a gozar do corpo da mulher, precisamente porque o de que ele goza é o gozo do órgão. Por isso o supereu, tal como apontei como o Goza!, é correlato da castração, que é o signo com que se paramenta a confissão de que o gozo do corpo do Outro, do corpo do Outro, só se promove pela infinitude.

Observemos a importância do supereu como correlato à castração, “signo com que se paramenta a confissão de que o gozo do corpo do Outro só se promove pela infinitude” e que, como instância ligada ao Eu, é a única que obriga o sujeito a gozar. Nas palavras de Lacan (1972-73/1985, p.11), o “supereu é imperativo de gozo”. Servir-nos-emos dessa afirmação

para pensar aquilo com que nos deparamos na clínica dos equipamentos AD.

Retomando o Gozo Fálico, que é o que mais nos interessa investigar, ele é refratário da dupla função de perda do significante fálico: proíbe o gozo primordial da mãe e torna impossível o gozo do órgão. Na clínica, na experiência analítica, Lacan (1972-73/1985, p. 17) aponta que “tudo gira ao redor do gozo fálico”.

A própria função do falo, o que faz obstáculo à complementaridade entre os sexos, e que define o gozo, dito, portanto fálico, ou seja, não dá acesso ao corpo do Outro como Outro sexo. Nas palavras de Lacan (1972-73/1985, p. 18), “o gozo enquanto sexual é fálico, quer dizer, não se relaciona ao Outro como tal”. Aqui podemos depreender um caminho para tomarmos o que Lacan chama de “casamento com o pequeno-pipi” na *Jornada de Cartéis* (1975/1976). O Gozo Fálico não leva o sujeito de seu gozo, homem, ao Outro, mulher, mas sim produz efeitos como o significante, o objeto, a fantasia, mas permanece a questão sobre o gozo do Outro sexo. Assim, o Gozo Fálico não promove a complementaridade entre os sexos, mas possibilita a relação do ser falante com seus objetos. E assim, o lado masculino da tábua da sexuação, entendido como o lado no qual o sujeito pode habitar, não se relaciona com o lado do Outro, mas sim com o objeto *a*, na cena fantasmática. Nas palavras de Lacan (1972-73/1985):

esse \$ só tem a ver enquanto parceiro com o objeto *a* inscrito do outro lado da barra. Só lhe é dado atingir seu parceiro sexual, que é o Outro, por intermédio disto, de ele ser a causa de seu desejo. (...) A conjunção apontada desse \$ e desse *a*, isto não é outra coisa senão a fantasia. Essa fantasia, em que o sujeito é preso, é, como tal, o suporte do que se chama expressamente, na teoria freudiana, o Princípio da Realidade (p. 108).

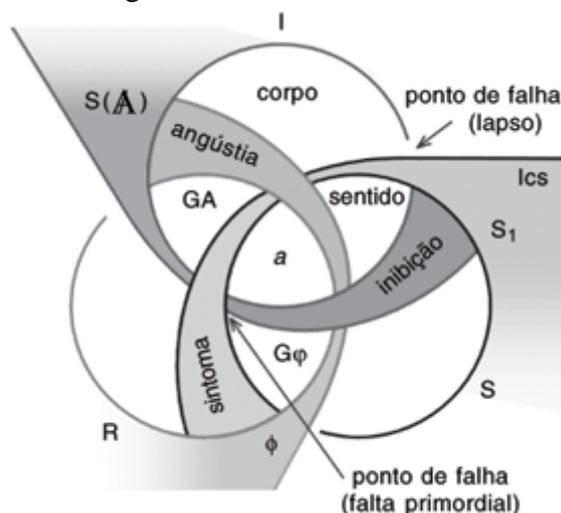
Retomaremos esse ponto da não complementaridade, como condição estrutural ao ser falante imposta pela castração. O efeito dessa condição estrutural é o modo de estabilização, cujo recalque é um deles. Porém, nem mesmo o recalque é absoluto, há um resto da operação do recalque que, inclusive, produz o sintoma. Quanto à impossibilidade da estrutura em extinguir a angústia por completo ou quanto a função não-toda do Simbólico, ao sujeito é necessário inventar algum artifício, bem ou mal-sucedido, para lidar com isso.

Acompanhando a proposição de Guerra (2013) de que a topologia borromeana seria o último paradigma sobre o gozo, frisamos que é este o modo de acepção dos gozos contemporâneo ao que podemos interpretar da indicação de Lacan na *Jornada de Cartéis* (1975/1976). Utilizemos, assim, o que discutimos a respeito da importância do falo na estruturação inconsciente, bem como sobre o sintoma, e vejamos que o que articula toda a lógica do inconsciente, como própria do ser falante, é o gozo.

Vimos que sentido e gozo, no início do ensino lacaniano eram noções conflitantes, posteriormente, quando Lacan utiliza a topologia dos nós, estas noções se tornam articuláveis. Podemos depreender disso que o inconsciente também é corpo e a pulsão também é linguagem.

Neste momento do ensino, a lógica excedente, ou disjuntiva, da relação entre gozo e linguagem demonstrada na tábua da sexuação (1972-73/1985) é substituída pela lógica da existência, ou seja, cada registro está relacionado a um modo de gozo, que, por sua vez, exclui um suplemento que resta da amarração dos três registros (GUERRA, 2013). Há, portanto, algum elo de relação entre os registros e o quarto nó, Sinthoma, que funda um exterior êxtimo. Lacan propõe uma costura entre Imaginário e saber inconsciente, atando o Simbólico e o Real e produzindo, com isso, o efeito Sinthoma. Seu resultado é o efeito real de amarração da realidade psíquica na forma do nó a quatro, com a distribuição de três formas de gozo inscritas enquanto ex-sistência em relação aos pontos de intersecção dos três registros.

Figura 10 - Nó borromeano, demonstrando os modos de gozo.



No Seminário 21 Lacan (1973-74, inédito) retoma a definição do corpo como substância gozante e utiliza-se do nó como metafórico, diferente do que postulará no seminário seguinte ao dizer que o nó é real e não um modelo ou uma representação (LACAN, 1974-75, inédito). Aqui o nó vem superar a dificuldade de escrita da relação, tornando-se, assim, uma escrita: “O nó borromeano não é, na ocasião, senão modo de escrita” (LACAN, 1973-74, inédito). O que se lê na escrita do nó, na Figura 10, é:

G.A – Gozo do Outro – entre R e I; que excede o Simbólico.

G.S – Gozo do sentido – entre I e S; que excede o Real.

G ϕ – Gozo fálico – entre S e R; que excede o Imaginário.

É no ponto em que um registro *fura* o outro, criando uma espécie de argola, que o gozo se inscreve. Em vez de visualizar uma interseção das argolas, ocorre uma *ex-sistência* de um espaço entre dois registros. *Ex-sistência* é o efeito que um registro, furando o outro, provoca ao criar um espaço ao mesmo tempo fora e interno ao primeiro.

No Seminário 22, Lacan (1974-75, inédito) segue tratando dos gozos a partir de suas relações tópicas entre os registros Real, Simbólico e Imaginário. Localiza os gozos na existência de um registro, o que equivaleria a uma espécie de intersecção por fora, exatamente no ponto em que a tensão entre cada dois registros provoca um mal-estar ao avançar sobre o outro (GUERRA, 2013). É neste momento que ele associa o Imaginário à consistência, ao que dá estofo, corpo, à experiência humana; o Simbólico ao que faz furo pela linguagem; e o Real à ex-sistência, ao que resta fora da apreensão simbólica ainda que mantendo com ela uma relação de quase exclusão, como vemos na Figura 10. A vida seria o furo do Real, a morte seria o furo do Simbólico, e o corpo o furo do Imaginário. Assim, as passagens de um orifício ao outro implicam os órgãos do corpo, mas também a linguagem como órgão e aquilo que não se alcança, nem por um (corpo), nem pelo outro (significante) (GUERRA, 2013).

É tomando a obra de James Joyce para explorar aquilo que o estabilizou em sua estrutura psicótica que Lacan (1975- 76/2007), no Seminário 23, supera o impasse clínico quanto ao aforismo “o Outro não existe” ou “no lugar do Outro do Outro não há nenhuma ordem de existência” (LACAN, 1975- 76/2007, p. 130). Somente então, momento contemporâneo à *Jornada de Cartéis* é que Lacan (1975/1976) acrescenta a acepção do quarto nó ou Sinthoma, que garante a sustentação da estrutura. No caso da estrutura neurótica é o Nome-do-Pai que faz a estabilização, que ocupa o lugar do Sinthoma e que baliza o Gozo Fálico.

Retomemos o que Lacan (1975/1976) disse na *Jornada de Cartéis* referindo-se à droga como aquilo que permite romper o “casamento com o pequeno-pipi”. Ali Lacan (1975/1976) diz que a angústia se localiza quando a criança percebe que “casou com seu pinto”, ou seu “pequeno-pipi”, sendo este o que pode fazer as vezes de falo. Como já vimos, o Gozo Fálico possibilita a relação com os objetos, bem como o gozo do órgão, daí o casamento com o “pequeno-pipi”. Porém, este mesmo modo de gozo atesta o extremo embaraço e o obstáculo entre os sexos, ou seja, embaraço do que se pode fazer com um outro corpo, cuja superação está cheia de angústia (SANTIAGO, 2001, p. 170). Se aquilo que movimenta o órgão é sentido desde fora, ao mesmo tempo que, como órgão, está grudado como um apêndice, resta

ter que lidar com essa angústia daquilo que está e não está, que comparece em falta. Aí Lacan aponta que “qualquer coisa” ou “tudo o que” possa apaziguar essa angústia, é bem-vindo.

Cabe-nos perguntar, a respeito de toda elaboração sobre o arranjo estrutural produzido no ser falante, por que o sujeito experimenta angústia aí mesmo nessa experiência da lógica fálica? Ou ainda, porque o arranjo estrutural pode, em muitos casos, não possibilitar o manejo do mal-estar?

3.3 Repetição como força demoníaca – gozo e supereu em Freud e Lacan

Das poucas referências freudianas que encontramos ao ato de drogar-se (incluindo, obviamente, o ato de beber álcool), trazemos aqui a indicação de Freud (1915/1976) quando ele se referia a usuários de álcool para demonstrar, como exemplo paradigmático, o que se passa nos casos de *mania*. A correlação, apontada por Freud, entre a intoxicação alcoólica e estados de mania nos deu importante norte investigativo, já que as próprias indicações que emergiram na clínica também apontavam para aquilo que se configurou como *modus operandi* da instância do supereu. Contudo, é no modo como Lacan articulou a instância do supereu ao objeto *a*, bem como o situa como instância ligada ao Eu que o manda gozar ou como “imperativo de gozo” (LACAN, 1972-73/1985, p.11), que nos fornece um saldo clínico, contribuindo para pensar a clínica nos equipamentos AD.

Há um avanço nas elaborações lacanianas sobre a instância superegóica que acaba resultando em acepções opostas na clínica: para Freud o supereu se configura em um limitador ou opressor da satisfação da pulsão e, para Lacan, o supereu é justo a instância que obriga ao gozo. Portanto, se na perspectiva freudiana a embriaguez alcoólica se caracteriza como um “triunfo eufórico” do Eu sobre o supereu (FREUD, 1915/1976 e 1930/1976), encontramos na perspectiva lacanianiana o supereu como antitético à lógica fálica (reguladora do gozo) e comandante de um gozo desregulado ou, por assim dizer, massacrante. Vejamos como se dá essa passagem da forma de acepção do Supereu para Freud e para Lacan, articulando à nossa clínica.

Chama-nos a atenção que em *Luto e Melancolia*, sem se ocupar diretamente dos *alcoolistas*, Freud (1915/1976) descreve que ocorre na *mania* o mesmo que na “embriaguez alcoólica”: um triunfo eufórico sobre a repressão, ou, como preferimos traduzir, sobre o recalque. Diz ele:

A embriaguez alcoólica, que pertence à mesma classe de estados, pode (na medida em que é de exaltação) ser explicada da mesma maneira; aqui, provavelmente,

ocorre uma suspensão, produzida por toxinas, de dispêndios de energia na repressão. A opinião popular gosta de presumir que uma pessoa num estado maníaco desse tipo se deleita no movimento e na ação porque ela é muito ‘alegre’. Naturalmente, essa falsa conexão deve ser corrigida. O fato é que a condição econômica na mente do indivíduo, mencionada acima, foi atendida, sendo essa a razão por que ele se acha tão animado, por um lado, e tão desinibido em sua ação, por outro (p. 287).

Freud postulava ali uma função, ainda não destacada como instância tópica, de conjugação entre consciência moral e Ideal do Eu, a qual o álcool suspenderia, proporcionando a desinibição de “energias antes reprimidas”. A própria definição de Ideal do Eu só seria definitivamente vislumbrada anos depois no *Psicologia de grupo e análise do ego* (FREUD, 1921a/1976), do qual nos ocuparemos no próximo capítulo.

O que intriga Freud no artigo *Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico*, em seu item *Arruinados pelo êxito* (FREUD, 1916/1976) são casos nos quais ocorre a deflagração de um padecimento logo em seguida à realização de uma conquista aparentemente desejada. Freud (1916/1976, p. 351) diferencia a resistência ao tratamento que aparece como parte do caráter do paciente, nem sempre reconhecidos pelo próprio paciente ou pelos que o cercam, dos sintomas constituídos da maneira como ele explicara até então.

A partir dos casos descritos, Freud (1916/1976) comenta:

(...) É como se elas não fossem capazes de tolerar sua felicidade, pois não pode haver dúvida de que existe uma ligação causal entre seu êxito e o fato de adoecerem. (...) O trabalho analítico não encontra dificuldade alguma em demonstrar que são as forças da consciência que proíbem ao indivíduo obter a tão almejada vantagem proveniente da feliz mudança da realidade. Constitui tarefa difícil, contudo, descobrir a essência e a origem dessas tendências julgadoras e punitivas, cuja existência, onde não esperamos encontrá-las, tantas vezes nos surpreende (p. 357).

E, ao final, Freud (1916/1976) conclui:

O trabalho psicanalítico nos ensina que as forças da consciência moral que induzem à doença em consequência do êxito, e não, como normalmente, em consequência da frustração, se acham intimamente relacionadas com o complexo de Édipo, a relação com o pai e a mãe, como talvez o faz nossa consciência de culpa em geral (p. 374).

Vemos que, apesar de falar em consciência moral e culpa geral, não está esclarecida a forma pela qual esse processo se origina, visto que a formulação sobre a pulsão de morte só terá sido constituída em 1920 no texto *Além do Princípio de Prazer*, bem como a formulação sobre o supereu só terá sido formulada a partir do *O Eu e o Id* (FREUD, 1923/2007), a partir da segunda tópica, que divide o aparelho psíquico em Eu, Id e Supereu, já contando com a pulsão de morte.

A obtenção de prazer na dor torna-se explicável por Freud a partir da necessidade de satisfação da pulsão de morte. A “força demoníaca” descrita por Freud (1920/1976) em *Além*

do *Princípio do Prazer*, diz respeito a uma forma de compulsão que ocorre à revelia à produção ou não de sintomas. Vejamos:

O que a psicanálise revela nos fenômenos de transferência dos neuróticos, também pode ser observado nas vidas de certas pessoas normais. A impressão que dão é de serem perseguidas por um destino maligno ou possuídas por algum poder ‘demoníaco’; A compulsão que aqui se acha em evidência não difere em nada da compulsão à repetição que encontramos nos neuróticos, ainda que as pessoas que agora estamos considerando nunca tenham mostrado quaisquer sinais de lidarem com um conflito neurótico pela produção de sintomas (p.35).

Freud, portanto, descreve a compulsão à repetição como aquilo que sobrepõe o Princípio do Prazer e ainda está na origem dos sonhos de angústia e das brincadeiras infantis, contudo não têm a mesma constituição dos sintomas. Antes do delineamento do supereu ou de posições subjetivas masoquistas, Freud descreve a satisfação da pulsão de morte como necessidade do sujeito em assenhorar-se de uma cena traumática ou na qual sente-se dominado como objeto.

A definição em primeira mão da instância do supereu (*Über Ich*) ocorre no texto *O Eu e o Id* (FREUD, 1923/2007). Aqui Freud (1923/2007) diferencia Eu e Supereu descrevendo a origem de ambos na escuta de sons, de “representações verbais” pré-conscientes, sendo que, porém, ao supereu acrescentam-se “fontes situadas no Id”:

Coloca-se então a questão de se saber em que consiste, afinal, o supereu. Levando em conta a importância que havíamos atribuído aos restos-de-palavras pré-conscientes no Eu, será que – talvez por ser Ics – o supereu consiste exatamente dessas imagens-de-palavra [Wortvorstellungen]? Ou se trata de outra coisa? Nossa resposta será modesta e reside apenas em dizer que é impossível ao supereu renegar que também sua origem se situa naquilo que já foi um dia escutado. Assim, na verdade, ele é uma parte do Eu. (...) Por outro lado, a energia de investimento aportada aos conteúdos do supereu não se origina de eventuais percepções auditivas, lições ou leituras, mas sim de fontes situadas no Id (p. 60).

A importância da origem do supereu a partir daquilo que se ouve será retomada por Lacan na medida em que ele elabora uma das facetas do objeto *a* como voz. O avanço da definição de supereu proposta por Lacan nos será mais congruente para o que encontramos na clínica, ponto ao qual pretendemos articular ainda neste capítulo.

Para expor a definição de supereu neste momento da obra freudiana, citamos a descrição de Nympha Amaral (2012, inédito):

É das marcas inscritas pela via simbólica no campo do recalçado, mas com o empréstimo da urgência e da impulsividade daquilo que, por não se inscrever, se impõe, que a instância superegóica, em suas distintas formas de manifestação, poderá incidir como alteritária para o Eu.

Freud (1923/2007) atribui ao Supereu a função de dar uma ordem contraditória ao

sujeito: para que ele seja como o pai, ao mesmo tempo que reforça que o sujeito não tem as mesmas prerrogativas que o pai para realizar seus desejos. Instaure-se um imperativo paradoxal, cujo ganho secundário é a satisfação na culpa. Um excesso e uma repetição constituem um gozo vinculado ao castigo que se repete. Porém, o sujeito não se sente culpado, repete sem saber.

Em *Problema Econômico do Masoquismo* as elaborações de Freud (1924/1976) permitem compreender que a pulsão de morte inicialmente está amalgamada à pulsão de vida ou libido, sendo que, posteriormente, uma parte dessa pulsão de morte se desprende e vincula-se ao supereu, que passa a ser veículo da pulsão de morte. É no masoquismo primário que se ancoram as demais formas de satisfação das pulsões, sendo a dor e o prazer alvos ou objetivos a serem atingidos e não somente sensações ou *alertas internos*. Desta forma, corrobora-se a nova teoria das pulsões de 1920: prazer e desprazer não podem mais ser explicados pelo aumento ou diminuição de tensão. Já no masoquismo moral, há a imposição ao sujeito de uma punição, que vai além do sentimento de culpa. Tal requinte paradoxal nada mais é do que a exigência de satisfação agenciada pelo supereu, que busca o sofrimento como finalidade.

Já no texto *Mal-estar na civilização* Freud (1930/1976, p. 371) reforça o caráter sem sentido do funcionamento do supereu. Esta instância serve de apoio à consciência moral, mas ela nada tem a ver com suas exigências; quanto mais se dá, mais ele cobra. A instância do supereu em Freud, portanto, se apresenta com características bem marcantes e específicas que darão potência à resolução de problemas clínicos tais como: a resistência, o sentimento de culpa inconsciente e a reação terapêutica negativa. O supereu será pensado, acima de tudo, sob a perspectiva da incidência da pulsão de morte sobre o Eu. Ao supereu cabe ser “representante de todas as restrições morais, o advogado de um esforço tendente à perfeição” (FREUD, 1933/1976, p. 72), como também suas origens devem ser buscadas na primeira forma de identificação: direta e imediata, antes de qualquer investimento em objeto; identificação ao pai de sua pré-história pessoal (FREUD, 1923/2007).

Curiosamente, novamente encontramos a comparação feita por Freud (1930/1976) dos estados maníacos à função da intoxicação:

é possível que haja substâncias na química de nossos próprios corpos que apresentem efeitos semelhante pois conhecemos pelo menos um estado patológico, a mania, no qual uma condição semelhante à intoxicação surge sem administração de qualquer droga intoxicante (...) sabe-se que, com o auxílio desse ‘amortecedor de preocupações’, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade (p. 97).

Valemo-nos da investigação de Nympha Amaral (2012, inédito) sobre o supereu na

mania, que revela que os estados maníacos, antes de serem o deleite sem limites de quem “triunfou sobre o supereu”, são principalmente a resposta do sujeito ao imperativo sem limites do supereu de que ele faça algo incessantemente ou atue sem parar, mesmo em estado de exaustão. Assim também nos parece possível utilizar a comparação feita por Freud (1930/1976, p. 97) entre os estados maníacos à intoxicação ou entorpecência, para afirmar, na mesma medida, que tais fenômenos clínicos não triunfam sobre o supereu, mas sim atualizam exatamente a subjugação à instância superegóica.

É somente com a elaboração lacaniana sobre o supereu que ousamos contrapor a Freud, já que necessitamos esclarecer esse mecanismo sem limites que açoita o sujeito e que parece se opor ao Gozo Fálico. Propomos aqui pensar que a ruptura do Gozo Fálico operada pelo uso da droga não seja o sinônimo do mecanismo da compulsão ao consumo (de substâncias psicoativas, de *gadgets*, de sexo, de jogos, etc.). Nossa hipótese a ser demonstrada aqui é a de que a suspensão do Gozo Fálico, antes de ser função da droga, é função do supereu. Portanto, o uso da droga como ruptura contingencial e parte do pacto civilizatório, faz parte do manejo do mal-estar e do embaraço, maior ou menor, que é consequência da castração. Esta ruptura contingencial não seria, por si só, problemática ou compulsiva.

O que vemos na clínica é que a compulsão está, sim, atrelada à obediência ao imperativo de gozo, função comandada pela instância do supereu. Não estamos, com isso, discordando do dito lacaniano na *Jornada de Cartéis* (1975/1976, p. 268), estamos, sim, especificando a diferença entre o uso de um instrumento incluído no laço social para suspensão do Gozo Fálico e a repetição compulsiva que exaure o sujeito e o coloca em situação de humilhação.

Nossa hipótese, a partir do que trazem os sujeitos que escutamos, é de que, em muitos casos, aquilo que se apresenta aparentemente como compulsão por substâncias psicoativas, nada mais é do que a repetição incessante, positiva e inquestionada em direção ao fracasso/flagelação, que já se fazia presente no *modus operandi* do sujeito antes mesmo de qualquer uso de substâncias psicoativas. É este, o fracasso ou a atuação desastrosa, o que mais comparece na queixa ou na demanda de escuta dos pacientes. Tais fenômenos não estão necessariamente atrelados ao consumo de drogas, mas podem aparecer na forma de identificação ao estigma de criminoso ou culpado ou fracassado, na forma de agressividade e empuxo à destruição de quaisquer relações, ou mesmo na tentativa de drible ao Outro desde a infância.

Nossa premissa da não existência do sujeito toxicômano mantém-se, aqui, principalmente por nosso desencontro com a toxicomania como entidade clínica. Não

encontramos, igualmente, na clínica, o que pudesse ser lido como a fruição de um gozo autístico. Se, em alguns casos, a submissão do sujeito a uma forma de prazer solitário entrou como parte do imbróglio que ele estabelece como forma de relacionar-se com o Outro, isso não esteve na proa da demanda de escuta dirigida ao analista. Por outro lado, o que a clínica dos equipamentos AD nos trouxe, em grande medida, foi o modo de funcionamento neurótico e a enigmática emergência da imposição ao risco de morte, à destruição de laços antigos e recém construídos, ao desperdício de tudo o que foi conquistado, à tentativa de anulação de uma história e várias outras formas clínicas de empuxo ao fracasso. Esse cenário de fracasso se coaduna com a perspectiva inversa de um modelo de vida bem-sucedido, ideal, preconizado nas igrejas evangélicas e, por conseguinte, nas propostas de tratamento das CTs. A diretriz do suposto tratamento oferecido nessas instituições é a de que aquele que vive no pecado é fracassado e o sofrimento é seu castigo, por não ter seguido os preceitos religiosos.

A exemplo dessa posição que alterna ora a busca de uma meta de sucesso que depende de grandes saltos e conquistas, ora a posição do total fracassado, trazemos o caso do pastor de uma igreja evangélica pentecostal que estava internado na Unidade III já pela quarta vez em 3 anos. Em sua última internação, éramos responsáveis pelo caso e permanecíamos atentos não somente ao que ele associava nos atendimentos individuais, mas também à sua forma de relacionar-se com os demais pacientes e com a equipe. Isto se deve à noção de que o inconsciente é transindividual e o sujeito pode, no coletivo, comparecer, assim como o analista também poderá intervir no coletivo. Além disso, a transindividualidade do inconsciente faz com que o que se passa no atendimento individual não seja correspondente a uma relação dual ou intersubjetiva. O paciente descreve sua posição como a de alguém bastante manipulador, que, desde adolescente, exerceu função de liderança nos grupos nos quais se embrenhava, seja na torcida organizada, seja na facção criminosa, seja na igreja evangélica. Outro dado importante neste caso foi o de que este paciente tinha sido obeso e tinha realizado cirurgia bariátrica antes da primeira internação na Unidade. Naquela última internação na Unidade III, este paciente havia chegado extremamente debilitado a ponto de não conseguir se sustentar em pé. Na primeira semana de internação presenciamos uma técnica de enfermagem perguntar-lhe, em meio a outros pacientes: “e aí, como você está hoje?”. Ele responde: “melhor do que eu mereço”. Intervim nesse momento, pedindo a ele que repetisse o que tinha dito. Ele prontamente explica “a senhora não sabia que estamos sempre melhores do que merecemos; que, aos olhos de Deus não merecemos nem metade do que temos?”. Chamou-nos a atenção a certeza e a serenidade, sempre maliciosa, com a qual ele proferiu tais palavras, baseado nos ensinamentos bíblicos, propagando o estado de constante

dívida a um ser superior que todos nós nos encontramos de saída.

O empenho dos sujeitos em busca da realização dessa imposição ao fracasso, a qual eles só se questionam *a posteriori*, considerando-a cruel e independente deles, ou da posição de devedores e não merecedores, é maior e mais eficiente que qualquer outra realização do sujeito. Em alguns casos, aparece outra cruel imposição, *a posteriori*, como uma grande dose de autojulgamento, arrependimento e exposição de si mesmo a um cenário de humilhação/flagelação.

Já em outros casos, a cena de humilhação e fracasso se alterna com um brio excessivo, ou com provocação ao outro para que o julgue ou o reconheça e a qualquer gesto ou palavra não congruente a esse brio, impõe-se a necessidade do fracasso como forma de agredir o outro. É o que colhemos como exemplo na fala do paciente M. 43 anos: “meu enteado disse que sou vagabundo, não trabalho e, então, me dá uma revolta....vou lá e bebo”. Como quem *veste a carapuça* proferida pelo outro, M. conclui que se encaixa exatamente no lugar ao qual o acusam e que ele diz que rechaça. Revelam, muitas vezes, a imagem do *tiro no pé* quando da escolha, sempre inadvertida, das metas mais difíceis e brilhantes para, então, fracassar. Assim como revelam o momento, descrito por eles como, enigmaticamente repentino da *recaída* como ponto cego em um percurso no qual, justamente quando tudo estava indo bem, se veem rendidos ou impelidos a cumprir uma ordem de “estragar tudo”*. Esta ordem é a forma como tomamos a função do supereu. Assim, enfatizamos o supereu não como aquele que resguarda os valores morais e que contém o gozo, sustentando os padrões civilizatórios, mas sobretudo a função descrita repetidamente por Lacan como a daquele que impõe que o sujeito goze. Mas um imperativo de gozo funesto, vinculado à pulsão de morte.

Segundo Gerez-Ambertín (2003), não é possível encontrar formulação teórica definitiva no ensino lacaniano acerca do Supereu, a ponto de Lacan (1971/2009, p. 84) declarar que “a única coisa que nunca tratei é do supereu”. Não obstante, durante todo o ensino Lacan trata do supereu com bastante eloquência e, desde o início, deixa claro que não o toma como instância proibidora, ou como somente herdeira do Édipo. Se, para Freud, o supereu é ligado ao Ideal do Eu por identificação ao pai da pré-história, que faz o sujeito incorporar a voz da perfeição, para Lacan essa voz do Outro primordial é não toda herdada do pai. O que é transmitido do pai, nesse caso, são justamente as falhas e não a perfeição. Lacan (1955/1985, p.118) situa que “é o discurso do meu pai, por exemplo, na medida em que meu pai cometeu faltas as quais estou absolutamente condenado a reproduzir – é o que se denomina superego”.

Logo no primeiro Seminário, Lacan (1953/1996) examina a questão do supereu como

um imperativo, diferenciando-o do Ideal do Eu e enfatizando “seu caráter insensato, cego, de puro imperativo, de simples tirania”. Segue afirmando que o supereu chega a ser o próprio desconhecimento da lei:

O supereu é, a um só tempo, a lei e sua destruição. Nisso ele é a palavra mesma, o comando da lei, na medida em que dela não resta mais do que a raiz. A lei se reduz inteiramente a alguma coisa que não se pode nem mesmo exprimir, como o Tu deves, que é uma palavra privada de todos os seus sentidos. É nesse sentido que o supereu acaba por se identificar àquilo que há somente de mais devastador, de mais fascinante, nas experiências primitivas do sujeito (p. 123).

A releitura de Freud feita por Lacan revela que o supereu, portanto, é o resíduo que escapa à articulação entre desejo e lei do Édipo. Como residuação do pai que faz exceção à norma fálica, tomamos o supereu como aquele que faz contraponto à metáfora paterna.

Posteriormente, no Seminário 4, é tratando das relações de objeto que Lacan (1956/1995) define a origem do supereu como anterior à inscrição do significante Nome-do-Pai, tendo relação com a passagem do objeto real da necessidade, pela via da simbolização. Ele surge no lugar da recusa do dom do amor. Os resquícios daquilo que se ouve, como disse Freud (1923/2007, p. 60), ganham corpo, compensando a falta do dom do amor e preenchem o desamparo, fazendo companhia ao sujeito. A origem do supereu está no desamparo primordial vivido pelo sujeito. É neste desamparo que algo se funda, catalisando e dando sentido à pulsão de morte. Nas palavras de Lacan (1956/1995):

Cada vez que há uma frustração de amor, esta é compensada pela satisfação da necessidade. É na medida que a mãe falta à criança-que-a-chama que esta se agarra ao seu seio (...).

(...) um objeto real assume sua função como parte do objeto de amor, assume sua significação como simbólico, e a pulsão se dirige ao objeto real como parte do objeto simbólico; este se torna, como objeto real, uma parte do objeto simbólico. [Se isto pode ocorrer] (...) qualquer outro objeto capaz de satisfazer uma necessidade real pode vir colocar-se em seu lugar, e, principalmente, este objeto já simbolizado (...) que é a palavra. Na medida em que a regressão oral ao objeto primitivo de devoração vem compensar a frustração de amor, essa reação de incorporação dá seu modelo (...) à incorporação de certas palavras dentre outras, que está na origem da formação precoce daquilo a que se chama o supereu (p. 178).

A voz do Outro primordial é amoral, ela apenas agencia a pulsão de morte que impõe somente uma ordem: goze! Não importa se o sujeito goza obedecendo à lei ou transgredindo-a, importa que ele goze sem mediação. O exemplo clínico mais corriqueiro quando se trabalha nos equipamentos de saúde mental é o retorno da voz do Real ao psicótico. No caso dos neuróticos que só podem ouvir “a voz da consciência”, o açoite do supereu se converte em atuação mortífera, como correlato da castração que impele ao gozo.

Lacan (1962-1963/2005) elabora um grande marco conceitual de seu ensino em seu

décimo Seminário: o objeto *a* disjunto do significante. Neste Seminário a voz é tomada como uma das cinco formas do objeto *a* (seio, fezes, falo, olhar e voz), avançando para além do modo freudiano de tomar a relação de objeto. O objeto *a* é aquilo que não pode ser especularizado, não tem sentido, não tem consistência, senão como furo, ao qual as cinco formas de caracterização lhe fazem borda. Em sua dimensão Real, e não Simbólica, a voz veicula uma sonoridade impossibilitada ao significante. A partir desta elaboração, Lacan repete algumas vezes ao longo do ensino a homofonia da língua francesa para transmitir que, ao ouvir o mandamento superegóico “Goza!” (Jouis!), o sujeito obedece com “Ouço” (J’ouïs) (LACAN, 1962/2005, p. 91-92). O supereu, portanto, é a instância que encarna tal voz, imperativa e sem sentido algum. Resíduo mortífero que investe contra o sujeito independente dele passar pelo Édipo ou não (PENA, 2011, p. 18).

Lacan (1971/2009), no Seminário 18, desvela a relação entre o pai primevo e o supereu:

Qual é a essência do supereu? [...] Qual é a precisão do supereu? Ele se origina precisamente nesse Pai original mais do que místico, nesse apelo como tal ao gozo puro, isto é, à não castração. Com efeito, que diz esse pai no declínio do Édipo? Ele diz o que o supereu diz. Não é à toa que não o abordei realmente até agora. O que o supereu diz é: Goza!

É essa ordem, a ordem impossível de satisfazer, e que está, como tal, na origem de tudo o que se elabora sob o termo “consciência moral”, por mais paradoxal que isso lhes possa parecer (p. 166).

Como já dito, será, finalmente, no Seminário 20, que Lacan (1972-73/1985, p. 15-16) frisa que, por causa da castração, não há a complementaridade entre os sexos, ou seja, não se goza do corpo do Outro e sim só se goza do órgão. A ordem impossível de ser satisfeita, correlata da castração, é aquela que “se promove pela infinitude”, ou seja, a ordem do supereu. Ordem signo da confissão de que não se goza do corpo do Outro. A castração, como lei que regula o Gozo Fálico sustenta tal tensão, enquanto o supereu faz empuxo ao gozo infinito fora da castração.

Gerez-Ambertín (2003, p.269) aponta a grande diferença quando o supereu, diferentemente do puro objeto voz, manifesta-se sob a forma de culpa:

(...) como pura cominação, ele não se articula à demanda (frase do Supereu desemoldurada do fantasma). Se, por outro lado, ele se veicula pela culpa consciente e inconsciente com alguma articulação significante, ele já é um apelo ao Outro para escapar de algum gozo.

Desta forma, entendemos que a culpa já é uma forma de invocação ao Outro, produz certa leveza amorosa. “Veja como me culpo, como limpo para você as impurezas do caminho! Ama-me, ampara-me!” (GEREZ-AMBERTÍN, 2003, p. 270). Na culpa o sujeito se posiciona

em suspenso entre a demanda ao Outro e o objeto *a*, o que possibilita, a partir disso a inibição, o sintoma, o *acting out* e outras formações de apelo no uso do significante. A culpa, portanto, talvez seja um norte clínico para o atravessamento necessário ao neurótico grave que encontramos na clínica dos equipamentos AD. É a partir da culpa que as religiões cristãs encontram a seara perfeita na qual podem semear os mandamentos que cerceiam os *fiéis* e sustentam as chamadas CTs brasileiras, propagadas como forma de tratamento.

3.4 Falo e supereu como antitéticos e o que pode a psicanálise

Como vimos, o Gozo Fálico comporta um paradoxo, já que está ancorado na castração, na medida em engendra algum meio de relação entre os sexos, porém não a complementaridade entre eles. Tal paradoxo se configura no fato de que o Gozo Fálico reafirma a castração ou o impossível, e, por outro lado, é o que possibilita a relação do ser falante com seus objetos. O fato da fusão ou complementaridade entre os sexos ser impossível exige meios para que o ser falante se situe no plano da realidade. O lado masculino da tábua da sexualização, habitado pelo sujeito, não se relaciona diretamente com o Outro, mas sim com o objeto *a*, na cena fantasmática, como vimos anteriormente. Lacan (1972-73/1985) faz a equivalência entre a fantasia e o Princípio de Realidade como suporte ou meio do sujeito “atingir seu parceiro sexual” (p. 108) ou lidar com os objetos do mundo, bem como com o outro semelhante.

A partir desses elementos, podemos supor que quando o objeto *a* não está em sua função de causa de desejo na fantasia (tela que recobre o Real) podem ocorrer manifestações desastrosas: ou eclode-se a angústia ou, ainda, na tentativa de tamponar a angústia, advém a função do supereu. É a partir disso que atestamos que a estrutura neurótica, por si mesma, não garante ao ser falante a estabilização perene ou o não afloramento de quadros bastante graves, como os que encontramos nos equipamentos AD.

Em *A Subversão do Sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano* afirma Lacan (1960/1998, p. 841) que o neurótico nega a castração, pois imagina que é ela o que o Outro demanda nele. Assim, há um esforço imaginário contra a castração, e, conseqüentemente, o preço a se pagar é a suspensão da possibilidade do desejo. A castração aqui é tomada pelo neurótico apenas pela via do impedimento, negando o que ela possibilita. Essa tentativa de mortificação do desejo chega a manifestações clínicas semelhantes à flagelação, citada por Lacan (1969/1992, p. 47), no Seminário 17, como prática erótica masoquista, na qual o corpo é tomado como objeto de gozo.

No texto *A Subversão do Sujeito* Lacan (1960/1998, p. 838) anuncia o que podemos considerar como uma das questões, talvez a fundamental, que o trabalho da análise visa alcançar: "a castração significa que é preciso que o gozo seja recusado para que possa ser atingido na escala invertida da Lei do desejo". O gozo do qual fala Lacan neste texto é o gozo mortífero, já que neste momento do ensino ele ainda não havia elaborado as três formas de gozo (Fálico, do Outro e do sentido). Tomando retroativamente este dito lacaniano, podemos formular que o desejo só se engendra a partir da lógica fálica, ou do Gozo Fálico.

Entendamos, portanto, a castração como reguladora do gozo, já que a cadeia significante "em si não barra o acesso do sujeito ao gozo; ela apenas faz de uma barreira natural um sujeito barrado. Pois é o prazer que introduz no gozo seus limites..." (LACAN, 1960/1998, p. 836). E o que há no prazer humano que limita o gozo? Segundo Lacan (1960/1998), a resposta só pode advir do fato de a castração envolver um sacrifício do falo. Isto é:

é a simples indicação desse gozo em sua infinitude que comporta a marca de sua proibição e, para constituir essa marca, implica um sacrifício: o que cabe num único e mesmo ato, com a escolha de seu símbolo, o falo (p. 837).

O falo regula o gozo, enquanto o supereu se encarna justo como o imperativo do gozo. Neste sentido, podemos dizer que falo e supereu são antitéticos. De acordo com Gerez-Ambertín (2003, p.221), "o supereu é o avesso do desejo, é a patogenia da lei, é sua falha estrutural".

Apostando que a clínica psicanalítica ainda não esgotou as possibilidades de intervenção quanto à neurose no espaço coletivo, trazemos a declaração de Lacan (1973/2003, p.528) feita à TV italiana: "a gulodice pela qual Freud denotou o supereu é estrutural – não é um efeito da civilização (...)". Esta declaração corrobora com nossa experiência clínica, em detrimento ao que poderia se tomar por uma suposta mudança de constituição do inconsciente na atualidade. Somente ao ocuparmos o lugar do analista é possível depurar aquilo que é trazido pelos pacientes, tentando levar às últimas consequências o rigor do método freudiano.

O padecimento estrutural a partir da "gulodice" do supereu, que se inscreve singularmente no coletivo de acordo com a configuração do laço social possível em cada época, nos remete à condução imaginada por Freud (1919a /1976) em *Linhas de Progresso na terapia psicanalítica*:

Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente

tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. 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 (p. 181, grifo nosso).

Freud supõe o uso da bebida como forma de “tratar” a angústia fora da possibilidade da análise. Inúmeros pacientes internados na Unidade III descrevem o uso da bebida ou outra substância como forma de lidar com o mal-estar que lhes acomete e que nunca puderam (ou quiseram) tratar de outra forma. Enfrentamos na Política Nacional de Saúde Mental uma grande celeuma em torno do modelo ambulatorial, visto que ele, na maioria das vezes, reproduz a clínica reducionista e descontextualizada que perpetua a cronicidade do sujeito. A ausência de espaços públicos nos quais o sujeito possa tratar sua singularidade, sem que seja nos moldes do tratamento substitutivo ao manicômio, deixa uma lacuna à possibilidade de intervenção. Cabe a um a um dos analistas vislumbrar a possibilidade de instaurar o Discurso Analítico onde estiverem. Nossa proposta não se coaduna a uma higienização dos corpos ou um *savoir-faire* dos corpos (LACAN, 1972/2003, p. 479), nem mesmo à proposta de que se domine sua natureza pulsional. Pensamos que a intervenção do analista se dirija à possibilidade do sujeito se apropriar de seu desejo, o que deve trazer consequências em sua forma de lidar com o corpo. Caberá ao sujeito inventar, quando possível, uma outra saída que não apenas a inibição ou o sintoma, ou ainda sua completa submissão a um supereu feroz, a partir do usufruto da lógica fálica. Como nos apontou Askofaré (2009, p. 353), a psicanálise, em seu viés de “erotologia” (mais do que ética ou terapêutica) ou a intervenção para a erotização do discurso pode ser o caminho para a sustentação do desejo e manejo da vida.

4 O COLETIVO, A HOMOGENEIZAÇÃO E A VIOLÊNCIA

A minha alma tá armada e apontada para a cara do sossego, pois paz sem voz

não é paz é medo.

Às vezes eu falo com a vida, às vezes é ela quem diz, qual a paz que eu não quero conservar para tentar ser feliz.

As grades do condomínio são para trazer proteção, mas também trazem a dúvida se é você que está nessa prisão.

Me abrace e me dê um beijo, faça um filho comigo, mas não me deixe sentar na poltrona no dia de domingo, procurando novas drogas de aluguel nesse vídeo coagido.

É pela paz que eu não quero, seguir admitindo.

Minha alma, O Rappa, 1999

Diante das críticas à psicanálise como prática elitizada e da “impostura” dos próprios colegas psicanalistas que favoreceriam tais críticas, Jean Oury (1970, inédito) descreve o coletivo do hospital psiquiátrico como eminentemente psicanalítico. Associamos a isso, como ponto de sustentação do desejo do analista que orienta nossa prática, a afirmação lacaniana de que: “a resistência é sempre do lado do analista” (LACAN, 1958/1998, p. 601). Assim, pretendemos detalhar melhor nossa aposta na prática rigorosa da psicanálise mesmo quando ela não ocorre no atendimento pretensamente individual em consultório privado. Nossa prática tem o espaço coletivo de uma unidade de internação psiquiátrica chamada Unidade III do Complexo Integrado de Assistência Psicossocial (CIAPS) Adauto Botelho. Acrescentamos às elaborações concernentes a ela o período de dez meses, posteriores, em que estivemos inseridos no espaço institucional do CAPS AD III Mirian Makeba do município do Rio de Janeiro.

No capítulo anterior, demonstramos que o lugar do analista não é aquele que pressupõe o estereótipo do que deverá ser tratado na clínica. Isso possibilitou acolher a demanda dos usuários do equipamento, contrariando a premissa de que abusadores de substâncias psicoativas não possuiriam demanda de tratamento. Não comparecer à cena clínica com a ideia de oferecer tratamento a um “sujeito toxicômano”, mas sim na posição do não saber, possibilita também o encontro com fatos clínicos que nos ensinam e nos impõem questões.

Advertências iniciais necessitam ser feitas sobre duas questões que se sobressaem em nossa prática clínica e que se destacaram nas elaborações desta tese. A primeira diz respeito à experiência analítica fora do âmbito do consultório particular. A segunda é a de que o que o que se repete ou mais emergiu nesta clínica diz respeito ao âmbito da neurose.

Trata-se de uma prática que, como dissemos, se realiza no coletivo de uma unidade de internação psiquiátrica e cuja equipe multidisciplinar não conta com nenhuma forma de supervisão clínica. No outro equipamento da rede pesquisado, CAPS AD III Mirian Makeba, coube-nos a possibilidade de interagir com usuários e com a equipe, mas não assumir casos especificamente. Ambas as equipes não estão orientadas pela clínica psicanalítica lacaniana.

A partir da teoria dos discursos de Lacan (1969-70/1992), a escrita dessas quatro estruturas de linguagem sem palavras, os discursos, é o que nos possibilita cernir o que se passa na experiência analítica, assim como permite uma apreensão do que determina o momento em que nos colocamos na cena clínica. Talvez a prática solitária no consultório particular turve a questão, criando um estofado imaginário de que ali, no consultório, o Discurso do Analista estará agenciando o laço social, mais do que em qualquer outro espaço. Não é pelo conforto proporcionado por essa nebulosidade conceitual que situamos o lugar do analista. Como relembramos na Introdução deste trabalho, o que mais se evidenciou em nossa Dissertação de Mestrado (2008) foi o caráter *transindividual* do Inconsciente, fazendo com que oposições individual/coletivo, público/privado, interno/externo percam sua pertinência conceitual.

Sobre a segunda questão, em que há algo próprio da neurose na clínica dos equipamentos AD, foram fenômenos relativos à essa estruturação que se impuseram, inesperadamente, desde o início de nossa prática. No capítulo anterior frisamos o legado clínico deixado por Lacan (1975-76/2007) ao desfazer a hierarquia normativa entre as estruturas, na qual a neurose, via metáfora paterna, era o paradigma de estruturação por excelência. Isto não nos exime da imposição primeira na experiência analítica em localizar aquilo de que se trata quanto ao que amarra, sustenta ou nodula a estrutura que se apresenta quando se demanda um tratamento. Com isso afirmamos que, apesar de nos balizarmos pela clínica borromeana elaborada por Lacan no final de seu ensino, na qual a clínica da neurose, da psicose e da perversão estão patamarizadas, é imprescindível estarmos situados quanto a um *diagnóstico diferencial* na medida em que nodulação da estrutura condicionará o ato analítico quanto à transferência.

Ao afirmar que encontramos a neurose como prevalente nos equipamentos AD não estamos, com isso, determinando o endereçamento de nossa clínica ou afirmando que os

equipamentos AD são destinados somente para neuróticos. Tentamos aqui nortear um campo clínico cujos manejos da transferência, bem como as intervenções da equipe, estão diante de inúmeras questões quanto às quais temos a hipótese que ocorram, na maioria das vezes, por efeito de um coletivo formado pela maioria de usuários cujo o Eu, como instância da estrutura inconsciente, é bastante consolidado. Fato diverso das questões sobre manejo da transferência nos equipamentos da rede onde os usuários são, em sua grande maioria, psicóticos e autistas, aos quais a instância do Eu é, temporária ou definitivamente, fragmentada. Ou seja, efeitos de formação de grupo não são encontrados nos equipamentos cuja maioria dos usuários são psicóticos, enquanto que, constantemente, impõem impasses às equipes dos equipamentos AD. Sustentando-nos na clínica borromeana trabalhada no capítulo anterior, podemos dizer que a constituição do corpo próprio e do Eu, como superfície (FREUD, 1923/2007, p. 38) e do Ideal do Eu na estrutura, são condicionadas pelo modo de amarração dos três registros. Nos deteremos sobre essa articulação na discussão que se segue.

Como dito no primeiro capítulo, seguimos a recomendação freudiana de “trabalhar como uma besta” (FREUD, 1900/1976, p. 480) sem selecionar previamente de que estrutura iríamos tratar. Contudo, o primeiro fato que chamou atenção foi o de que os maiores impasses para as equipes nos equipamentos AD não se relacionavam diretamente às crises de desagregação ou crises delirantes, comuns nos casos dos psicóticos em surto; nem mesmo as crises de abstinência. O que mais nos impactou, para além das dificuldades relativas a cada usuário, relacionava-se à violência explícita e a intensos jogos de poder e rivalidade no coletivo, que atravessavam a relação transferencial. Tal característica exige a elaboração, por parte dos profissionais, de outros elementos de intervenção, diferentes daqueles que fazem parte dos equipamentos nos quais a maioria dos usuários são psicóticos, para que se efetive um giro discursivo. Buscamos, portanto, pensar essa diferença de modo a contribuir tanto com a clínica psicanalítica quanto com as políticas públicas de saúde mental.

O histórico das políticas públicas em saúde mental no Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), delineou duas grandes frentes de trabalho, fundamentadas no diagnóstico psiquiátrico quanto ao que prevalece na fenomenologia apresentada pelo caso. Assim, desde as unidades de internação até as unidades substitutivas ao manicômio (CAPS), os equipamentos são divididos em dois grandes grupos, serviços e equipes: os equipamentos para psicóticos, conhecidos como para *portadores de transtornos mentais* e os equipamentos da rede de atenção que estamos chamando de equipamentos AD. Isso não quer dizer que um psicótico que faça uso prejudicial de substância psicoativa não possa ser atendido em um serviço AD, ou que um neurótico grave não possa ser atendido por um serviço destinado a

portadores de transtorno mental. Cabe às equipes decidir, baseadas em inúmeros fatores, onde e como atender esse usuário, lidando com a singularidade do caso. Coincidentemente ou não, é flagrante nos equipamentos AD, a hegemonia de valorações compartilhadas, prevalentemente neuróticas, que atravessam os laços dentro do serviço e interferem diretamente na concepção do serviço e na elaboração do Projeto Terapêutico Global - PTG, que contém finalidades e método de tratamento de cada equipamento. Enquanto que, nos equipamentos destinados aos *portadores de transtorno mental*, a diretriz do PTG se fundamenta na inclusão da diferença na sociedade e resgate da cidadania, como pano de fundo.

O que se verifica no campo dos equipamentos AD é que a clínica é perpassada por diversas lógicas com regras ou normas próprias, às vezes conflitantes entre si, originárias de diversos contextos sociais, incorporadas pelos usuários, familiares e pela equipe: as normas do Estado de Direito, as diretrizes da RPB e suas portarias, as normas do tráfico de entorpecentes, as normas da Bíblia interpretada por inúmeras igrejas, as normas do grupo internacional dos Alcoólatras Anônimos, as normas de convivência do sistema prisional, as normas da milícia, etc. São instituições, oficiais ou não, que atravessam o campo clínico de forma a condicionar inúmeras intervenções e a serem modelo de justificativa para muitos impasses do cotidiano. Supomos que são tais normas que condicionam o S1 no Discurso do Mestre e buscamos questionar o motivo pelo qual tais instituições são tão contundentes e massivas nos equipamentos AD e não na clínica dos serviços para *usuários com transtornos mentais*.

Autorizamos-nos a estes questionamentos na medida em que percebemos que se trata de um questionamento dos próprios idealizadores da RPB. Na reunião de supervisão institucional do CAPS AD III Mirian Makeba do dia 31 de agosto de 2015, a equipe recebeu um dos grandes pensadores e expoentes trabalhadores de saúde mental pública no Brasil, Emerson Elias Merhy. Merhy foi convidado a um seminário especial com a equipe, cuja demanda principal era a de que pudesse trabalhar a questão da violência no cotidiano do serviço. Iniciou o seminário/supervisão com as seguintes palavras:

temos aproximadamente vinte anos de vivência em saúde mental e constatamos que a Reforma Psiquiátrica foi pensada para desinstitucionalizar o louco. Os equipamentos substitutivos ao manicômio têm essa marca. Aqui com vocês é uma história diferente. Tudo o que vivenciamos nos outros equipamentos não serve para cá. Tragam elementos e vamos pensar juntos*.

A RPB teve como maior fundamento epistemológico as diretrizes da psiquiatria Democrática Italiana, de Franco Basaglia, que orientou, além de extensa gama de acúmulo

bibliográfico sobre o tema, a formação de profissionais com nova ética, a profunda intervenção social a partir de uma nova rede de equipamentos de atenção psicossocial, também a implementação de portarias que regem tais serviços (YASUI, 2006). As origens destas diretrizes permanecem nas bases institucionais, impulsionadas pelas principais finalidades da RPB: o resgate à cidadania dos usuários, a proposição da Clínica Ampliada, a inclusão da diferença - capitaneada principalmente pela psicose - nas possibilidades de laço social (BEZERRA 2013, p. 50). A partir da RPB, constatou-se grande avanço quanto às pesquisas e tratamento da psicose e do autismo, além do que, a psicanálise como método de intervenção, encontrou nos novos dispositivos de cuidado campo possível para sua pesquisa e clínica. O CAPSI Pequeno Hans, equipamento para autistas e psicóticos do município do Rio de Janeiro, é um exemplo da clínica psicanalítica entre muitos (SANTOS e ELIA, 2005), que encontra em outros equipamentos de saúde mental da Europa, correspondência em seu modo de funcionamento, como a clínica *La Borde* orientada pelos ensinamentos de Jean Oury, por exemplo.

Jean Oury (1984/2009, p. 39) define o trabalho que realizou em La Borde, a partir da definição d'O Coletivo: “seria, talvez, uma máquina a tratar a alienação, todas as formas de alienação, tanto a alienação social, coisificante, produto da produção, como a alienação psicótica”. O trabalho de Oury, fundante da chamada Psicoterapia Institucional e ancorado no ensino de Lacan, propôs fazer girar os discursos como forma de “produção de singularidade”. Tal proposta é fundamento epistemológico de inúmeros supervisores e proponentes da Clínica Ampliada na RAPS. Se a produção de singularidade é a proposta, por que somos flagrados constantemente, enquanto operadores da clínica, dentro de efeitos de grupo ou de cenas de violência, nos equipamentos AD?

O que é que se inaugura, nos equipamentos AD, como campo diferente dos outros? A diferença que aparece na clínica entre o coletivo de psicóticos e o coletivo de neuróticos não está, de modo algum, na gravidade das crises ou surtos ou risco de vida aos envolvidos. Nossa hipótese nasce a partir da observação de que, nos equipamentos AD, a maioria dos fenômenos que ocorrem no laço social, decorrem dos efeitos de formação de grupo e da submissão ao Discurso do Mestre.

No caso da psicose, valemo-nos da impossibilidade lógica do psicótico entrar “completamente na dança dos discursos” (QUINET, 2006, p. 52). Lacan (1955-56/1998), desde o início do ensino, dedicou-se a formular o modo como, na psicose, se faz possível a relação com o outro semelhante, até formular a topologia dos nós a partir da qual a dificuldade em suplenciar a falta no Outro é patamarizada às outras estruturas (neurótica e

perversa). Contudo, há diferenças (não deficiências) na maneira como funciona a relação com o outro semelhante entre aquele cuja estrutura parte da forclusão do Nome-do-Pai e aquele cujas balizas fálicas determinam as consequências. Em suas palavras: “a relação com o outro semelhante (...) é perfeitamente compatível com a relação fora-do-eixo com o grande Outro e com tudo o que ela comporta de anomalia radical” (LACAN, 1955-56/1998, p. 580). No espaço coletivo de equipamentos de saúde mental para *portadores de transtornos mentais*, não constatamos que os usuários, estabilizados ou em surto, pactuassem espontaneamente com o seguimento de regras comuns agenciadas por um senhor, identificando-se uns com os outros, movimentando-se em efeitos de grupo, como ocorre cotidianamente nos espaços coletivos dos equipamentos AD.

Além disso, o coletivo pode se configurar como o melhor dispositivo clínico para tratar psicóticos e autistas em relação ao chamado *método clássico*, visto que

O Outro desses sujeitos, não se tendo constituído no plano inconsciente pela via do recalque, não lhe faz retornar sua própria mensagem de forma invertida por meio da associação livre, já que, muitas vezes, esses sujeitos, inclusive não falam. Ao contrário, o Outro não se tendo subjetivado de forma a se fragmentar e ‘se furar’, é experimentado como externo e absoluto, o que se intensifica no consultório e na situação a dois, na qual o sujeito tende a se alocar em um desses fragmentos. (SANTOS e ELIA, 2005, p. 120).

Já com neuróticos, o dispositivo freudiano, baseado na regra fundamental da associação livre, que requer que o falante tente não censurar nenhum pensamento que lhe ocorra, pelo contrário, que diga tudo e qualquer coisa que lhe vier à cabeça, na maioria das vezes faz com que os momentos de escuta sigilosa sejam os mais contundentes da clínica. Com a força do Discurso do Mestre, a cena coletiva convoca à total manipulação do dizer, por parte dos usuários. Isto não significa que ambulatórios, com funcionamento de agenda previamente marcada, portem o melhor dispositivo clínico para tratar a neurose. O que necessitamos questionar, neste momento, é como lidar com estas especificidades da neurose, mantendo a produção da singularidade, sem retroceder ao modelo tradicional de clínica ou mesmo sem fomentar a segregação.

Independente da modalidade do equipamento (se é um serviço fechado ou aberto), nossa questão se delinea a partir da hipótese de que, nos equipamentos AD, o Discurso do Mestre está a plena marcha, com o agravante, contudo, de que há uma tensão entre diversos S1 concorrendo à regência do discurso. São diversas modulações daquilo que se deve seguir como mito, encarnadas, por exemplo, na escrita do juiz, nas promessas do deputado, na pregação do pastor, na palavra do traficante, na recitação do coordenador do grupo de autoajuda ou na demanda da mãe do usuário. Os S1 regentes trazidos por estas instituições ou

formações grupais legitimadas, oficialmente ou marginalmente à legalidade da *polis*, em diversos momentos são conflitantes e subsidiam uma ambiência na qual, constantemente, ocorrem ameaças, violência física e destruição das instalações físicas do serviço por alguém que não está, nem nunca esteve delirante.

Figura 11 - Discurso do Mestre e os lugares

$$\begin{array}{ccc} \textit{agente} & & \textit{Outro} \\ S_1 & \rightarrow & S_2 \\ \text{\$} & & a \\ \textit{verdade} & & \textit{produção} \end{array}$$

O Discurso do Mestre é aquele que quer que as coisas andem (LACAN, 1974/2010). Nele o significante-mestre representa o sujeito, este em posição de verdade, para a bateria de significantes ou para o saber, que, por sua vez, está no lugar de trabalho. O S1 que agencia o discurso traduz o suporte mítico social. O Discurso do Mestre “começa com a predominância do sujeito, na medida em que ele tende justamente a se sustentar apenas nesse mito ultra-reduzido, o de ser idêntico a seu próprio significante” (LACAN, 1969-70/1992, p. 84). E o que resta velado a este significante único é a sua verdade de sujeito dividido. Desta posição, o senhor nada quer saber sobre o desejo, cuja causa se presentifica como resíduo do trabalho do Outro. Tomamos, desta forma, o Discurso do Mestre como o discurso civilizatório, aquele que coloca em marcha a significantização, tentando rechaçar o Real, enquanto impossível - da castração à inexistência da relação sexual. É com este impossível que a psicanálise trabalha, a partir do *avesso* do Discurso do Mestre: o Discurso do Analista, demonstrado nos capítulos anteriores.

Retomemos o trecho citado no capítulo anterior sobre o sintoma. Em *La Tercera*, Lacan (1974/2010, tradução nossa³⁰) aponta que é ele o que faz barreira ou atrapalha o Discurso do Mestre, como o que tem seu sentido no Real:

O discurso do mestre, por exemplo, sua finalidade é que as coisas andem ao passo de todo mundo. Pois bem, não é assim para o real, porque o real é o que não anda, é o que se põe em cruz no meio da estrada para impedir que as coisas andem, mais ainda, é o que não cessa de se repetir para entravar essa marcha. Eu já lhes disse da seguinte forma: é aquilo que retorna ao mesmo lugar (p. 81).

³⁰ Texto original: El discurso del amo, por ejemplo, su fin es que las cosas anden al paso de todo el mundo. Pues bien, no es para nada lo mismo que lo real, porque lo real, justamente, es lo que anda mal, lo que se pone en cruz ante la carreta, más aun, lo que no deja nunca de repetirse para estorbar ese andar. Lo dije primero en la forma siguiente: lo real es lo que vuelve siempre al mismo lugar. (...) el sentido del síntoma es lo real, lo real en tanto se pone en cruz para impedir que las cosas anden, que anden en el sentido de dar cuenta de sí mismas de manera satisfactoria, satisfactoria el menos para el amo.

E mais adiante

(...) o sentido do sintoma é o real, na medida em que ele se põe em cruz para impedir que as coisas andem, que andem no sentido de dar conta de si mesmas de maneira satisfatória, satisfatória ao menos para o mestre (p. 84).

Se supomos que, nos equipamentos AD, o Discurso do Mestre funciona a pleno vapor é porque supomos que, apesar de haver multiplicidade daquilo que pode ocupar o lugar do S1 no discurso, há a tentativa de que este discurso se mantenha firme. Se supomos também, a partir da indicação de Lacan de que a função do *pharmakon* é o rompimento com o falo, que há uma busca de amortecimento da angústia inerente à castração, supomos também que no Discurso do Mestre pode se operar uma produção de sentido a partir da qual a angústia continue amortecida, porém se coloca uma nova forma de tentar rechaçar ou encobrir a castração. Ou ainda, tenta-se encobrir a verdade da divisão do sujeito. Esforçando-se por cumprir tal *missão*, há inúmeras formas de engendrar uma promessa de *cura*, sem ter que se a ver com a castração e que são tão ou ainda mais bem-sucedidas que a droga, em seu efeito *pharmakon*, substituindo um tipo de dependência por outro tipo. Nossa posição não é a de denúncia, mas de olhar clínico sobre o que, no circuito da demanda neurótica, torna qualquer promessa de cura ou de engendramento de significação extremamente valorizados no laço social. Os usuários lidam com regras. Mais especificamente pedem-nas, testam-nas, manipulam-nas, buscam-nas, burlam-nas. Assim, o Discurso do Mestre, como laço social hegemônico e civilizatório, dificilmente encontra impedimento. Contudo, é graças à insistência do Real, retornando sempre ao mesmo lugar, que vemos a possibilidade do giro do discurso a partir do Discurso do Analista.

Aqui cabe a próxima pergunta. Se nos equipamentos AD o Discurso do Mestre funciona a pleno vapor, a que se deve, então, a ambiência tensa e ameaçadora nas relações? Não seria aí mesmo o espaço no qual as coisas deveriam “dar conta de si mesmas de maneira satisfatória” (LACAN, 1974/2010, p. 84)?

A irrupção da violência física partindo de sujeitos neuróticos, cujo ato violento não decorre de fenômenos elementares da psicose, que às vezes culmina remoção do usuário internado para a prisão, é frequente. Há, como vimos no primeiro capítulo, uma forte tendência no Brasil em associar diretamente a questão do uso de drogas à criminalidade. Disso resultam duas premissas que refletem o ideário aterrorizante sobre o consumo de drogas: a primeira premissa é a de que o “mundo das drogas” é sinônimo de “mundo do crime”. Essa premissa conduz à segunda, que se formula como “o usuário de droga ilícita é criminoso, violento e não tem demanda de tratar-se”*. Fora do lugar do analista suporíamos

inúmeras causas para a emergência frequente da violência por parte dos usuários dentro dos serviços: o confinamento psiquiátrico gera a violência (no caso da internação), os pacientes vêm de um contexto ou histórico de vida construído sobre a violência, a abstinência da droga gera violência, as relações de poder e subjugação institucional geram violência. Enfim, inúmeras explicações para que, naquele contexto, a violência fosse concebida como o *efeito colateral* do ambiente e nada poderia intervir nessa coesa engrenagem.

Mas, que tipo de explicação seria cabível quando a violência parte de um técnico da equipe? E, qual não foi nossa surpresa ao vivenciar em um CAPS, cuja direção de tratamento é a valorização da singularidade e da diferença, cuja equipe busca afinar-se na condução clínica de escuta do sujeito, a mesma tensão nas relações e inúmeras irrupções de violência de diferentes ordens que na unidade de internação! Um dos grandes enigmas que permeava as supervisões do CAPS AD III Mirian Makeba era relativo à violência, o que nos proporcionou a participação em riquíssimos momentos de construção coletiva de saber. Em nossa pesquisa, não poderíamos mais nos resguardar em explicações prévias sobre a violência, já que os próprios técnicos, bastante munidos de recursos terapêuticos para atuar, poderiam flagrar-se em enfrentamento corpo-a-corpo com algum usuário. Em discussões com técnicos de outros serviços, fica claro que este não é um fenômeno específico de tal ou tal equipamento. Nenhuma explicação prévia à clínica teria, portanto, qualquer validade. Só é possível tomar este fenômeno da clínica pelo viés da transferência. Assim como a transferência, no coletivo, só pode ser tomada em trabalho pelo viés do avanço lacaniano sobre o legado de Freud.

4.1 Homogeneização e efeitos de grupo

Em seus seminários mensais no Hospital de Saint-Anne em Paris, Oury (1984/2009, p 21) alerta para o risco de, no espaço de jogos coletivos, “fazer as coisas de qualquer jeito”. Para ele, isto equivale ao “encarceramento do indivíduo”. Diz ele:

Tomem por referência os incidentes da pedagogia dita ‘libertária’. Isso nos mostra que para poder preservar ou criar espaços de jogo é preciso certo rigor, de jeito nenhum deixar fazer, deixar acontecer...Qual é esse rigor? E por que é assim e não de outro modo? Poderíamos então explorar essa dimensão, considerar todos os ângulos do que pode ser entendido por Coletivo, a fim de tentar precisar a sua necessidade (p. 21).

A que rigor Oury se refere? Os discursos operam como formas de distribuição do gozo no laço social, que no caso do Discurso do Mestre faz com que a finalidade esteja clara, que “as coisas andem”. A partir do Discurso do Mestre, o *modus operandi* do inconsciente é ir em

busca de significação. Deparamo-nos, nos equipamentos de saúde mental com momentos do espaço coletivo nos quais os usuários estavam ali para conviver livremente, sem nenhuma intervenção clínica por parte dos técnicos. Tais momentos também fizeram parte dos grandes manicômios, como momentos em que os usuários estão no pátio interno do hospital, bem como fazem parte dos presídios nos quais os *reeducandos* estão no horário do *banho de sol*. A incorporação deste *momento de convivência* como um dispositivo clínico, requer ainda mais atenção que as chamadas *oficinas*, que se desenvolvem com coordenação e possuem começo, meio e fim. Isto porque observamos que àqueles usuários, cujo Eu está rigidamente constituído, a liberdade como proposta de tratamento levou à exacerbação da demanda endereçada à equipe, bem como à formulação de queixas de que, “se estão *ociosos* é por negligência da equipe”*.

No CAPS AD pesquisado, foi detectado em duas reuniões de supervisão clínica, sem grandes alardes, que a oficina de futebol era a oficina com maior adesão pelos usuários do sexo masculino, ocorrendo impreterivelmente no mesmo dia e horário marcado da semana. Usuários que manifestavam episódios de violência, que constantemente se envolviam em situações de risco, participavam do futebol sem nenhuma intercorrência.

A constatação da hegemonia da estrutura neurótica nos equipamentos AD já estava clara, mas algo enigmático se impunha ali. Em meio a um espaço cuja ambiência é tensa na maior parte do tempo, culminando em episódios de violência, mesmo com a condução clínica de valorização da singularidade, por que o espaço da livre convivência gerava tensão enquanto que o futebol obtinha função apaziguadora do coletivo? Pensamos que, neste fato, aparentemente óbvio, é importante situar o movimento silencioso do coletivo em que o apaziguamento e a união, bem como a irrupção da violência, ocorrem em momentos não aleatórios. Recorremos assim a Freud, em sua teoria sobre a formação de grupos para tentar cernir algo que possa contribuir com essa clínica.

Como vimos no segundo capítulo, a gama existente de propostas de tratamento chamados de *tratamento para álcool e drogas* no Brasil extrapola a RAPS, cujos equipamentos se baseiam nas diretrizes da RPB. O paradigma dos demais tratamentos funda-se na homogeneização, bastante visível e estereotipada ora nos grupos de autoajuda ora nos fiéis das igrejas evangélicas. A ponto dos usuários estranharem, na Unidade III, a *falta de disciplina* ou “falta de afazeres obrigatórios”, mesmo havendo regras e horários comuns a todos.

Observamos que, na unidade de internação, não parecia ser coincidência que os episódios de violência ocorriam repetidamente justo a partir da emergência da exceção, ou

seja, quando alguém saía da homogeneidade preconizada pela instituição ou imposta pelos próprios usuários. Outro momento em que era comum ocorrer a violência era quando formavam-se subgrupos de usuários, atacando uns aos outros pela diferença ou exceção estabelecida em poucas horas de convivência. Nos momentos de crise, a frase mais ouvida é “por que ele (a) pode e eu não posso?”*. Mesmo no CAPS AD pesquisado, cuja ênfase da condução clínica é a valorização da singularidade, tais fatos no cotidiano da clínica foram observados, o que nos faz pensar sobre a importância de nos determos em tais questões.

A impossibilidade de aplicar um diagnóstico generalizante a um suposto sujeito toxicômano, como discutimos anteriormente, não impede que haja, por um lado, propostas homogeneizadoras de tratamento e, por outro lado, a busca incessante por agrupamento e união por parte dos usuários. Em *Psicologia de grupo e análise do ego* Freud (1921a/1976) lê os teóricos de seu tempo sobre a “Psicologia de grupo” e discorda de que o grupo se formaria somente pela necessidade de compartilhar trabalho. Ele faz a equivalência da formação grupal, do ponto de vista da teoria da libido, a estar amando e à hipnose. Freud retoma suas elaborações feitas em *Totem e Tabu* (1913-14/1976) e *À guisa de introdução do Narcisismo* (1914/2004) e prepara o que será mais elaborado em *O Eu e o Id* (1923/2007), no que diz respeito à articulação entre o Eu e o Ideal do Eu no fenômeno da identificação como formador do laço social.

Para Freud, “a identificação é conhecida pela psicanálise como a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa. Ela desempenha um papel na história primitiva do complexo de Édipo” (FREUD, 1921a/1976, p. 133). A identificação tem grande importância em inúmeros fenômenos da clínica, como por exemplo, na melancolia - processo através do qual o sujeito identifica-se com o objeto perdido. No caso dos fenômenos grupais, ela é o liame que une seus membros. Freud (1921a/1976, p.136) diferencia três tipos de identificação, todas elas ambivalentes, que Lacan (1961-62, 2011) retomará no Seminário 9, no qual formaliza a estrutura da identificação a partir de seu conceito de traço unário. O primeiro tipo de identificação constitui a forma original de laço emocional com um objeto, em seu caráter chamado por Lacan no Seminário 9 (2011, inédito) de “devoração assimilante”, extraída de *Totem e Tabu* (1913-14/1976). Este tipo de identificação inicia o primeiro tempo do Complexo de Édipo.

O segundo tipo, de maneira regressiva, torna-se sucedâneo da primeira para a vinculação com um objeto libidinal, por assim dizer, por meio de introjeção do objeto no Eu. Neste caso há uma ligação amorosa com o pai por identificação e uma ligação erótica com a mãe, por investimento objetual. O amor pelo pai “assume colorido hostil” e o mecanismo de

identificação passa ser pelo desejo de substituí-lo. Aqui a identificação ocorre a partir de um traço contingente do objeto amado, de forma parcial, substituindo o conflito edípico. Este é o tipo de identificação que Lacan (1961-62/2011) trabalhará no Seminário 9 introduzindo o conceito de traço unário, sobre o qual não nos deteremos, no momento.

O terceiro tipo de identificação já é, em sua proposição lógica, posterior à formação do sintoma e, para Freud, é este modo de identificação que fundamenta tanto a formação de grupo, quanto a formação de sintomas. Neste caso, não há nenhuma relação objetal em relação ao outro que está sendo “copiado” (FREUD, 1921a/1976, p. 135). Ocorre que, com a resolução do Édipo, resta um sentimento de culpa e, por imposição do Ideal do Eu de que o Eu seja constantemente amado, pelo desejo de viver os mesmos benefícios que um outro semelhante, identifica-se com o desejo deste outro. Somente depois de instalada a identificação é que surge alguma simpatia entre os semelhantes, pois o que moveu, a identificação, a princípio, foi o sentimento de culpa. “Um determinado Eu percebeu uma analogia significativa com outro sobre certo ponto” (FREUD, 1921a/1976, p. 136). Freud correlaciona, na formação de grupo, a qualidade emocional comum compartilhada pelos membros do grupo ao laço com o líder.

Assim, a partir dessa teoria, a formação de grupo é condicionada pela identificação a um ideal. Na teoria do Narcisismo, Freud (1914/2004) caracteriza o Ideal do Eu como a instância que

desvenda um importante panorama para a compreensão da psicologia de grupo. Além do seu aspecto individual, esse ideal tem seu aspecto social; constitui também o ideal comum de uma família, uma classe ou uma nação (p. 118).

Sete anos depois, em *Psicologia de grupo e análise do ego* Freud (1921a/1976, p. 117) retomará a função do Ideal do Eu na teoria do Narcisismo (1914/2004) e dirá que há uma tensão constante na distinção entre Ideal do Eu e Eu. Tal distinção ocorre pelo distanciamento do narcisismo primário na relação com o mundo. Este Ideal do Eu representa a medida do que o Eu deve realizar para ser amado, ou seja, para contentar-se consigo mesmo. Em outras palavras, para recuperar o contentamento que experimentava no narcisismo primário, o Eu deve espelhar-se nesse Ideal. Assim, no texto em que trata da formação de grupos, Freud (1921a/1976) aponta que o próprio Eu não suporta a distinção entre Eu e Ideal do Eu por muito tempo, buscando constantemente desfazê-la. Descreve a função do Ideal do Eu da seguinte forma:

atribuímos-lhe a auto-observação, a consciência moral, a censura dos sonhos e a principal influência na repressão. Dissemos que ele é o herdeiro do narcisismo

original em que o eu infantil desfrutava de auto-suficiência; gradualmente reúne, das influências do meio ambiente, as exigências que este impõe ao eu, das quais este não pode sempre estar à altura; de maneira que um homem, quando não pode estar satisfeito com seu próprio eu, tem, no entanto, possibilidade de encontrar satisfação no Ideal do Eu que se diferenciou do eu (p. 138).

E mais adiante:

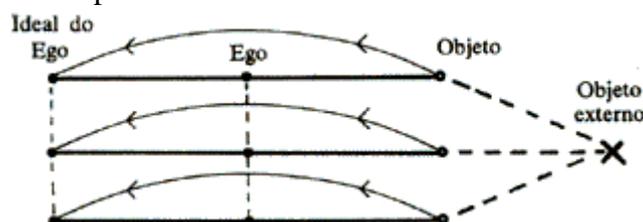
o Ideal do Eu abrange a soma de todas as limitações a que o eu deve aquiescer e, por essa razão, a revogação do ideal constituiria necessariamente um magnífico festival para o eu, que mais uma vez poderia então sentir-se satisfeito consigo próprio. Há sempre uma sensação de triunfo quando algo no eu coincide com o ideal do eu. E o sentimento de culpa (bem como o de inferioridade) também pode ser entendido como uma expressão da tensão entre o eu e o Ideal do Eu. (p. 166).

Aqui podemos inferir que a identificação e a formação de grupo têm função apaziguadora da tensão entre Eu e Ideal do Eu. Pelo aspecto social do Ideal do Eu, torna-se clara a promoção de um líder que encarnará este Ideal e que pode ser o elo em comum ao grupo. O Ideal não necessariamente é encarnado, pode ser um traço ou uma ideia comungada pelos membros. Nas palavras de Freud (1921a/1976)

Cada indivíduo é uma parte componente de numerosos grupos, acha-se ligado por vínculos de identificação em muitos sentidos e construiu seu Ideal do Eu segundo os modelos mais variados. (...) Os outros membros do grupo, cujo Ideal do Eu, salvo isso, não se haveria corporificado em sua pessoa sem alguma correção, são então arrastados com os demais por 'sugestão', isto é, por meio da identificação (p. 163).

No Seminário 11 Lacan (1964/1996, p. 257) recupera o esquema feito por Freud quando no *Psicologia de grupo* ele faz equivaler o estado amoroso e a hipnose, acrescentando a diferenciação entre o objeto definido como narcísico e a função do objeto *a*.

Figura 12 - Esquema de Freud sobre a fascinação coletiva por um líder.



Onde Freud designou como *objeto*, Lacan (1964/1996, p. 257) chama de objeto *a*. As linhas em curva dirigem-se ao Ideal do Eu, fazendo a conjunção do objeto *a* com esse Ideal. Esse objeto *a*, que nada mais é que a função do olhar do hipnotizador, pode ser substituída por qualquer coisa. Essa colabação entre objeto *a* e Ideal é o que o sujeito busca, inclusive quando se dirige a um analista, já que a transferência tem em seu ponto inicial o amor dirigido ao saber. E é a partir da distinção do que se faz na hipnose que se originou a psicanálise.

A liderança ou a identificação enlaçam os membros do grupo e apaziguam o mal-estar, mas há também outro fator na formação de grupo que Freud (1921a/1976) recupera de seu trabalho sobre o fundamento da sociedade no texto *Totem e Tabu* (1913-14/1976).

Para sua formação, o grupo exige também a exceção e a convocação à hostilidade ao externo diferente. É justo essa lógica que Lacan (1969-70/1992) retomará na teoria dos discursos, e é onde pensamos encontrar o que pode começar a nos esclarecer sobre o que se passa na clínica do coletivo nos equipamentos AD.

O que é recorrente no cotidiano dos equipamentos AD é que há, por parte dos usuários, uma espécie de vigilância e reivindicação pela igualdade ou isonomia. A exceção à homogeneidade institucional é um dos grandes fatores da emergência da violência, mesmo a proposta do equipamento não sendo a homogeneização. A tensão do “narcisismo das pequenas diferenças” (FREUD, 1919/1976) acaba tomando grande parte do trabalho de manejo clínico das equipes. Tais são os elementos freudianos que podemos apontar como fatores para a busca de formação de grupo e emergência de violência nos equipamentos AD: a culpa que antecede a identificação e, posteriormente, a eleição do fator segregado ao grupo.

Como vimos no segundo capítulo, a leitura lacaniana sobre a fundação da lógica da *fraternidade* é mais radical. É a partir da exceção que se forma um conjunto, e é a exceção do pai-não-castrado, do mito da horda primeva, que funda o conjunto de homens - castrados. Esta lógica funda, para além da coesão do grupo, a segregação. Retomando o alerta de Lacan (1969-70/1992, p. 107), quanto aos inconvenientes provocados por não nos atentarmos para a formação de grupo e a força segregatória que reside no fundamento da fraternidade, encontramos uma possível orientação clínica frente à questão do coletivo com neuróticos. Lembrando suas palavras:

Só conheço uma única origem da fraternidade (...), é a segregação. (...) Salta aos olhos que, isso seja assim, e fingir que isto não é verdade deve ocasionar forçosamente alguns inconvenientes (p. 107).

Como ponto de crítica, podemos enxergar nas propostas homogeneizantes de tratamento para a dependência química, como nos chamados grupos de autoajuda e nas CTs, a clara tendência em reforçar a coesão grupal, tendo como pano de fundo a culpa como motor silencioso que impulsiona a identificação pelo ideal da abstinência, cuja exceção consiste na droga e nas “antigas companhias”*. O empuxo à formação de grupo e à homogeneização é constante. Basta haver um ponto de exceção que designe o grupo e um ponto de ideal que enlace, simpaticamente, este grupo. Não é por acaso que haja tanta adesão a essa formação de grupo na medida em que o fator segregado seja o efeito *pharmakon*, preconizando a

abstinência. Nossa hipótese é que a repetição de algo que excede a marca do grupo, ou seja, o risco, sempre à espreita, da *recaída*, funda a fraternidade. A fundação da fraternidade porta o paradoxo de que aquilo que ela segrega, como marca do que não pode estar incluído no grupo, faz empuxo ao retorno.

Retomemos o que Lacan (1975/1976, p. 268) aponta sobre a ruptura do casamento com o Gozo Fálico: qualquer coisa que permita essa ruptura é bem-vinda. Tamponar o mal-estar com ideologias massificantes podem torná-lo ainda maior. Os efeitos perturbadores da castração só podem ser trabalhados na experiência analítica, cabe a cada um manejar seu próprio mal-estar. Se a ruptura com o falo pode ocorrer contingencialmente, cuja instrumentalização utilizada tem a variabilidade imprevista como marca, ou seja, o instrumento pode ser a droga ou não, quando esta função é colocada como ponto de exceção da homogeneidade do grupo, é aí que se encontra o motor de propulsão do retorno ao mesmo lugar. Em outras palavras quando se ordena uma irmandade baseada na sobriedade, a tensão se coloca justo no uso do psicoativo prestes a acontecer.

Podemos pensar que as instituições fechadas e os grupos de autoajuda trabalham a partir da homogeneização e acabam incorrendo na supervalorização da exceção. Já os equipamentos AD de base territorial, como os CAPS AD, têm propostas mais flexíveis quanto à abstinência ao psicoativo. Porém, a flexibilidade na condução do tratamento pode se esbarrar na demanda por ordem e homogeneização. Como pensar no trabalho a partir da valorização da singularidade, se temos o Discurso do Mestre imperando nos equipamentos AD e, como pano de fundo constante, temos as formações de grupo e enlaçamentos/rompimentos violentos, característicos da neurose? Como tornar o trabalho clínico menos exaustivo (quando beira o mortífero), com menos desgaste das equipes ou menos rotatividade de profissionais contratados e licenças e afastamentos constantes nas equipes de profissionais concursados? Para além das questões salariais e de carreira, o enfrentamento da violência cotidiana leva os profissionais aos limites do que podem suportar, fazendo-nos questionar qual a saída para este impasse.

Não conhecemos, por hora, nenhum formato ou paradigma de dispositivo que tenha encontrado uma clínica menos exaustiva. Segundo Lacan (1969-70/1992), somente o giro ao avesso pelo Discurso do Mestre, para o Discurso do Analista, é que pode operar com o que excede e irrompe do Real. Cabe-nos, como psicanalistas, contribuir para que não cessem as discussões sobre as possibilidades de trabalho frente à iminência da violência cotidiana.

É novamente importante frisar que nossos parâmetros para a leitura de tais movimentos de enlaçamento e de rompantes de violência não estão condicionados somente às

marcas sócio culturais dos usuários. Como dito anteriormente, a própria clínica demonstrou que este parâmetro era insuficiente. A rede de possibilidades de relações da equipe do CAPS AD pesquisado, por exemplo, ia desde moradores e trabalhadores do território, incluía o chefe da milícia (que conduzia moradores do bairro ao tratamento), bem como os equipamentos de saúde, educação e segurança, além de toda a dinâmica de funcionamento própria do território do qual é responsável pelo atendimento. Trata-se de um equipamento verdadeiramente incluído no âmbito de seu território e aberto à comunidade, cujos usuários têm diferentes níveis de exposição a risco psicossocial. A boa relação com o território poderia amenizar a tensão, já que não representavam mais aos moradores da região, a posição de disputa por território.

A Unidade III, por sua vez, é referência para internação de homens de todo o Estado de Mato Grosso, recebendo desde agentes de segurança, profissionais com nível superior, travestis, trabalhadores braçais, moradores de rua, jovens de classe média, etc. Na unidade de internação, a rotatividade de usuários internados é grande, visto que, pelas diretrizes da RPB e, como enfatizado no Projeto Terapêutico da unidade, a internação deve ser de curto período, atendendo apenas aos primeiros momentos de casos mais graves de exposição a riscos.

Afirmamos, com isso, que não foi possível fazer uma correlação direta da origem dos rompantes de violência com o universo da criminalidade em torno das drogas ilícitas, já que o que se repete no momento de violência está relacionado a outros fatores. É o que pretendemos investigar ao longo deste capítulo.

4.2 O manejo da transferência frente a passagem ao ato e ao acting out

Preocupado em retirar a função do analista da perspectiva de se oferecer como modelo de identificação aos pacientes – condução da psicanálise por seus contemporâneos -, Lacan (1958/1998) em *A direção do tratamento e os princípios do seu poder* relembra o texto freudiano da *Psicologia de grupo e análise do ego* (1923/1976) mostrando que não é com o analista que os pacientes se identificam, mas sim, o grupo de pacientes do mesmo psicanalista acabam identificados entre si por traços secundários (p. 646). É neste texto que Lacan (1958/1998) propõe o redirecionamento da experiência analítica, retomando os princípios freudianos da condução de uma análise. Em suas palavras:

Eis, pois, no imaginário maligno desse poder sempre passível de um direcionamento cego. É o poder de fazer o bem – nenhum poder tem outro fim, e é por isso que o poder não tem fim. Mas aqui, (...) trata-se da verdade. Desde que Édipo enveredou por esse caminho, ele já renunciou ao poder (p. 647).

Esta posição de Lacan com respeito à direção do tratamento está claro que a experiência analítica não se desenrola em um espaço onde o poder está excluído, como verificamos em outras formas de trabalho, nas quais se diz que é o paciente quem dirige o tratamento, ou então que devemos trabalhar no sentido da liberação do paciente, do “dever de seu desejo”. O lugar do analista é um lugar de direção da análise, cujo poder está no agenciamento discursivo provocado pelo próprio objeto *a*, como ponto do Real, do impossível. O objeto *a* como ponto passível de provocar enigma e trabalho é o que se associa à renúncia ao poder em prol da política da falta-a-ser. Desta forma, o analista dirige o tratamento e não a vida do analisante.

Trazendo este ensinamento ao campo da clínica do coletivo sobre o qual estamos investigando, a proposta é a de manter uma dissimetria em relação àqueles que se submetem ao tratamento, o que não significa posicionar-se como autoridade, mas sim advertir-se quanto a posicionar-se como parceiro. Esta não imposição de um bem-estar ideal coincide com os princípios do próprio Programa de Redução de Danos - RD (BRASIL, 2001). O programa RD propõe que o protagonismo na condução do tratamento esteja nas mãos, o que implica na interlocução constante entre o coletivo de profissionais e o coletivo de usuários, resultando em um coletivo único. No entanto, as diretrizes deste programa podem ou não serem aplicadas na condução da clínica, dependendo da condução tomada pela equipe. A conjuntura atual do país, voltada para a desdemocratização, mostra que a proposta da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde não inclui nenhuma diretriz do programa RD. É um agravante sem precedentes à clínica psicanalítica que se engajou nos equipamentos da saúde mental pública a partir da RPB. A psicanálise pode apontar que uma forma de *dano* pode ser, inclusive, um alvo buscado por alguns, como ponto de gozo. Isso não significa pactuar com o mal, tampouco estamos pactuando com o bem. Mas é preciso não haver cerceamentos à clínica para que a produção de saber aconteça.

O mínimo que as equipes precisam sustentar na clínica no coletivo dos equipamentos AD é o manejo da transferência, manejo das relações, cujos impasses podem ser os maiores condutores na produção de um saber. Tomemos, portanto, inicialmente, as irrupções de violência no cotidiano dessa clínica como impasses. Tais impasses, que não se referem a fenômenos elementares da psicose, mas podem também ser caracterizados como episódios de *loucura*, passagem ao ato, devastação, possibilitam-nos pensar que é com a angústia, como afeto real, que estamos lidando. Como vimos no capítulo anterior, a angústia é anterior ao recalque (FREUD, 1926/1976) e está fundamentada no encontro do ser falante com a linguagem, independentemente do desfecho de configuração estrutural que se realizará. Em

outras palavras, a angústia está para neurose, psicose e perversão como afeto real. Não caberá neste momento fazer a diferenciação aprofundada, ou o cotejamento da diferença dos rompantes de *loucura* na neurose e na psicose. Propomo-nos, por hora, assinalar o que se passa na relação do sujeito neurótico com o Outro, que pode nos esclarecer acerca dos fenômenos das tensões frequentes na clínica dos equipamentos AD.

Uma curiosa forma de atuação foi relatada como frequente e vivenciada na clínica que coloca o *surto* como moeda de troca, ou seja, episódios em que um usuário passa a atos violentos, chegando a quebrar os utensílios e a estrutura física do serviço para ter sua demanda atendida. Nem sempre o ritmo imposto pela demanda dos usuários, aparentemente estabilizados, corresponde ao ritmo institucional. Ocorre que, mesmo os equipamentos de atenção psicossocial menos rígidos em suas regras institucionais, necessitam de alguma administração do tempo, do espaço e dos recursos disponíveis ao tratamento. Não é possível estar aberto a qualquer demanda o tempo todo. Qualquer aparato institucional depende de regras e funciona ritmado por horários, pelo calendário, pelo investimento financeiro daqueles que a sustentam, seja o Estado, seja uma a sociedade civil. O mal-estar na ausência da substância psicoativa, que, como vimos, amortecia os efeitos daquilo que se impõe em seu modo de relação com o Outro, traz uma urgência de resposta que nem sempre pode ser dada pela equipe. É também sabido que podem haver surtos psicóticos ou intercorrências clínicas no cotidiano dos serviços que exijam a interrupção da marcha institucional para o atendimento imediato à crise. A observação do atendimento rápido a usuários em crise aguda ou em surto faz com que alguns usuários concluam que, para serem atendidos, é preciso estar em *surto*. Assim o *surto*, para muitos neuróticos, passa a ser operado como moeda de troca.

Constantemente ouvia-se pelo corredor “se não me derem minhas coisas que estão guardadas no armário agora, eu vou surtar, hein!”*, assim como constantemente havia episódios em que um usuário percorria todo o serviço quebrando tudo o que via pela frente, inclusive portas e janelas. Na atenção básica esse modo de exigir atendimento é bastante conhecido, pelo relato de ex-agentes sanitárias em formação para redutoras de danos no CAPS AD III Mirian Makeba. Segundo essas técnicas, costuma-se *surtar* na fila para conseguir medicação controlada. Neste caso, vemos que uma forma de violência, ainda que disfarçada, irrompe com uma função diferente daquela que emerge frente à diferença ou à exceção da homogeneidade. Vejamos de que se trata, portanto.

Em uma lição bastante clínica do Seminário 10, ano em que Lacan (1962-63/2005) está cernindo o conceito de objeto *a*, encontramos a diferença entre a passagem ao ato e o chamado *acting out*, a qual nos auxilia a pensar sobre os rompantes de violência na clínica dos

equipamentos AD. Lacan estabelece um quadro semelhante a um quadro de divisão aritmética no qual o lado esquerdo é o lado do sujeito e o lado direito é o lado do Outro. É nessa “operação aritmética” da relação entre sujeito e Outro que o pequeno *a* (objeto *a*) é o resto (p. 128). Nessa divisão entre o sujeito e o Outro, ambos barrados, há algo em comum aos dois lados que é a angústia. Contudo a passagem ao ato e o *acting out* (fenômeno correlato essencialmente à relação transferencial), diferenciam-se pelo lado do quadro de divisão aritmética, diferenciação que trataremos adiante.

Lacan relembra a cena do “caso Dora” de Freud (1905/1976). Dora desfere uma bofetada em Sr. K. quando Sr. K diz a ela “sabe, não tenho nada com minha mulher” (FREUD, 1905/1976, p. 96). Esta bofetada porta a ambiguidade de não se saber se Dora ama o Sr. K ou a Sra. K. Lacan (1962-63/2005) enfatiza:

não é a bofetada que nos dirá isso. Mas é a bofetada um daqueles sinais, um daqueles momentos cruciais do destino que podemos ver repercutir de uma geração a outra, com seu valor de mudança de rumo num destino (p. 130).

O termo passagem ao ato é justamente extraído daquilo que Freud descreve no *caso da jovem homossexual* como *largar de mão* ou, *vir abaixo*, ou em francês, *laisse tomber*, algo que designa o deixar cair (LACAN, 1962-63/2005, p. 124). Na estrutura da passagem ao ato o sujeito se encontra no auge do embaraço, comprimido pelo Real, e só pode manter-se como sujeito, evadindo-se, precipitando-se da cena. O que caracteriza a passagem ao ato é a fuga, parte-se “errante à procura de algo rejeitado por toda a parte” para assumir sua posição de portador da fala, mesmo que o lugar da fala tenha estrutura de ficção (p. 130).

Tanto a passagem ao ato quanto o *acting out* são localizados por Lacan como fenômenos originados pela angústia, sendo esta o afeto que “não engana”, situado na borda da superfície do Eu. Diferenciando os dois fenômenos, Lacan fará uma oposição entre eles: enquanto na passagem ao ato o sujeito se evade da cena, no *acting out* a atuação visa a leitura, a mirada do Outro. Na divisão entre sujeito e Outro, no lado do sujeito ocorre a passagem ao ato e no lado do “sujeito Outrificado” ocorre o *acting out* (LACAN, 1962-63/2005, p. 136).

A estrutura do *acting out* porta a ênfase demonstrativa e sua orientação para o Outro, o que leva Lacan a cotejar este fenômeno com as manifestações do inconsciente. Há uma semelhança do *acting out* com o sintoma, pois ambos são metáfora ou manifestação do inconsciente. O desejo, por sua vez, tem como essência mostrar-se como outro, não trilhando, porém, o caminho da verdade. Ele não é articulável, mas articulado com o objeto causa de desejo. Portanto, o *acting out*, assim como o sintoma, não pode ser interpretado diretamente, é preciso haver transferência, ou seja, a introdução do Outro (LACAN, 1962-63/2005, p. 140).

A primeira diferença entre *acting out* e sintoma é que este não tem em sua natureza a necessidade de ser interpretado. Já o *acting out* clama pela interpretação. Assim, temos dois fenômenos na clínica que camuflam o desejo: o sintoma, que é interpretável desde que haja transferência, mas que não clama por interpretação por ser gozo encoberto, bastando-se em si mesmo, e o *acting out*, que clama pela interpretação, mas, por isso mesmo, ela não surte efeito. O mais importante da operação metafórica do *acting out* é o resto desta operação, o objeto *a*. O *acting out* é uma mostração visível ao máximo ao Outro, mas é velada para o próprio sujeito. A causa invisível ao sujeito do *acting out* deve ser buscada no essencial do que é mostrado: é o resto, é sua queda, é o que sobra (LACAN, 1962-63/2005p. 138).

A principal característica do *acting out* para Lacan (1962-63/2005, p. 140) é que ele existe mesmo sem a transferência, podendo ser o começo da transferência, trazendo a questão do manejo dessa “transferência selvagem”, sem análise. Como manejá-la? Lacan (1962-63/2005, p. 142) se vale da autora Phyllis Greenacre, que expõe três maneiras de lidar com o *acting out*. A primeira é interpretá-lo, o que surte poucos efeitos, pois o que mais importa aí é um resto. O segundo modo de lidar é proibindo, como se pudéssemos evitar que haja acidentes no decorrer da análise. O terceiro modo é reforçar o Eu, que nada mais é do que levar o sujeito à identificação ao Eu do analista. Lacan (1962-63/2005, p. 143) relembra a descrição clínica de Balint que afirmou que o resultado de um final de análise desta forma leva à crise maníaca.

Tal diferenciação entre passagem ao ato e *acting out* pode esclarecer a diferença das cenas de rompantes de violência na qual um técnico da equipe, sem se dar conta, agride um usuário e das cenas de violência na qual o usuário quebra tudo à sua volta, aos berros, para ser atendido. Os dois momentos de irrupção de violência só poderão ser interpretados pela equipe *a posteriori*, e, na maioria das vezes, só nos damos conta do que se trata nos momentos de supervisão clínica. Não são ações que devem passar como descontrole aleatório, mas sim instantes nos quais culmina a angústia, caracterizando-se ou como uma fuga para a *sobrevivência* como sujeito (passagem ao ato) ou como mostração apelativa ao Outro (*acting out*). Ambos os fenômenos são efeitos de um sinal que emana do Eu: a angústia. Não podemos negligenciar, em se tratando do tema da violência na clínica, aquilo de que se trata quando estamos diante destes fenômenos que, como veremos, ocorrem frente ao risco de despersonalização do Eu. Tomemos, portanto, a constituição do Eu em detalhes.

4.3 O caráter paranoico da alteridade

Ao tratarmos da questão da causa da formação de grupo e do modo como o Eu se constitui, entramos no campo também da dinâmica da rivalidade especular, isto é, na relação entre o Eu e o outro semelhante, que fará parte, como veremos, da constituição do sujeito. A constituição do Eu, apresentada na teoria freudiana do Narcisismo (1914/2004) e na teoria lacaniana do Estádio do Espelho (1949/1998), é composta, não somente os elementos que unificam os membros de um coletivo, mas também de elementos que os repelem ou os fazem prejudicarem-se mutuamente, ou seja, das origens da agressividade e da defesa. Em outras palavras, a constituição do Eu se define eminentemente por uma atmosfera paranoica.

Antes mesmo da elaboração de Freud (1914/2004) sobre a nova ação psíquica que constitui o Eu e, por conseguinte, a apropriação do corpo como imagem alteritária de si, em *As Neuropsicoses de Defesa* (1894/1976) e *Observações adicionais sobre as Neuropsicoses de Defesa* (1896/1976), ele já supunha um Eu cuja principal função era a defesa.

O que Freud (1914/2004) introduz sobre o Narcisismo como teoria da constituição do Eu, inicia-se com a saída do estatuto de responsável pela conservação da vida, reunindo forças que se opõem à sexualidade. Por força do laço social no qual o ser falante está imerso, uma parte da pulsão erótica, da libido, irá se deslocar para o objeto desejado. Aí ocorre um distanciamento do narcisismo primário, por conta de um “deslocamento da libido em direção a um Ideal do Eu que foi imposto a partir de fora, e a satisfação é obtida agora pela realização desse Ideal” (FREUD, 1914/2004, p. 117). As origens da formação deste Ideal do Eu são correlatas às origens do recalque. Este, por sua vez, é o resultado da “avaliação que o Eu faz de si mesmo” (FREUD, 1914/2004, p. 112). Assim, tanto o recalque, quanto o investimento libidinal no próprio Eu, como um objeto/corpo constituído, que resulta no Narcisismo ou constituição do Eu, dependem do Ideal do Eu. Para Freud (1914/2004), inicialmente as energias psíquicas (a libido do Eu e a libido objetal) coexistem somente quando há um investimento nos objetos; aí torna-se possível distinguir a energia sexual (libido) e a energia das pulsões do Eu. A “nova ação psíquica” das pulsões auto-eróticas, isto é, o retorno da pulsão _ que tinha sido destinada ao Ideal do Eu _ para o Eu, resulta da constituição do Eu e não é um processo que ocorre individualmente, já que o Ideal do Eu é a própria medida social ao qual o Eu estará referido. Se inicialmente havia um contentamento no que Freud chama, então, de narcisismo primário sem nenhum deslocamento da libido, posteriormente, a partir da formação do Ideal do Eu, não é mais possível ao Eu contentar-se consigo próprio de maneira permanente. Mas há um “intenso anseio em recuperar” o narcisismo primário (FREUD,

1914/2004, p. 117).

Lacan (1949/1998) irá detalhar o que se passa nessa distinção entre Eu e Ideal do Eu, assim como a constituição do Eu e do corpo próprio a partir do complexo chamado Estádio do Espelho. A função do Eu, na experiência psicanalítica, é totalmente diferenciada daquilo que a filosofia construiu a partir do conceito cartesiano da *res cogitans*, bem como da cognição investigada por psicólogos de diversas correntes. Lacan resgata a antiga observação do que se passa com um bebê humano frente ao reconhecimento de sua auto-imagem no espelho. Trata-se de uma identificação, uma “transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem” (LACAN, 1949/1998, p. 97). O processo do reconhecimento da auto-imagem no espelho inclui o assentimento do Outro a esse reconhecimento. A “azáfama jubilatória”, ou empolgação em júbilo, que ocorre por conta deste reconhecimento, nos remete ao retorno da libido ao Eu descrito por Freud na teoria do Narcisismo. Trata-se de um instante no qual o Eu se precipita, da insuficiência orgânica para uma constituição totalizante, partindo de uma matriz simbólica que lhe dá uma forma primordial, mais “constituente do que constituída”. Eis a lógica que é prévia à objetivação “na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal sua função de sujeito” (LACAN, 1949/1998, p. 98). Extraímos deste ponto do ensino o que Lacan desenvolverá, pelos próximos anos, que é a diferenciação entre dois lugares na estruturação: o Eu e o sujeito.

É importante, retomando as elaborações do capítulo anterior, situar que, neste momento do ensino, Lacan fará uso do esquema ótico para demonstrar a relação especular, para posteriormente, com a necessária articulação entre os três registros, elaborar os esquemas I e R, bem como o grafo do desejo. Aqui a topologia é uma planificação em duas dimensões; somente com o nó borromeano, já nos anos 70, é que Lacan irá mostrar tal articulação dos registros em terceira dimensão. É a imagem especular que dará o “limiar do mundo visível” (LACAN, 1949/1998, p.98), ou seja, possibilitará um molde para a constituição dos objetos da realidade. O tema é permeado pela questão do “conhecimento paranoico”, cuja origem Lacan (1949/1998, p. 97) declara estar na “estrutura ontológica do mundo humano” e, para extrairmos o que nos servirá de orientação clínica deste ponto do ensino lacaniano, recorramos ao texto ao qual ele mesmo se refere, escrito um ano antes sobre a agressividade (LACAN, 1948/1998). A conclusão do Estádio do Espelho inaugura a dialética que, desde então, liga o Eu ao social. Nas palavras de Lacan (1949/1998, p. 101):

Esse momento em que se conclui o estádio do espelho inaugura, pela identificação com a imago do semelhante e pelo drama do ciúme primordial (...) a dialética que desde então liga o Eu a situações socialmente elaboradas. É esse momento em que decisivamente faz todo o saber humano bascular para a mediatização pelo desejo do

outro, constituir seus objetos uma equivalência abstrata pela concorrência de outrem, e que faz do Eu esse aparelho para o qual qualquer impulso dos instintos será um perigo.

A paranoia, inerente ao conhecimento, se realiza, então, pela objeção, segundo a gramática da agressividade, à identificação. Desta forma, para manter a tríade Eu-outro-objeto, é preciso manter uma concorrência agressiva, fendendo a comunhão especular. No Seminário 3, Lacan (1955-56/1985) relembra que a concorrência faz parte da construção da realidade: “todo conhecimento humano tem sua origem na dialética do ciúme, que é uma manifestação primordial da comunicação” (p. 50). O conhecimento paranoico como elemento de inércia _ em oposição à dialética hegeliana _, ocorre como um congelamento no movimento de reconhecimento dos objetos e do próprio Eu, ponto em que os objetos se multiplicam de maneira análoga como em um labirinto de espelhos onde as imagens se reproduzem ao infinito. Aqui é importante esclarecer que o caráter paranoico da constituição do Eu em referência ao outro semelhante, que ocorre na dialética de rivalidade pelo objeto, não se refere à forma de estruturação psicótica, mas trata-se sim de uma característica que é prévia à definição da estrutura como tal, cuja competitividade pelo espaço na concorrência especular é o motor. Este caráter, portanto, está de saída colocado para todas as estruturas (neurótica, psicótica ou perversa).

Se a constituição do Eu é cernida no campo da rivalidade, podemos inferir que é neste ponto que se ancora a origem da agressividade? Tomemos como orientação clínica três das cinco teses apresentadas por Lacan (1948/1998) sobre a agressividade em psicanálise.

A tese II mostra que a agressividade nem sempre é configurada como um comportamento agressivo. Descreve Lacan (1948/1998): “a agressividade, na experiência, nos é dada como intenção de agressão e como imagem de desmembramento corporal, e é nessas modalidades que se demonstra eficiente” (p. 107). Aqui, Lacan mostra inúmeras maneiras pelas quais a agressividade velada se apresenta na clínica, enquanto que são “raras as violências propriamente ditas”. As intenções agressivas aparecem nas imagens, que Lacan chama de fenômenos mentais, de corpo despedaçado: “castração, emasculação, mutilação, desmembramento, desagregação, eventração, devoração, explosão do corpo”. Não se trata de “tentar uma redução behaviorista do processo analítico”, visto que a imagem é formadora de identificação (LACAN, 1948/1998, p. 108).

Na tese III, descrita como “os impulsos de agressividade decidem sobre as razões que motivam a técnica da análise” (LACAN, 1948/1998, p. 109), vemos inúmeras indicações clínicas sobre a presença da agressividade na relação transferencial. Lacan demonstra como a

própria filosofia, desde Sócrates, fracassava na esperança de “triunfar a via racional” por meio do diálogo. Não há como, na clínica, rechaçar a agressividade, pois o paciente quer que façamos parte de seu sofrimento (LACAN, 1948/1998, p. 110). Lacan dá exemplo do aparecimento das intenções agressivas nos sintomas neuróticos e orienta nossa clínica quanto ao que se pode fazer frente a elas:

que o que temos que evitar é que a intenção agressiva no paciente encontre apoio de uma ideia atual de nossa pessoa, suficientemente elaborada, para que possa organizar-se nas reações de oposição, denegação, ostentação e mentira que nossa experiência nos demonstra serem os modos característicos da instância do Eu no diálogo (p. 111).

Trecho de onde se extrai que o lugar do Eu no diálogo só pode ser o da defesa. A essência do Eu na experiência analítica acaba sendo o núcleo opaco à reflexão da consciência, “marcado por todas as ambiguidades que estruturam no sujeito a vivência passional”, opondo-se à realização do sujeito (LACAN, 1949/1998, p. 112). Ainda nesta terceira tese, Lacan comenta o quanto seria insuportável “se um paciente visse em seu analista uma réplica exata dele mesmo”. O duplo é uma situação que “desencadearia angústia incontável” (LACAN, 1949/1998, p.112).

Já na tese IV, última das cinco teses que nos interessa, vemos a descrição novamente da correlação entre a constituição do Eu, a agressividade, a identificação, o complexo de Édipo e o mito de do pai da horda primeva. Resumindo, a tese IV se descreve como “a agressividade é a tendência correlativa a um modo de identificação a que chamamos narcísico, e que determina a estrutura formal do eu do homem e do registro de entidades característico de seu mundo” (LACAN, 1948/1998, p. 112). Esta é a tese que mais sintetiza tudo o que vimos em Freud até aqui. O caráter paranoico da constituição do Eu é retomado e Lacan situa a agressividade como tensão correlata à estrutura narcísica no devir do sujeito, que tem ligação dialética com a função do complexo de Édipo. Em suas palavras:

O que chamei de conhecimento paranoico demonstra, pois corresponder (...) a certos momentos críticos que escandem a história da gênese mental do homem e que representa, cada um, uma etapa da identificação objetivante (p. 114).

Lacan propõe o que formulará um ano depois no texto sobre o Estádio do Espelho. Como vimos, a antecipação que acontece neste processo consiste em um “dinamismo afetivo com o qual o sujeito se identifica primordialmente com sua imagem”, dando consistência a uma unidade ideal. As reações da criança na primeira infância em relação ao outro semelhante fundamentam-se nessa apreensão da “*imago* da forma humana” (LACAN, 1948/1998, p. 116). A criança que bate em alguém, em seguida diz que apanhou e chora. Confunde-se nisso “o escravo com o déspota, o ator com o espectador, o seduzido com o sedutor” (p. 116). É nessa encruzilhada que reside a agressividade e sua relação com o formalismo de seu Eu e de seus

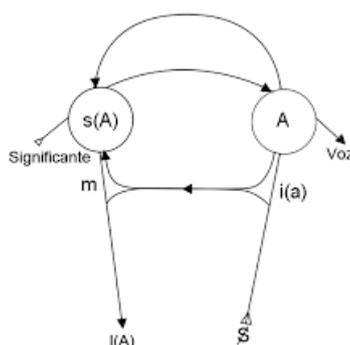
objetos. Quanto ao Édipo, uma das funções do complexo de Édipo é a de que haja uma identificação com o genitor do mesmo sexo. Para isso, é preciso supor que houve, em um momento mítico, a identificação primária, ou seja, a “devoração assimilante”. O próximo passo é a edificação de um ideal, o Ideal do Eu que tem “função apaziguadora”, já que é ligada ao pai e dá as balizas da sexualidade ao sujeito (LACAN, 1948/1998, p. 119). Com esses elementos, é possível o recalque, que é correlato ao segundo tipo de identificação.

Nesse texto Lacan (1948/1998) também retoma o mito totêmico do qual deriva o assassinato do pai, como dimensão subjetiva que dá sentido à culpa. Freud (apud LACAN, 1948/1998) aponta a necessidade de uma ação que neutralize a rivalidade que se instaura entre os irmãos. É por isso que a conclusão do Édipo como castração é o fundamento que promove a transcendência “da agressividade constitutiva da primeira individuação subjetiva” (LACAN, 1948/1998, p.120). Frisa que é somente aí que “sentimentos da ordem do respeito” podem ser experimentados para promover “uma assunção afetiva do próximo”.

Alguns anos depois, construindo o grafo do desejo, Lacan (1960/1998) irá articular todos estes fatos de estrutura, dizendo:

O dito primeiro decreta, legifera, [...] é oráculo, confere ao outro real sua obscura autoridade. Tomem apenas um significante como insígnia dessa onipotência, ou seja, desse poder todo em potência, desse nascimento da possibilidade, e vocês terão o traço unário, que por preencher a marca invisível que o sujeito recebe do significante, aliena esse sujeito na identificação primeira que fora o Ideal do Eu. O que é inscrito pela notação $I(A)$, com a qual devemos substituir, nesta etapa, o $\$, S$ barrado do vetor retrógrado, fazendo com que ele se transponha de sua extremidade para sua partida. Aqui se insere a ambiguidade de um desconhecer [méconnaître] essencial ao conhecer-me [me connaître]. Pois tudo de que o sujeito pode se assegurar, nessa retrovisão, é de vir a seu encontro a imagem, esta, antecipada, que ele tem de si mesmo em seu espelho. [...] O que o sujeito encontra nessa imagem alterada de seu corpo é o paradigma de todas as formas da semelhança que levarão para o mundo dos objetos um toque de hostilidade, projetando nele a transformação da imagem narcísica, que, do efeito jubilatório de seu encontro no espelho, transforma-se, no confronto com o semelhante no escadouro da mais íntima agressividade. [...] O Eu, a partir daí, é função de domínio, jogo de impotência, rivalidade constituída (p. 822-23).

Figura 13 - Grafo do desejo (primeiro andar).



Neste movimento de retroação do grafo feito por Lacan, resulta, como se vê, na identificação do sujeito com o Ideal do Eu (escrito como I(A)) e no que colorirá todas as relações com “um toque de hostilidade”. Este “toque de hostilidade” se deve ao fato de que a ameaça à constituição do Eu provoca imediatamente a defesa e convoca a angústia.

Lacan (1962-63/2005) retomará no Seminário 10, a questão da constituição do Eu, na dinâmica da identificação, quanto à angústia. A identificação que Freud (apud LACAN, 1962-63/2005, p. 132) descreve como sendo de segundo tipo, constitui-se pela regressão daquilo que era o amor, ou o investimento libidinal no objeto _ ter, para o ser. A imagem real do corpo próprio constituída como *i (a)* só pode ser constituída na conclusão do Estádio do Espelho, que será detalhado mais adiante neste capítulo. Antes dele, o que existe é o auto-erotismo, no qual os objetos, bem como o corpo próprio, estão fragmentados. Retornar ao auto-erotismo se justifica pelo “sentir falta de si”. Se a angústia é um sinal de borda no Eu, é quando ocorre o risco da fragmentação do eu (ou a própria fragmentação, como nos surtos psicóticos) que ela irrompe.

Desta forma, a angústia está associada à despersonalização ou ao risco dela, por isso a correlação entre os fenômenos de irrupção da violência, na clínica, e o Estádio do Espelho como constituinte do Eu (LACAN, 1949/1998). A angústia, como “aquilo que não engana” está cernida como sinal ou fenômeno de borda no campo imaginário do Eu, ou seja, em algum ponto do lugar do Eu ideal. Freud (apud LACAN, 1962-63/2005) descreveu que o “Eu é a projeção de uma superfície”, por isso Lacan situa-o como borda ou uma cor que se produz na superfície especular *i'(a)* como inversão da superfície. Segundo Lacan (1962-63/2005, p. 131) o que surpreendera a Freud foi que a identificação ocorre pelo mesmo processo que ocorre no amor e na melancolia, tão fenomenologicamente diferentes entre si. Por fim, Lacan aponta que se o que é visto no espelho é angustiante é porque não pode ser reconhecido pelo Outro, como aquele que chancela a identificação. Aquilo que é estranho, é ameaçador, portanto.

Detivemo-nos sobre a constituição do Eu e a inerência da agressividade neste processo, contudo, poderemos inferir que sempre que há ameaça à constituição do Eu haverá rompantes de violência? Se a agressividade é inerente à constituição do Eu e sua gama de relações com os objetos, o que esperar das relações no coletivo? O que é possível no laço social para que a violência não seja predominante?

4.4 Transferência, violência e agressividade

No Seminário 5, Lacan (1957-58/1999, p. 471) se pergunta sobre a agressividade e atesta a ambiguidade desta noção. Ela é inerente à constituição do sujeito em sua

transindividualidade. Contudo, a agressividade inerente à constituição do Eu não pode ser confundida com a violência ou com a “totalidade do poder agressivo” e esta indicação é de grande valor clínico para nossa presente investigação.

Para estabelecer a distinção entre a violência e a agressividade originária, Lacan (1957-58/1999, p. 471) dirá que “a violência é de fato o que há de essencial na agressão [...]. Não é a fala, é exatamente o contrário. O que pode produzir-se numa relação inter-humana são a violência ou a fala”. Mais adiante questiona de que maneira, então, ela poderá ser recalçada, na medida em que o recalçado é aquilo que “revela ter ingressado na estrutura da fala, isto é, a uma articulação significativa”. Há algo da ordem da agressividade que é captado pelo recalque, mesmo assim rompantes de violência existem, desestruturando o laço social. Somente no Seminário 10 é que Lacan (1962-63, 2005) pôde elaborar o que vem a ser a violência, como irrupção do Real, como vimos, quando dispôs da elaboração dos três registros e do objeto *a*.

Para além da distinção entre passagem ao ato e o *acting out*, retomemos o que vimos sobre aquilo que atrapalha o Discurso do Mestre, como uma irrupção do Real. Propomos situar a violência neste ponto, pois, frente à violência, o Discurso do Mestre não passa incólume. Apontamos até aqui, a partir da clínica, a problemática da violência caracterizada como aquilo que faz estardalhaço. Contudo, não podemos negligenciar a versão silenciosa da violência, incluída, por exemplo, pela jurisprudência brasileira no âmbito da violência doméstica ou no assédio (moral e sexual). Para a jurisprudência, a subjugação na relação interpessoal é o caráter não explícito da violência.

A leitura dos quatro discursos de Lacan feita por Slavoj Žižek (2012, inédito) permite-nos pensar que é o Discurso Universitário (Figura 4) que agencia e comporta a violência silenciosa. O saber, como ordem, se coloca a “domesticar e se apropriar do excesso que lhe resiste e rejeita” (ŽIŽEK, 2012, inédito). A subjugação de um Estado sobre o povo, fato que ocorre imediatamente após uma guerra, constitui exemplo de forma silenciosa de violência. Esta forma de violência extrapola os objetivos deste capítulo, na medida em que nos interessa elaborar no momento é a violência do estardalhaço na clínica, aquela que expõe os corpos na cena, aquela que o senso comum chama de “ir para as vias de fato”.

Como vimos, atos violentos estão sempre ancorados na agressividade, mas nem toda agressividade culmina em ato violento. Estes podem ser passagens ao ato ou podem ser *actings out*. Tais fenômenos só poderão compor algum sentido, na clínica, se forem recolhidos, a partir da transferência, *a posteriori*. É somente dentro do campo transferencial que poderá haver alguma intervenção analítica que terá efeito no coletivo da clínica. Mas de que lugar podemos intervir nos rompantes de violência na emergência do ato? Há um grande

risco de que, justamente quando nos deparamos com os impasses da clínica, isso nos faça buscar apoio no poder. Oury (1984/2009, p. 29) comenta que diante dos impasses das instituições fechadas que mantêm uma “situação miserável, as pessoas agarram-se nos diplomas: eles não são senão espécies de militares graduados”.

O princípio do poder de um tratamento deve estar justamente em seus impasses, como Freud demonstrou ao longo de sua obra, transformando-os em questões. É com este intuito que Lacan (1958/1998) nos fornece indicações clínicas sobre a técnica analítica em seu texto *A direção do tratamento e os princípios do seu poder*. Iniciamos por sua referência à articulação entre a guerra e a política usada para que ele anuncie que a psicanálise tem como estratégia a transferência, como tática a interpretação e como política a falta-a-ser.

A política da falta-a-ser é o ponto no qual o analista é menos livre do que nas intervenções táticas, o que nos remete à abstinência recomendada por Freud (1914-15/1976, p. 214). Na relação transferencial o analista "tem que pagar com o que há de essencial em seu juízo mais íntimo, para intervir numa ação que vai ao cerne do ser" (LACAN, 1958/1998, p. 593). Fazendo um contraponto com a política de tratamento para álcool e outras drogas que estabelecem a abstinência à droga, por parte do usuário, como ideal a ser alcançado e, paradoxalmente, como condição para o ingresso no tratamento, dizemos que para a psicanálise a abstinência está do lado do analista. Tal abstinência diz respeito a não se fazer modelo de identificação, não corresponder a nenhuma demanda, não valorizar a identificação grupal, não se ater à compreensão de fatos, mas sim atingir pelo Real a metonímia do desejo.

Como estratégia, a transferência deixa de ser um lado da relação dual, cujo outro lado correspondente seria a contratransferência. Antes de tudo, ela é uma forma particular de resistência. Contudo, é ela a segurança do analista, e a relação com o Real, o terreno em que se decide o combate. Desta forma, a transferência é um campo no qual estão inseridos analista e analisante e o que ela vem mostrar é que ela própria é “algo bem diferente das relações do Eu com o mundo” (LACAN, 1958/1998, p. 602).

A tática da interpretação introduz uma ambiguidade intencional que só se realiza *a posteriori* (LACAN, 1958/1998, p. 599). Freud (1914-15/1976, p. 208), quanto à transferência, diz que “as únicas dificuldades realmente sérias que (os psicanalistas) têm de enfrentar residem no manejo da transferência”. Lacan (1958/1998, p. 603) aponta que mesmo nessas dificuldades o “princípio de seu poder” reside em distinguir a interpretação da sugestão. Se o trabalho analítico, para Lacan, visa a repetição pela sincronia dos significantes, não é a exatidão imediata da interpretação o que mais importa, já que, para confirmar a pertinência de uma interpretação, “melhor se reconhecerá seu critério no material que vier a surgir depois dela” (LACAN, 1958/1998, p. 601). É *a posteriori* que se verifica a intervenção

analítica, já que a interpretação é um ato analítico endereçado ao equívoco, abrindo a significação e não uma explicação tradutora. Como vimos no primeiro capítulo, a própria formação sintomática é uma interpretação que irrompe do Real. No entanto, a verdade embutida na formação sintomática é não-toda e o Real é o que sempre retorna ao mesmo lugar (LACAN, 1958/1998, p. 625).

Em relação à verdade, esta é também uma das grandes questões na clínica AD, na qual a manipulação do dizer e a mentira são recorrentes. Lacan (1958/1998) nos alerta que

Nada é tão temível do que dizer algo que possa ser verdadeiro. Pois logo se transformaria nisso, se o fosse, e Deus sabe o que acontece quando alguma coisa, por ser verdadeira, já não pode recair na dúvida (p. 622).

Na condução do tratamento, é preciso preservar o que é indizível, visto que o significante porta sempre a ambiguidade, ou seja, ele não tem por função significar, mas sim representar um sujeito para outro significante. Assim, o caminho de nossa escuta é o para-além do dito. O que precisa ser tomado ao pé da letra no tratamento é o desejo. Este é aquilo que, no terceiro tipo de identificação apontado por Freud, proporciona a identificação dos neuróticos entre si. Na análise de Lacan, o Eu seria, através da identificação, o resultado do deslizamento do desejo de um sujeito para outro sujeito. Aqui Lacan (1958/1998, p. 629) sintetiza que, “se o desejo é a metonímia da falta-a-ser, o Eu é metonímia do desejo”.

Quanto aos erros e imposturas do analista, já sabemos que Lacan diz que não há resistência à análise senão a do próprio analista. O que advém como tentativa de *correção*, por parte do analisante, é justamente o *acting out*. Portanto, trazendo essa indicação para a clínica dos equipamentos AD, frente às irrupções de violência, é preciso que renunciemos à compreensão imediata e à tentativa surda de apaziguamento para nos ater à possibilidade de sinalização a ser interpretada, que se origina no lugar onde falhamos na condução do caso. O *acting out* deve ser a chance de refletirmos sobre nossas ações.

Oury (1984/2009), trazendo o ensino de Lacan para uma instituição psiquiátrica, retoma a indicação de Tosquelles (apud OURY, 1984/2009, p. 25) quando ele insiste que, para que o coletivo funcione, é preciso haver heterogeneidade nas oficinas. Segundo Oury, a importância do heterogêneo é maior do que a competência singular de cada técnico, pois a passagem de um lugar ao outro, de um tipo de abordagem ao outro, possibilita a passagem de um discurso ao outro. Para o autor,

o que está em questão não é cada discurso, mas a passagem de um discurso a outro. É a emergência do discurso psicanalítico: discurso aberto que permite a passagem aos outros discursos. (...) O sentido é o fenômeno de passagem de um discurso a outro (por oposição à significação). Esta passagem de um discurso a outro é algo

que privilegia uma dialética das demandas. Estamos aqui num plano de análise, que pode ser uma análise coletiva. (p. 27).

Fazer operar o discurso analítico, possibilitando a passagem dos outros discursos, é, dentro outros atos decorrentes do desejo do analista, retirar seu próprio Eu da cena clínica. Vimos que o Eu é o lugar da defesa, da resistência e da angústia; a relação intersubjetiva, entre o Eu e seus objetos é permeada pela tensão da busca pela identificação e rechaço do estranho. Desta forma, só é possível intervir clinicamente estando submetido à política da falta-a-ser indicada por Lacan (1958/1998), pois quanto mais Eu houver no coletivo, mais haverá barreiras, impasses e entraves à mudança de posição de gozo ou ao giro discursivo. Favorecer a dimensão de passagem de um discurso ao outro é pagar com o cerne do seu ser para não se estagnar na intersubjetividade que culmina na violência.

Não se trata, aqui, de propor a contenção da violência. Tal tentativa já existe como fundamento, por exemplo, do sistema prisional. Trata-se de tomá-la em trabalho. A reintrodução da dimensão do gozo, como campo, em sua singularidade, é o que deve nortear a clínica. A valorização da heterogeneidade e da singularidade nos equipamentos AD deverá levar em conta a busca da identificação, na neurose, como meio de aplacar a angústia e de apaziguar o caráter paranoico constituinte do Eu. Portanto, a equipe pode mediar algumas atividades nas quais o paciente se coletivize, comungue, identifique-se, agrupe-se, sem que isso se torne a regra totalizante, pois isto significaria reproduzir o modelo institucional do qual o usuário já está excluído. Incluir-se na civilização ou fazer parte do laço social não significa destruir as regras para impor o singular, mas sim entrar no pacto da distribuição de gozo possível.

Em outras palavras, se o Ideal do Eu é ponto inevitável da constituição do ser falante, ele deve ser levado em conta no coletivo dos equipamentos AD, sem que isso signifique a promoção da homogeneização. Deve ser possível a positivação de ancoragens de identificação aliada à possibilidade de giro dos discursos e da valorização da singularidade. O empuxo ao desaparecimento ou encobrimento da singularidade é constante na formação dos movimentos de agrupamentos segregatórios. Tal empuxo é da mesma ordem daquilo que ocorre quando se busca um sujeito-suposto-saber: a transferência. “A transferência é o que, da pulsão, desvia a demanda, o desejo do analista é aquilo que a traz ali de volta. E, por esta via, ele isola o *a*, o põe à maior distância possível do I que ele, o analista, é chamado pelo sujeito a encarnar” (LACAN, 1964/1996, p. 258). Lidar com a dissolução desses efeitos de grupo já faz parte do trabalho cotidiano das equipes e supervisores dos equipamentos AD, resta, portanto, que o trabalho tenha alguma produção de sentido ou, em termos do Discurso do Analista, produção

de novos S1.

A abordagem, nas discussões de equipe, quanto aos efeitos especulares, efeitos da condução para a identificação com o Eu do técnico, o empuxo à homogeneização e à segregação, é de fundamental importância às equipes. É no momento formal de construção e discussão dos casos que os impasses poderão ser, senão dissolvidos, ao menos elaborados.

Aqui deixamos uma questão sobre a função da clínica do coletivo no qual há predominância da neurose: esta clínica teria uma certa função apaziguadora advertida?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta cova em que estás com palmos medida
 É a conta menor que tiraste em vida
 É de bom tamanho nem largo nem fundo
 É a parte que te cabe deste latifúndio
 Não é cova grande, é cova medida
 É a terra que querias ver dividida
 É uma cova grande pra teu pouco defunto
 Mas estarás mais ancho que estavas no mundo
 É uma cova grande pra teu defunto parco
 Porém mais que no mundo te sentirás largo
 É uma cova grande pra tua carne pouca
 Mas a terra dada, não se abre a boca
 É a conta menor que tiraste em vida
 É a parte que te cabe deste latifúndio
 É a terra que querias ver dividida
 Estarás mais ancho que estavas no mundo
 Mas a terra dada, não se abre a boca.

*Funeral de um lavrador – João Cabral de Melo Neto, canção de
 Chico Buarque, 1968*

Optamos por fazer, à maneira freudiana, um percurso em nosso próprio limite conceitual e em elaboração, tentando contribuir com o debate das possibilidades clínicas no atual árido e áspero terreno da saúde mental pública e do uso prejudicial de drogas. As questões aqui levantadas obviamente não se esgotam. Qualquer saber que deriva da intersecção clínico-política será sempre problematizado, renovando as questões e pontos específicos a serem considerados, sem mudar, no entanto, a direção teórico-clínica e ético-metodológica que nos orienta. Resta-nos, portanto, delimitar o que pudemos extrair como consequências clínicas, institucionais e políticas que nos sirvam como mediadores a lançar novas questões.

Como vimos, no ano de 1967, ano de efervescência política na França, Lacan (1967/2003, 1967a/2003 e 1967b/2003), não se poupou quanto ao seu posicionamento político convocando psicanalistas e psiquiatras à reflexão. Seguimos, também atualmente no Brasil,

trabalhando permanentemente sob a espreita da força capitalista, dominada pela indústria farmacêutica que afeta diretamente nossa clínica, criando *verdades* homogeneizantes ou generalizantes e desqualificando a intervenção psicanalítica. Tal cientificismo, forjado sobre a mais-valia, se conjuga aos grandes centros de divulgação científica, excluindo completamente a singularidade.

Paralelamente ao cientificismo, outra forma de produção de *verdades* ganha força parlamentar no Brasil, sendo capaz de legislar. Com seu poder aglutinador de fascinação da coletividade, as igrejas cristãs (evangélicas pentecostais) utilizam-se do mecanismo de identificação e da busca da homogeneização, propondo o acolhimento e a posterior visibilidade social aos vulneráveis. A partir da teoria libidinal de Freud (1921a/1976) sobre a formação de grupos, podemos admitir que o manejo do sofrimento a partir da manipulação da vulnerabilidade dentro das igrejas e nas propostas de tratamento das CTs tem o mesmo princípio que o da hipnose e do enamoramento. Em outras palavras, a massa homogeneizada se coaduna graças ao traço unário vetorizado pela identificação ao Ideal do Eu (LACAN, 1961/1991, p. 379), seja em nome do líder, do pastor ou da Bíblia.

O que pode o psicanalista diante disso? Em *A psicanálise. Razão de um fracasso*, Lacan (1967b/2003, p. 349) lançara uma provocação: “Quando a psicanálise houver deposto as suas armas diante dos impasses crescentes de nossa civilização (mal-estar que Freud pressentia) é que serão retomadas - por quem? – as indicações de meus *Escritos*”. Que sejamos nós, psicanalistas, a tomar tais indicações como nossas armas.

Lembremos que a psicanálise tem sua origem justamente no abandono da hipnose como forma de tratamento, aplicado à época de Freud. Justamente porque a hipnose, apesar de poderosa, implica na passividade e submissão do sujeito do inconsciente à ordem de qualquer um a quem este ser falante tenha delegado, por amor, um suposto saber. O avanço freudiano de elaboração sobre a semelhança do mecanismo que acontece entre hipnotizador e hipnotizado ao que se passa entre quem procura ajuda e aquele que a propõe é o cerne do que constitui o conceito de transferência. “A transferência se exerce no sentido de reconduzir a demanda à identificação” (LACAN, 1964/1996, p. 259), em outras palavras, o pedido de ajuda quando encontra a resposta de salvação imediata transforma-se em resignação apaixonada. No Seminário 11, Lacan (1964/1996, p. 255) expõe que a própria transferência é aquilo que “da pulsão desvia a demanda”, ou seja, o endereçamento de uma questão a ser tratada a um sujeito-suposto-saber produz o fechamento do deslizamento necessário à produção de novos S1. É pelo desejo do analista, contrário à identificação, que se a traz de volta à “realidade do inconsciente, a pulsão” (p. 255).

O nascimento da clínica psicanalítica, fundado, dentre outras questões, após a constatação da inoperância da hipnose diante da produção sintomática neurótica, revela o poder contido na transferência, como mola propulsora do tratamento. Tal poder tem sido explorado às avessas pelas instituições homogeneizantes, enquanto que aquilo que lhes escapa passa a ser medicalizado. É o que nos faz lembrar a crítica freudiana ao *furor sanandi*, ao fanatismo pela cura, pela qual Freud (1914/1969a, p. 221) nos alerta que “acreditar que as neuroses podem ser vencidas pela administração de remediozinhos inócuos é subestimar grosseiramente esses distúrbios, tanto quanto à sua origem quanto à sua importância prática”. Apesar dessas evidências trazidas ao cotidiano da RAPS, os eixos das propostas em políticas públicas no campo da saúde mental, álcool e outras drogas estão resumidos em: religião e/ou segregação.

Quando tomamos o fenômeno da transferência como mola propulsora do tratamento e veiculador da resistência, incluímos nisso todos os percalços e impasses que nela ocorrem. Queremos, com isso, apontar que, no tocante ao diálogo com os técnicos dos equipamentos AD, tomar a transferência em questão não é somente levar em conta o que poderia corresponder à noção de vínculo terapêutico, esperado por boa parte das equipes. Tanto essa devoção apaixonada ao suposto saber do Outro quanto episódios de *acting out* ou violência, podem ser impasses que concernem à transferência, única via possível ao Discurso do Analista operar a produção de novos estilos de S1. Um dos impasses que concerne à transferência é a identificação, que fecha a possibilidade de produção de saber inconsciente, ou seja, tende a alienar novamente o sujeito. É tratando da questão da transferência que Lacan (1964/1996, p. 258) especifica a função do analista como o que garante a distância entre o Ideal do Eu e o objeto *a*, função contrária à do hipnotizador ou a do líder/mestre. Como vimos, identificação é o processo que submete o sujeito no mecanismo de enamoramento, de hipnose e também na formação de grupo.

Neste sentido, em seu oitavo Seminário, Lacan (1961/1991, p. 337) relembra que o Ideal do Eu e o supereu têm a mesma origem. Supomos, portanto, que quando oferecemos terreno propício para a formação de um grupo homogêneo, ressaltando um traço do Ideal, estamos também oferecendo estofo ao supereu. Ou seja, manter templos de formação grupal baseados na idolatria é manter Ideal de Eu e supereu bastante alimentados. Baseados na hipótese de que boa parte das questões clínicas atravessadas pelo uso prejudicial de substâncias psicoativas tem o supereu como mandante do gozo, podemos inferir que, diante da demanda ou do sofrimento psíquico, quando o Estado fomenta, sem qualquer questionamento, as CTs religiosas, está oferecendo o reforço ao mecanismo pelo qual o

próprio sofrimento se origina.

Ainda no Seminário 11, Lacan (1964/1996) discute a relação da psicanálise com a religião. Em suas palavras:

Destaco a este propósito uma fórmula que teve seu valor histórico no século dezoito, quando o homem das luzes, que era também o homem do prazer, põe em questão a religião como fundamental impostura. Inútil fazê-los sentir que caminho percorremos depois. (...) Pode-se dizer que (...) onde a luta pode ser travada contra ela, a religião, em nossos dias, goza de um respeito universal (p. 250).

Vivemos, no Brasil, tempos de conjunção das políticas públicas de saúde mental com a religião, enquanto que as políticas públicas de segurança estão em conjunção à idolatria da farda e, conseqüentemente, à segregação. Quando Freud (1921a/1976) elaborava sobre a fascinação das massas, parecia prever o que logo se instituiu na Europa: o nazismo. Guardadas inúmeras dissimetrias entre a Europa da Segunda Grande Guerra e o Brasil atual, consideramo-nos em estado de alerta, já que estamos em um momento no qual convivemos com a reedição de um *protofascismo* no Brasil. Movimentos extremistas que endemonizam uma ideia (que representa a perda dos privilégios de uma classe perante a maioria da população), ao mesmo tempo que idolatram outra ideia (encarnada nos parlamentares que garantem o patrimônio e a coesão dos privilegiados). Esta busca pela manutenção de privilégios ou de diferenciação de classe encontra na religião uma base ideológica cômoda e incontestável. Tais movimentos determinam as políticas públicas atuais, orientadas para a desdemocratização. Esta orientação é contrária ao protagonismo dos usuários do SUS e, àquele que está submetido ao ciclo *automático* de sucesso-fracasso imposto pelo imperativo de gozo superegógico, resta apenas a adesão a uma identificação que igualmente o submete.

Lacan (1974/2005, p. 67) chamava o catolicismo de “verdadeira religião”. O fenômeno que observamos no Brasil é protagonizado por variações das religiões protestantes, pentecostais, que oferecem respostas aos males da civilização capitalista de maneira objetiva e imediatista. Em *La Tercera* Lacan (1974/2010, tradução nossa³¹) coteja o enlouquecimento do cristianismo ao fracasso da psicanálise, já que a religião santifica as demandas

O sentido do sintoma depende do futuro do real, portanto, como eu disse à imprensa [em O trinfo da religião], depende do êxito da psicanálise. O que pedimos é que se nos livre tanto do real quanto do sintoma. Se isso acontecer, se houver êxito com esta demanda, pode-se esperar (...) um retorno da verdadeira religião, por exemplo, que, como sabem, não parece estar extinguindo-se. A religião verdadeira está louca,

³¹ Texto em espanhol: El sentido del síntoma depende del porvenir de lo real, por tanto, como dije en la conferencia de prensa, del éxito del psicoanálisis. A éste se el pide que nos libre de lo real y del síntoma, a la par. Si eso ocurre, si tiene éxito con esta demanda, puede esperarse – (...) un regreso de la religión verdadera, por ejemplo, que como saben no tiene trazas de estar extinguiéndose. La religión verdadera está loca, se vale de todas las esperanzas, digámoslo así, las santifica.

vale-se de todas as esperanças, digamos assim, santifica-as (p. 85, grifo nosso).

Há sofrimento psíquico, há demanda por trás da prosperidade das CTs, e o que estamos fazendo diante disso? Por um lado, enfrentamos a violência do aparelhamento estatal no âmbito da coerção e policiamento que tenta calar o coletivo frente ao aumento da desigualdade social, enquanto há o desmonte do aparelhamento estatal quanto à atenção à saúde. Violência que pode ser cada vez maior quanto menor o investimento do Estado na escuta daquilo que emerge do Real. De outro lado, precisamos tratar da violência no cotidiano dos equipamentos AD, própria do coletivo de neuróticos formado por cada sujeito, que, um a um, buscou, sabendo ou não, algum alívio ao seu sofrimento psíquico.

O enigma que atravessa as equipes dos equipamentos AD quanto a lidar com a violência cotidiana retorna ao mesmo ponto do impasse clínico que não deixa o lugar do analista ser o da comodidade: a transferência e a resistência do analista. Propomos que um modo de tratar a violência é apostar que sejam *actings out* ou uma espécie de “transferência selvagem” (LACAN, 1961/1991, p. 140). Bem nos orienta Lacan (1961/1991, p. 326) que *actings outs* são efeitos de “nossas babaquices”, de nossa inoperância clínica. Então, podemos pensar que boa parte dos *actings out* que ocorrem no cotidiano dos equipamentos AD são efeito da nossa própria resistência. No entanto, como trabalhar a resistência de nossa parte sem o investimento na supervisão clínico-institucional, como condição mínima para trabalhar os impasses das equipes para uma clínica efetiva?

As equipes nos equipamentos AD, para além de acolher aquilo que foi rechaçado ou segregado pelo pacto civilizatório, acabam sem encontrar esteio ao trabalho psicossocial frente à maré manicomial da gestão que vem desestruturando toda a RAPS. Aquele que realmente busca tratamento, encontra a RAPS fragilizada e uma coordenação de saúde mental que trabalha em prol da abstinência e da proibição do contato com a droga. O Estado passou a focar uma pequena parcela da questão, ressuscitando os manicômios, há muito tempo desacreditados por seu modo iatrogênico de funcionar, sem garantir a continuidade do tratamento ou a escuta e o tratamento continuado do sofrimento psíquico.

Diante das dificuldades da RAPS, potencializadas pela política de guerra às drogas, a internação psiquiátrica, por sua vez, se torna inócua. Nossa experiência em Mato Grosso aponta para a demanda de escuta do sofrimento psíquico que não recebe o acolhimento adequado, já que os usuários recebem alta de uma internação psiquiátrica em média com um mês e não encontram eco na RAPS para continuar trabalhando as questões suscitadas, o que os fazem vagar por um ciclo de idas e vindas à internação, alternando tal ciclo com longas permanências em CTs religiosas. Quanto ao mandamento mortífero de gozo/autoflagelação

provocado pela instância superegóica, consideramos que a internação psiquiátrica é inócua. Isto não se deve à curta duração da internação, já que o trabalho ou a intervenção em sua verdade singular depende do tempo de cada sujeito, mas sim porque a internação reedita o isolamento e a segregação, fazendo empuxo à homogeneização por um diagnóstico psiquiátrico encoberto imaginariamente de criminalidade.

Outro problema da escuta em serviço fechado é que a exigência de abstinência só oferece duas opções: ou se entra em abstinência ou se evade para a *boca de fumo*. A intervenção nas relações do cotidiano que inclua a relação do sujeito com o Outro movido por um mandamento de gozo/autoflagelação, que inclua um tempo aberto às contingências e aos recursos possíveis, é própria a ser realizada em equipamentos abertos, como os CAPS AD. Se existem dificuldades no cumprimento desta difícil tarefa por parte dos CAPS, é preciso investimento nos dispositivos clínicos, como a supervisão clínico-institucional e a condução clara da gestão para a constante produção de saber quanto ao que se pode fazer diante do sofrimento psíquico. Na análise de Kimati, Pitta & Pinho, (2018)

nada indica que a determinação intransigente do sistema em promover abstinência tenha qualquer efeito positivo. Porque o mesmo sistema faz isso há décadas, sem eficiência. Essa perspectiva de trazer para a saúde “a guerra contra as drogas” tende apenas a afastar o usuário dos serviços, uma vez que estes estarão condicionando o tratamento à interrupção do uso de drogas e os que não conseguem se afastam.

Não desacreditamos, com isso, na internação como uma modalidade de atenção necessária, mas sim apontamos que ela é apenas uma das modalidades e que não poderá jamais encerrar em si mesma um tratamento ao sofrimento psíquico que envolve, para além do uso prejudicial de substâncias psicoativas, questões estruturais inconscientes que exigem intervenção singularizada e abertura às contingências. Nos termos do gestor, não se resolve, por exemplo, o problema da *diabetes* focando o investimento das políticas de saúde na internação do diabético sempre que ele sofrer um pico de glicemia, sem que haja tratamento da origem do quadro e o posterior protagonismo do usuário do SUS quanto ao que se passa em seu corpo, ou quanto ao seu gozo. Na saúde mental, nem mesmo a lógica sanitária no campo das doenças crônicas contemplaria as especificidades da clínica psicossocial, já que não se resolve, por exemplo, a incidência sistemática de um gozo mortífero com medidas pedagógicas e medicamentosas. Qual o modo de trabalhar com quem busca seu próprio dano?

A busca de um suposto saber nos equipamentos AD, bem como nas igrejas ou nos grupos de autoajuda, por sujeitos que não deliram ou que não estão sob o registro da psicose, denuncia um sofrimento que deve nos causar enigma e colocar-nos a trabalhar para a produção de saber. A reintrodução da singularidade, em contraponto à sua segregação por

parte da ciência, é de suma importância para o debate da clínica do uso prejudicial de substâncias psicoativas. Contudo, diante de tantas verdades em forma de rótulo ou de uma libré, na regência do Discurso Universitário sobre o uso prejudicial de substâncias psicoativas, seria necessário aos equipamentos AD abertos, bem como às equipes dos demais equipamentos da RAPS, uma grande força desejante. Seria preciso que o desejo pela clínica superasse o abandono dos gestores visível na falta de manutenção dos equipamentos e dos técnicos que compõem as equipes.

Nossa hipótese é de que não houve ainda estofamento suficiente do desejo pela clínica a ponto de podermos tratar das atuações (hetero ou auto-agressivas) dos usuários como *actings outs*, como fenômenos dirigidos ao Outro à espera da intervenção ou das repetições de fracasso após o êxito. Enquanto não houver investimento por parte da gestão na clínica e na pesquisa dos equipamentos AD, enquanto não tomamos o boi pelo chifre (justamente porque não temos mãos para tal empreitada, dado o desinvestimento dos gestores), mantemos a falácia de que o abuso de substância psicoativa (não todas, como bem preconiza a indústria farmacêutica) é em si mesmo problemático ou signo da origem da vulnerabilidade social. Seguimos como cães mordendo a própria cauda ou, como Sísifo, empurrando para cima uma imensa pedra que sabemos que rolará morro abaixo, logo em seguida.

Talvez aos psicanalistas seja imputada a *arma* de não ceder ao empuxo à identificação e à hipnose, de operar contra a homogeneização e a idolatria, já que cabe-nos sustentar o trabalho com a verdade, não-toda, do sujeito que diz respeito à singularidade do gozo. É o Discurso do Analista que faz girar os demais discursos, operando sempre a partir do Real. “É nessa articulação com o real que se encontra a incidência política em que o psicanalista teria lugar, se fosse capaz de fazê-la”, afirma Lacan (1968/2003, p. 443). Essa articulação com o real, o psicanalista não é “capaz de fazê-la”, porque, como ele mesmo disse em *La Tercera* (LACAN, 1974/2010):

O curioso em tudo isso é que o analista nos próximos anos dependa do real e não o contrário. O advento do real não depende em nada do analista. Sua missão, a do analista, é detê-lo. Mesmo assim, o real pode muito bem desembestar-se, sobretudo por ter apoio do discurso científico (p. 8732).

É justo esse Real que “nos impede de decidir previamente sobre os limites da psicanálise em uma instituição. É ele, portanto, que permite *que a experiência analítica,*

³² Texto em espanhol: Lo curioso en todo esto es que el analista en los próximos años dependa de lo real y no lo contrario. El advenimiento de lo real no depende para nada del analista. Su misión, la de analista, es hacerle la contra. Al fin y al cabo, lo real puede muy bien desembostarse, sobre todo desde que tiene el apoyo del discurso científico.

sendo uma só, dê lugar à particularidade” (ELIA, 2006, inédito, grifo do autor). Então, se a psicanálise não traz um projeto terapêutico novo aos equipamentos AD, qual seria o modo de intervenção possível ao analista? A orientação de Lacan (1969/1992, p. 74) é clara: “a intrusão na política só pode ser feita reconhecendo-se que não há discurso – e não apenas o analítico – que não seja do gozo, pelo menos quando dele se espera o trabalho da verdade”. Reconhecer que todo discurso é de gozo não quer dizer que o gozo seja coletivizável, na medida em que o gozo é justo o que há de mais singular. Mas o gozo, como singular, faz laço social.

Se o modo como cada um goza de seu inconsciente é singular, não há trabalho possível em saúde mental se não estivermos abertos a acolher o sofrimento psíquico em sua singularidade. A reintrodução da dimensão do gozo, como campo, em sua singularidade, é o que deve nortear a clínica. Contudo, a valorização da heterogeneidade e da singularidade nos equipamentos AD deverá levar em conta a busca da identificação, na neurose, como meio de aplacar a angústia e de apaziguar o caráter paranoico constituinte do Eu.

Portanto, se pudéssemos seguir ampliando o acolhimento do sofrimento psíquico sem exigir a abstinência por parte do sujeito ou sem focar-se, especificamente, no abuso de alguma substância, estaríamos na direção de colocar o sujeito em seu lugar de primazia em relação à droga. Também estamos advertidos quanto aos limites da clínica psicanalítica, não propomos a solução para toda a questão, tampouco perdemos de vista a exortação de Lacan (1978/1995) segundo a qual cada analista é chamado a reinventar a psicanálise.

Resgatar a singularidade do gozo contra a homogeneização, que contém em si mesma a segregação, é um norte. Para intervir no gozo é preciso situá-lo na consideração clínico-política. Não significa, com isto, extirpar todo o sofrimento psíquico de circulação, ou seja, não é de bem-estar que se trata quando se faz psicanálise. Retomemos uma importante advertência de Freud (1910b/1976) em *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*:

Lembre-mos, no entanto, de que nossa atitude perante a vida não deve ser a do fanático por higiene e terapia. Devemos admitir que a prevenção ideal de enfermidades neuróticas, que temos em mente, não será vantajosa para todos os indivíduos. (...) Existe alguém entre os senhores que, alguma vez, não examinou a causalidade da neurose, e não teve de admitir que esse era o mais suave resultado possível da situação? E dever-se-ia fazer tais pesados sacrifícios, a fim de erradicar a neurose, em especial, quando o mundo está cheio de outras misérias inevitáveis? (p. 135).

Intervir no gozo para fazê-lo circular na consideração clínico-política. Eis uma parcela daquilo que, quanto psicanalistas, é a *parte que nos cabe neste latifúndio*.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. “Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas”, *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(11): 2309-2319, nov., 2009.
- AMARAL, N. *A Loucura Lúcida: o estatuto estrutural da mania e da melancolia na clínica psicanalítica*, 2012. Tese (Doutorado em Psicanálise), Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- ANDRADE, C. “Uma taça de vinho para Kangxi e Mêncio” in: MEZÊNCIO, M., ROSA, M. & WILMA, M. (orgs.) *Tratamento possível das Toxicomanias...com Lacan*, Belo Horizonte: Scriptum, 2014.
- ANDRADE, T. M. “Panorama atual da política de drogas no Brasil: a redução de danos” in: SOUZA, Â. C. et al. (Orgs) *Entre pedras e fissuras a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*, São Paulo: Editora Hucitec, 2016.
- ARCAND, D. (diretor) Filme *Invasões Bárbaras*. França/Canadá: 2002.
- ASKOFARÉ, S. “Aspectos da Segregação” in: *Revista A peste*. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 345-354, jul./dez. 2009.
- BARROS, R. M. e DARRIBA, V. A. (orgs.) *Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: FAPERJ & Cia de Freud, 2015.
- BASTOS F., BERTONI N. *Pesquisa nacional sobre o uso de crack. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Lis/Icict/Fiocruz; 2014.
- BEZERRA, D. S. “A articulação *moebiana* entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial” in: *Revista Psicologia Hospitalar, CEPSIC*. 2009, 7(2), 55-74.
- _____. *O lugar da clínica na Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Dissertação (Mestrado em Psicanálise), 2008. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- _____. *O lugar da clínica na Reforma Psiquiátrica Brasileira – Política e Psicanálise oito anos após a Lei 10.216*, Curitiba: Editora CRV, 2013.
- BRASIL, PLANALTO CENTRAL, Lei 8080 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm, 1988.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 10.216/2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em 30 de junho de 2016.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, *Álcool e Redução de Danos - uma abordagem inovadora para países em transição*, 1.ª edição, traduzida e ampliada, Série F. Comunicação e Educação

em Saúde, Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS, *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas*, Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial* – Série F. Comunicação e Educação em Saúde, Brasília/DF, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, *Álcool e Redução de Danos – Uma abordagem inovadora para países em transição*, Série F. Comunicação e Educação em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, Lei “Maria da Penha”. 2006. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/95552/lei-maria-da-penha-lei-11340-06>> Acesso em: 31 de jul. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, *Clínica Ampliada e Compartilhada*, Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília – DF, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas. *Edital de processo seletivo que destina apoio financeiro a projetos de utilização de leitos de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas*, conforme o estabelecido no decreto n.7.179, de 20 de maio de 2010. set. 2010.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório final da 4a Conferência Nacional de Saúde Mental, Intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica*. Brasília: jan. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília. 2011a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. *Resolução da Diretoria Colegiada n.29*, de 30 de junho de 2011b.

SENADO FEDERAL. *Médicos contestam comunidades terapêuticas. Em Discussão*, ano 2, n.8, p.64- 65. 2011. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/dependencia-quimica.aspx>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

ANVISA, SNGPC, *Boletim de Farmacoepidemiologia*, vol. 2, Ano 1, jul/dez, 2011.

____ GOVERNO FEDERAL. *Crack, é possível vencer*. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

____ MINISTÉRIO DA SAÚDE *Observatório Crack, é possível vencer. Comunidades terapêuticas*. Brasília. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidadesterapeuticas.html>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

____ MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, Nota Técnica 2015, Disponível em: <<http://medicalizacao.org.br/tag/anvisa/>>.

<http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet_v2.pdf> . Acesso em: 31 de jul de 2016.

____ Diário Oficial da União. República Federativa Do Brasil Imprensa Nacional Brasília - DF Nº 190 – DOU de 03/10/17 – Seção 1 – Suplemento - p.61 Ministério Da Saúde Gabinete do Ministro Portaria De Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017.

____ MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA NACIONAL. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, Atualização - Junho de 2016*, Brasília: 2017.

____ Conselho Federal de Psicologia, Comissão Nacional de Direitos Humanos CFP, *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*, 2ª Edição H, Brasília-DF, 2011.

____ CFP, *Debate on Line: Antiproibicionismo: por que precisamos mudar as políticas sobre drogas no Brasil e no mundo*. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=HLGE5_J_aZ8&list=PLnzjy4Y6S0COipl6xDPGpzmYPe0SBGTA&index=15, acesso em 30 de junho de 2016.

____ CFP, “Carta de Bauru” in: <http://site.cfp.org.br/psicologia-presente-30-anos-carta-de-bauru/>, 13/11/2017, acesso em 5 de abril de 2018.

CABAS, A.G., *O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: Da questão do sujeito e o sujeito em questão*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2009.

CARNEIRO, H. S. *Congresso Internacional sobre drogas. Lei, Saúde e Sociedade*. “Conferência de Abertura”, 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BG0PDtjDQwo>>. Acesso em 31 de jul de 2016.

____ "Bebidas alcoólicas e outras drogas da época moderna. Economia e embriaguez do século XVI ao XVIII", 2004. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/t_henrique_historia.pdf. Acesso em 20 de julho de 2016.

CARVALHO, A. M. T. de: “Trabalho e higiene mental: processo de produção discursiva do campo no Brasil” in: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, VI (1): 133-56, mar.-jun., 1999.

CHAVES, W. C. “A noção lacaniana da subversão do sujeito” in: *Psicologia Ciência e Profissão*, 2002, 22 (4), 68-73.

CHEIBUB, W. B. “O tratamento atual do mal-estar na civilização: toxicomania e segregação” in: SOUZA, Â. C. et al. (org.) in: *Entre pedras e fissuras a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*, São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

DARRIBA, V. A. “As injunções extracientíficas da divulgação científica” in: *Opção Lacaniana online nova série*, Ano 4, Número 10, março 2013, ISSN 2177-2673.

_____ *O ilimitado do neoliberalismo e a expansão da lógica da avaliação no campo da clínica*. No prelo.

_____ “A (não) inserção da psicanálise no debate acerca da eficácia terapêutica” in: *Anais do IV Congresso de Psicopatologia Fundamental*, Curitiba, set. 2010.

_____ “A psicanálise e o referencial de cientificidade que orienta a terapêutica: fundamentos para o debate na atualidade” In: *Anais do VI Congresso Nacional de Psicanálise*, Fortaleza, 2011.

D’ELIA FILHO, O.Z. *Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas*, 3ª edição, Rio de Janeiro: Editora Revan, 2015.

DIEHL, A., LARANJEIRA, R., CARNEIRO, D. C. C. e cols. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*, São Paulo: Ed. Artmed, 2011.

ELIA, L. *Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan*, Rio de Janeiro: Ed. Uapê, 1995.

_____ *Do real e do sexual na experiência analítica*, Apresentação oral em Plenária do IV Congresso de Convergencia, Movimento Lacaniano para a Psicanálise Freudiana, realizado em Buenos Aires (Faculdade de Direito) nos dias 8, 9 e 10 de maio de 2009, representando o Laço Analítico Escola de Psicanálise, Instituição-Membro de Convergencia. Inédito.

_____ *Falo, discurso e nó: três momentos da sexuação*, Apresentação oral na XVI Jornada Intersedes do Laço Analítico Escola de Psicanálise, comemorativa dos 15 anos de fundação da Escola, realizada no dia 6 de outubro de 2013 no Museu da República, Rio de Janeiro. Inédito.

_____ “Política da Psicanálise e Política do Estado: uma exclusão possivelmente fecunda”, in: BARROS, R. M. e DARRIBA, V. A. (Org.) *Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito*, Rio de Janeiro: Ed. Cia de Freud, 2015.

_____ “A transferência na Pesquisa em Psicanálise: Lugar ou Excesso?” in: *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol.12, n.3, Porto Alegre: 1999.

_____ *Recurso & Convite ao debate dirigido à Comunidade Científica Ampliada do Campo da Saúde Mental*, endereçado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ, Diretoria de Programas Temáticos Setoriais, Coordenação Geral do Programa de Pesquisa em Saúde, em referência ao Projeto “A eficácia clínica da intervenção pela palavra e pelo ato dirigida ao sujeito sob transferência em clínica institucional pública de saúde mental”, inédito, 2006.

ELIA, L. & NICODEMOS, J. C. “Análise crítica das políticas públicas brasileiras de saúde

mental em uma perspectiva histórica” in: SOUZA, Â. C. et al. (org.) in: *Entre pedras e fissuras a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*, São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

FERREIRA, P. S. & LUIZ, M. A. V. “Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas” in: *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 13, núm. 2, abril-junho, 2004, pp. 209-216

FREITAS, F.F.P., “A história da psiquiatria não contada por Foucault”, in: *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, vol. 11(1): 75-91, jan.-abr. 2004.

FREUD, S. – *Obras Psicológicas Completas*, Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro, RJ: Ed. Imago, 1976:

_____ [1888] “Histeria”, vol. I;

_____ [1894] “As Neuropsicoses de Defesa” vol. III;

_____ [1895] “Projeto para uma Psicologia Científica”, vol. I;

_____ [1895a] “Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia”, vol. III;

_____ [1896] “Observações adicionais sobre as Neuropsicoses de Defesa”, vol. III;

_____ [1899] “Lembranças encobridoras”, vol. III;

_____ [1896] “Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa”, vol. III;

_____ [1900] “A interpretação dos sonhos, Parte II”, vol. V;

_____ [1905] “Fragmento da análise de um caso de Histeria”, vol. VII;

_____ [1910] “Análise de uma fobia de um menino de cinco anos” vol. X;

_____ [1910a] “Cinco lições de psicanálise” vol. XI;

_____ [1910b] “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica” vol. XI;

_____ [1913] “Recomendações aos médicos que praticam a psicanálise”, vol. XII;

_____ [1913-14] “Totem e Tabu”, vol. XIII;

_____ [1914-15] “Observações sobre o amor transferencial”, vol. XII;

_____ [1915] “Luto e Melancolia”, vol. XIV;

_____ [1916] “Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico”, vol. XIV;

_____ [1916-17a] “Conferências Introdutórias sobre Psicanálise – Parte III – Conferência XVII – O sentido dos sintomas”, vol. XVI;

_____ [1916-17b] “Conferências Introdutórias sobre Psicanálise – Parte III – Conferência XXIII – O caminho de formação dos sintomas”, vol. XVI;

_____ [1916-17c] “Conferências Introdutórias sobre Psicanálise – Parte III – Conferência XXIV – O estado neurótico comum”, vol. XVI

_____ [1918] “O tabu da virgindade”, vol. XI;

_____ [1919] “O estranho”, vol. XVII;

_____ [1919a] “Linhas de Progresso na terapia psicanalítica”, vol. XVII;

_____ [1921] “A Psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher”, vol. XVIII;

_____ [1921a] “Psicologia de grupo e análise do ego”, vol. XVIII;

_____ [1924] “A dissolução do Complexo de Édipo”, vol. XIX;

_____ [1926] “Inibição, Sintoma e Angústia”, vol. XX;

_____ [1926a] “A questão da análise leiga”, vol. XX;

_____ [1930] “O mal-estar na civilização”, vol. XXI;

_____ [1932] “Por que a guerra? (Einstein e Freud)”, vol. XXII;

_____ [1933] “Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, Conferência XXXII, ‘Ansiedade e vida instintual’”, vol. XXII;

_____ [1933b] “Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, Conferência XXXV, ‘A questão de uma Weltanschauung’”, vol. XXII;

_____ [1937] “Análise terminável e interminável”, vol. XXIII;

_____ [1937b] “Construções em análise”, vol. XXIII;

_____ [1939] “Moisés e o monoteísmo três ensaios”, vol. XXIII;

_____ [1914] “À guisa de introdução do Narcisismo” in: *Obras Psicológicas de Sigmund Freud, – Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente, vol. 1*, Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2004.

_____ [1915] “Pulsão e Destinos da Pulsão” in: *Obras Psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente, vol. 1*, Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2004.

_____ [1915] “O Inconsciente” in: *Obras Psicológicas de Sigmund Freud – Escritos*

sobre a *Psicologia do Inconsciente*, vol. 2, Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2006.

_____ [1920] “Além do Princípio de Prazer” in: *Obras Psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente* vol. 2, Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2006.

_____ [1923] “O Eu e o Id” in: *Obras Psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*, vol. 3, Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2007.

_____ [1924] “Problema Econômico do Masoquismo” in: *Obras Psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*, vol. 3, Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2007.

FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas* [1973]. Rio de Janeiro: PUC RJ e Nau Editora, 2001.

_____ *Microfísica do Poder* [1979], 21ª edição, São Paulo: Ed. Graal, 2005.

GARCIA, L. L. S. “Apresentação” in: SOUZA, J. (org.). *Crack e exclusão social*. Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: São Jorge Gráfica e Editora, 2016.

GEREZ-AMBERTÍN, M., *As vozes do Supereu - na clínica psicanalítica e no mal-estar na civilização*, São Paulo: Cultura Editores Associados, Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

GUERRA, A. *A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência*, 2007. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica), Universidade Federal do Rio de Janeiro.

_____ “O Gozo na topologia borromeana: um novo paradigma?” in: *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro: v. 45.1, p. 39-59, 2013.

INEM, C. L., “Corpo em evidência, corpo de gozo” in: ALBERTI, S. & RIBEIRO, M. A. C. (orgs.) *Retorno do Exílio. O corpo entre a psicanálise e a ciência*, Rio de Janeiro: Ed. Contra Capa Livraria, 2004.

KIMATI, M., PITTA, A. & PINHO, L. “A proposta de uma nova política sobre drogas é inútil para o País”, in: *Jornal Gazeta do Povo*, 11/04/2018, Curitiba, <http://www.gazetadopovo.com.br/justica/a-proposta-de-uma-nova-politica-sobre-drogas-e-inutil-para-o-pais-dkl430djil62ukjnu9qv6we6g>, acesso em 3 de maio de 2018.

KOHAN, W. O. “A Filosofia e seu ensino como phármakon” in: *Educar em Revista*, n. 46, p. 37-51, Curitiba: Editora UFPR, out./dez. 2012.

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998:

_____ [1948] “Agressividade em Psicanálise”

_____ [1949] “Estádio do Espelho como formador da função do Eu”

_____ [1953] “Função e campo da palavra e da linguagem”

_____ [1954] “Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “*Verneinung*” de Freud”

_____ [1955-56] “De uma questão preliminar para todo tratamento possível da psicose”

_____ [1958] “A direção do tratamento e os princípios do seu poder”

_____ [1958a] “A significação do falo”

_____ [1960] “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano”

_____ [1966] “A Ciência e a Verdade”

_____ [1966a] “De nossos antecedentes”

_____ *Os Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2003:

_____ [1967] “Alocução sobre as psicoses da criança”

_____ [1968] “Da psicanálise e suas relações com a realidade”

_____ [1967a] “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola”

_____ [1967b] “A psicanálise. Razão de um fracasso”

_____ [1972] “O Aturdido”

_____ [1973] “Televisão”

_____ *O Seminário 2 O, Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*, [1954-55]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar 1985.

_____ *O Seminário 3, A psicose*, [1955-56]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1985.

_____ *O Seminário 20, Mais Ainda* [1972-73], Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1985.

_____ *O Seminário 8 A transferência*, [1960-61]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar 1991.

_____ *O Seminário 17, O avesso da Psicanálise* [1969-70]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1992.

_____ *O Seminário 4, A relação de objeto* [1956-57]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1995.

_____ *O Seminário 1 Os escritos técnicos de Freud*, [1953-54]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar 1996.

_____ *O Seminário 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1964]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar 1996.

_____ *O Seminário 7, A ética da Psicanálise* [1959-60]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar 1997.

_____ *O Seminário 5, As formações do Inconsciente* [1957-58]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1999.

_____ *O Seminário 10, A angústia* [1962-63]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2005.

_____ *O Seminário 23, O Sinthoma* [1975-76]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2007.

_____ *O Seminário 16, De um Outro ao outro* [1968-69], Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar: 2008.

_____ *O Seminário 18, De um discurso que não fosse semblante* [1971], Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar: 2009.

_____ *O Seminário 9 A identificação* [1961-62], publicação não comercial, Recife: Centros de Estudos Freudianos do Recife, 2011.

_____ *O Seminário 19, ...Ou Pior* [1971-72]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2012.

_____ *Seminario 21 Los incautos no yerran – Los nombres del padre* [1973-74], inédito.

_____ *O Seminário 22, R-S-I* [1974-75], inédito.

_____ “Clotûre aux Journées d’Etudes des Cartels” [1975] in: *Lettres de l’Ecole Freudienne de Paris*, 18, Paris, abril de 1976.

_____ “Conclusões - Congresso sobre a transmissão” - Paris 6-9 de julho de 1978, in: *Letra Freudiana Documentos para uma Escola II Lacan e o Passe* – n. 0’, p. 65-67, Rio de Janeiro, 1995.

_____ “O lugar da psicanálise na medicina” in: *Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n.32, p. 8-14, São Paulo: Eolia, 2001.

_____ “O Triunfo da Religião” [1974]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2005.

_____ “La Tercera - 7º Congresso da Ecole Freudienne de Paris” [31/10/1974] in: *Intervenciones y Textos 2*, Buenos Aires: Ed. Manantial, 2010.

_____ “Conferencia en Ginebra” [04/10/1975] in: *Intervenciones y Textos 2*, Buenos Aires: Ed. Manantial, 2010a.

_____ “Estou falando com as paredes” [1971-72]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar. 2011.

_____ *Breve discurso a los psiquiatras*, En el Cercle Psychiatrique H. Ey, Saint Anne, 10 de noviembre de 1967, inédito.

MARCONI, K. F., *Manejos possíveis do gozo na clínica das Toxicomanias: uma abordagem psicanalítica*, Dissertação (Mestrado em Psicanálise), PGPSA/UERJ, 2009.

MATO GROSSO, Tribunal de Justiça Estadual, Provimento 27/2012 da Corregedoria-Geral de Justiça do Estado de Mato Grosso, Disponível em: http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/974/Provimento_272012_-_interna% C3% A7% C3% B5es_volunt% C3% A1rias_e_compuls% C3% B3rias.pdf, Acesso em 31 de julho de 2016.

MELO, D. “Ministério da Saúde abre caminho para custear Comunidades Terapêuticas” in: *Revista Carta Capital digital*, 10/12/2016, <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/ministerio-da-saude-abre-caminho-para-custear-comunidades-terapeuticas>, Acesso em 5 de abril de 2018.

MIGUEL, L. F. Poder Judiciário: a ponta de lança da luta de classes in: *Revista Le Monde Diplomatique Brasil*, ano 11, número 128, março de 2018.

MILLER, J-A. & LAURENT, É. “A Teoria Do Parceiro” (1997) in: Escola Brasileira de Psicanálise (orgs.) *Os circuitos do desejo na vida e na análise*, Rio de Janeiro: Ed. Contra Capa Livraria, 2000.

MILNER, J-C. *A Obra Clara - Lacan, a Ciência, a Filosofia*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1996.

MINAYO, M.C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*, 14ª edição, São Paulo: Ed. Hucitec, 2014.

MURTA, A. SCHIMITH, P., DE QUEIROZ, S. S., “Os sombrios poderes do supereu”, in: *Opção Lacaniana online nova série*, Ano 6, Número 16, março 2015.

NASPARTEK, F. “La droga en la cultura de hoy y de ayer” in: NASPARTEK e col. *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama ediciones, 2005.

_____ et al. *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*, Buenos Aires: Grama Ediciones, 2005.

NICODEMOS, J. C. *Crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas: a clínica na intersetorialidade*, (Dissertação de Mestrado em Psicanálise), 2013. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

OLIVERIA, A. B. e ALESSI, N. P. *Superando o manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica*, Cuiabá: EdUFMT, 2005.

OURY, J. “Petit discours critique sur une utilisation possible de l’E.P.P. » In: *Scilicet 2/3*. Paris: Éditions Du Seuil. 1970. Tradução livre de Maria Sílvia Elia Galvão, psicanalista membro do Laço Analítico Escola de Psicanálise - LAEP, inédito.

_____ *O Coletivo [1984]*, São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

PENA, B. F., “O supereu e suas nuances de Freud a Lacan” in: *Reverso*, Belo Horizonte: ano

33, n. 62, p. 15 – 22, Set. 2011.

PERES, M. F. “Crack e tabu – entrevista com Pedro Abramovay” in: *Revista Cult*, edição 165, 4/01/2012. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2012/02/crack-tabu/>, acesso em 03 de maio de 2018.

QUINET, A. *Psicose e Laço Social – esquizofrenia, paranoia e melancolia*, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2006.

RABINOVICH, D. *A significação do falo – uma leitura*, Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2005.

RIO DE JANEIRO, GERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, *Nota Técnica sobre a apresentação de dados da RAPS feita pelo Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas na CIT de Agosto de 2017 e sobre as propostas de alteração da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas a serem apresentadas na CIT de dezembro de 2017*, 11/12/2017.

RODRIGUES, L. B. F. *Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade*, Tese (Doutorado em Direito), USP, São Paulo, 2006.

SANTOS, K. e ELIA, L. “Bem-dizer uma experiência” in: ALTOÉ, S. e LIMA, M. M. (Org.) *Psicanálise, Clínica e Instituição*, Rio de Janeiro: Ed. Rios Ambiciosos, 2005.

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

SÃO PAULO, Conselho Regional de Psicologia de SP, 6ª Região, *Álcool e outras drogas*, 1ª edição, São Paulo: 2012.

SINATRA, E. S., SILLITTI, D., TARRAB, M. (orgs.) *Sujeto, goce y modernidad: los fundamentos de la clínica II*, Buenos Aires: Atuel – TyA, 1995.

SOUZA, J. (org) *Crack e exclusão social*, Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília: São Jorge Gráfica e Editora, 2016.

TARRAB, M. A identificação ao grupo ou bem dizer o insuportável. *Latusa*: de onde vêm os analistas. Rio de Janeiro, n. 6, p.189-197, 2001.

_____. “La segregación del otro”. In: SINATRA, E. S., SILLITTI, D.; TARRAB, M. (Orgs.). *Sujeto, goce y modernidad III: de la monotonía a la diversidad*. Primera Jornada sobre Toxicomanía y Alcoholismo del Instituto del Campo Freudiano. Buenos Aires: Atuel-Tya, 1994.

_____. (Org.). *Sujeto, goce y modernidad: los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Atuel-Tya [s.d.].

TORCATO, C. E. M., SOARES, C. B., CORRADI-WEBSTER, C. M., CARNEIRO, H. S., ADORNO, R. C. F. *Drogas e Sociedade Saúde & Transformação Social / Health & Social Change*, vol. 4, núm. 2, abril-junho, UFSC, 2013, pp. i-iv

YASUI, S. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*, (Tese de Doutorado em Ciências na Área da Saúde), 2006, Fundação Oswaldo Cruz.

VALAS, P. *As dimensões do gozo – do mito da pulsão à deriva do gozo*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2001.

ZAFIROPOULOS, M. “O Toxicômano não existe – Fenomenologia da Experiência Toxicomaniaca e Referências Psicanalíticas”, in: BITTENCOURT, L., *A Vocação do Êxtase – uma antologia sobre o homem e suas drogas*, Rio de Janeiro: Ed. Imago/UERJ, 1994.

ŽIŽEK, S. “Os quatro discursos de Jacques Lacan” Disponível em: <http://naturezaemclose.blogspot.com.br/2012/02/os-quatro-discursos-de-jacques-lacan.html>, acesso em 30 de junho de 2016.