

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

LOURENA MANZINI MACIEL VILA REAL

**O TOXICÔMANO EM TRATAMENTO NA REDE DE ATENÇÃO DE SAÚDE  
MENTAL: ANÁLISE SOB UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA**

VITÓRIA  
2015

LOURENA MANZINI MACIEL VILA REAL

**O TOXICÔMANO EM TRATAMENTO NA REDE DE ATENÇÃO DE SAÚDE  
MENTAL: ANÁLISE SOB UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Ms. Darlene Vianna Gaudio Angelo Tronquoy.

VITÓRIA  
2015

LOURENA MANZINI MACIEL VILA REAL

**O TOXICÔMANO EM TRATAMENTO NA REDE DE ATENÇÃO DE SAÚDE MENTAL: ANÁLISE SOB UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por:

\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Darlene Vianna Gaudio Angelo Tronquoy - Orientador

\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Andrea Campos Romanholi, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo

\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Maurício Fernandes da Silva, Universidade Federal do Piauí

Ao meu marido Gabriel, que acreditou no meu potencial e, que não só, nos momentos de dificuldades me acalmou, mas também, me devolveu para mim. Para sempre meu redutor de danos e riscos.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, que por meio da fé que tenho é o que sustenta, caso contrário não teria chegado até aqui.

Imensamente ao meu Marido Gabriel, pelo amor e incentivo. Por acreditar, nas minhas possibilidades, que tornou e torna possível a transformação de sonhos em realidade, pois sem ele, eu não teria chegado até aqui.

Ao meu Gato, Freudinho, meu eterno bebê e companheiro de todas as horas.

À minha mãe, minha grande incentivadora, a pessoa em que posso contar sempre.

Ao meu pai (in memoriam) que estará sempre vivo em mim.

Ao meu irmão Gleidson, cunhada Thauany e afilhada Sophia por compreenderem as minhas ausências e acreditarem que posso ir longe.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Darlene Vianna Gaudio Angelo Tronquoy que nos ensinou com tanta paixão a Psicanálise, apresentando-nos Freud e Lacan de uma maneira tão sublime e pôde compartilhar um pouco do seu saber, que é imenso. Agradeço pela dedicação, apoio, paciência frente as minhas angústias e pelo desenvolvimento deste trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Andrea Romanholi que tenho total admiração e que nos ensinou de maneira singela e humilde o campo da saúde, nos cativando com o seu inconstante desejo pelo movimento da Luta Antimanicomial e o direito do sujeito.

Ao amigo e querido Prof<sup>o</sup> Maurício por várias discussões em torno da Filosofia, Psicologia, entre outras áreas que suscitaram reflexões e construções na minha caminhada acadêmica. Para mim é uma honra a sua participação na banca avaliadora, auxiliando com apontamentos construtivos por meio da visão filosófica para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos Profissionais do CAPS AD dessa pesquisa que contribuíram para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Aos participantes que me confiaram experiências, vivências tão particulares, contribuindo imensamente com a pesquisa. Escutar cada um em sua particularidade, para mim foi um aprendizado tão único que levarei por toda minha vida.

Ao coordenado do curso de psicologia, Prof<sup>o</sup> Alexandre Aranzedo que nos acolheu e nos direcionou desde o início da nossa caminhada acadêmica.

Aos Professores por compartilhar saberes e pela construção de conhecimentos.

Aos funcionários da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

Aos colegas de sala pelos momentos compartilhados.

Agradeço a todos que contribuíram de alguma maneira para que esse projeto se realizasse e que, agora, finalizo. Abrindo-se novos caminhos!

*A poesia está guardada nas palavras – é tudo que sei.  
Meu fado é de não saber quase tudo.  
Sobre o nada eu tenho profundidades.  
Não tenho conexões com a realidade.  
Poderoso pra mim não é aquele que descobre ouro.  
Pra mim poderoso é aquele que descobre as insignificâncias  
(do mundo e as nossas).  
Por essa pequena sentença me elogiaram de imbecil.  
Fiquei emocionado e chorei.  
Sou fraco para elogios.*

*Manoel de Barros*

## RESUMO

O uso das drogas, conforme literatura especializada, existe desde a Antiguidade. Mas, embora já faça parte da história da humanidade, a questão é que o uso das drogas, hoje, modificou-se completamente, tornando-se um sintoma social, ou seja, surgiu, na contemporaneidade, uma nova relação da singularidade do sujeito com o mal-estar social. Desse modo, esse estudo pretendeu analisar sob a perspectiva da psicanálise, a relação do sujeito com a droga, bem como, o início do uso, o desenvolvimento da droga, os tratamentos, a abstinência, as recaídas e alguns aspectos das consequências. O presente estudo consiste em uma pesquisa de natureza aplicada e explicativa, com base na abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por intermédio de entrevista semiestruturada aplicada a 5 (cinco) participantes, sendo 4 (quatro) do sexo masculino e (um) do sexo feminino, com idade entre 30 (trinta) e 65 (setenta e cinco) anos, usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD) da Grande Vitória/ES. O critério para a participação nesta pesquisa envolveu ser usuário de álcool e outras drogas, e estar em tratamento há pelo menos 3 (três) meses. Foram adotados nomes fictícios por meio de indicação de algumas falas e, preservou-se a identidade e o sigilo, conforme diretrizes que regem os aspectos éticos. A pesquisa baseou-se na revisão de literatura e na possibilidade de transcrever o discurso do sujeito com base na Psicanálise. Assim, utilizou-se a Análise de Discurso (AD) por ser mais coerente com o objeto de estudo e os objetivos propostos. Constatou-se que os sujeitos entrevistados, começaram a consumir drogas no início da adolescência, uso ainda nocivo. De forma unânime, sem nenhuma pergunta direcionada, todos acreditam que o álcool é a droga precursora para o desenvolvimento de uma dependência. A partir da bebida, começaram a conhecer as drogas ilícitas, uns até relatam que se consumir álcool, conseqüentemente fará uso de outras drogas. Contudo, acreditam que o mau relacionamento com a família e a morte de alguém de referência foram os principais fatores para o desenvolvimento da dependência, além do preenchimento de um vazio. A maioria dos participantes concebe o CAPS AD como um suporte para auxiliá-lo no tratamento da dependência e, compreendem a internação em comunidades terapêuticas ser a principal saída para superar a toxicomania. Outro ponto crucial foi em relação ao mal-estar, pois todos os sujeitos relataram a dificuldade de viver em sociedade. Assim, procurou-se esclarecer nesta pesquisa que o sujeito usuário de SPA de forma persistente precisa de ajuda, e que profissionais de saúde mental precisam acreditar no toxicômano. Dessa forma, a pesquisa evidenciou que a Psicanálise tem contribuído para a presentificação desse sujeito, considerando sua particularidade na escuta individual. Ainda que a saúde pública enfatize as ações coletivas e até mesmo individuais, o estudo mostrou que é possível utilizar-se da Psicanálise para o tratamento do sujeito em dependência, podendo ser um norteador na construção das práxis dos profissionais que trabalham com sujeitos em dependência de substâncias psicoativas.

**Palavras-chave:** CAPS AD. Drogas. Gozo. Psicanálise. Toxicômano.

## ABSTRACT

The use of drugs, as the literature has existed since ancient times. But while already part of history, the point is that the use of drugs today has changed completely, becoming a social symptom, ie, emerged in contemporary times, a new relationship of the subject's uniqueness with the social malaise. Thus, this study aims to examine from the perspective of psychoanalysis, the subject's relation with the drug, as well as the beginning of use, drug development, treatments, abstinence, relapse and some aspects of the consequences. This study consists of a kind of applied research and explanatory, based on the qualitative approach. Data were collected by interview through semi structured interviews with five (5) participants, four (4) male and (one) female, aged thirty (30) and 65 (seventy five) years, users of the Psychosocial Care Center Alcohol and drugs (CAPS AD) of Vitória / ES. The criteria for participation in this research involves being user of alcohol and other drugs, and be in treatment for at least three (3) months. Fictitious names were adopted through provision of some lines and has preserved the identity and confidentiality as guidelines governing the ethical aspects. The research was based on the literature review and the possibility of transcribing the subject of discourse based on psychoanalysis. So we used the Discourse Analysis (AD) to be more consistent with the subject matter and the goals. It was found that the interviewees began using drugs in early adolescence, even harmful use. In unanimously no directed questions, all believe that the alcohol is a precursor to the development of drug dependency. From the drink began to meet illicit drugs, some even report that they consume alcohol consequently make use of other drugs. However, they believe that poor relationships with family and the death of someone of reference were the main factors for the development of dependence, in addition to filling a void. Most participants conceive the CAPS AD as a support to assist in the treatment of addiction and include admission to therapeutic communities be the main exit to overcome drug addiction. Another crucial point was in relation to the unease, for all subjects reported the difficulty of living in society. So, we tried to clarify this research the subject persistently SPA user need help, and that mental health professionals need to believe drug addict. Thus, the research showed that psychoanalysis has contributed to presentification this subject, considering its peculiarity in the individual listening. Although public health emphasize collective action and even individual, the study showed that it is possible to use psychoanalysis to treat the subject in addiction and can be a guiding in building the practice of professionals working with individuals in a dependent psychoactive substances.

**Keywords:** CAPS AD. Drugs. Gozo. Psychoanalysis. Drug addict.

## **LISTA DE SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CID – Classificação Internacional de Doenças

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAD – Política Nacional de Drogas

RD – Redução de Danos

SNC – Sistema Nervoso Central

SPA – Substâncias Psicoativas

SUS – Sistema Único de Saúde

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA E REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
2.1 O QUE É A DROGA?.....	24
2.1.1 Classificação das Drogas.....	25
2.1.2 Quadro clínico quanto ao consumo de SPA.....	27
2.1.3 Breve resgate sobre o surgimento das drogas, seus efeitos e consequências de algumas SPA.....	28
2.2 PROIBICIONISMO E A LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS.....	33
2.2.1 O Proibicionismo nos EUA.....	35
2.2.2 A Política Nacional de Drogas no Brasil.....	37
2.3 A HISTÓRIA DA LOUCURA.....	39
2.3.1 Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental.....	40
2.3.2 Estratégia de Redução de Danos.....	42
2.4 O SUJEITO NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA.....	43
2.4.1 Constituição do Sujeito.....	45
2.4.2 Complexos Familiares.....	47
2.4.3 O Desejo do Sujeito.....	52
2.4.4 O Gozo em Psicanálise.....	53
2.4.5 O Sujeito e o Mal-Estar.....	55
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>57</b>
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	57
3.2 CAMPO DE ESTUDO.....	57
3.3 PARTICIPANTES.....	58
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	59
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	59
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	60
3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	61

<b>4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....</b>	<b>63</b>
4.1 A DROGA E O SEU INÍCIO.....	63
4.2 O DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA E A RELAÇÃO COM O OUTRO.....	64
4.3 AS INTERNAÇÕES.....	66
4.4 O TRATAMENTO NO CAPS AD.....	68
4.5 O SUJEITO E O MAL-ESTAR.....	71
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>91</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O uso das drogas, conforme literatura especializada, existe desde a Antiguidade, e é utilizada de diversas formas e para várias finalidades. Contudo, vem passando por transformações até os dias atuais. Sua concepção e interpretação, inclusive, varia em diferentes contextos. Assim, embora já faça parte da história da humanidade, a questão é que o uso das drogas, hoje, modificou-se completamente, tornando-se um sintoma social, ou seja, surgiu, na contemporaneidade, uma nova relação da singularidade do sujeito com o mal-estar social, quer dizer, “[...] a toxicomania é de certo modo inscrita, mesmo que seja nas entrelinhas, de forma não explícita, não articulada como tal, no discurso dominante de uma sociedade em uma dada época” (MELMAN, 1992, p. 66). A nossa época encontra-se, hoje, marcada eminentemente pelos discursos do Mercado e da Ciência, que colocaram em evidência, como regentes do laço social, seus respectivos objetos. Destarte, o objeto droga acaba por ser utilizado como semblante como o avesso da verdade, ou seja, aquilo que encobre, mas que está no real (ALBUQUERQUE, 2009). Então, frente à realidade o sujeito procura por algo do real, como forma de suprir o seu desamparo, no intuito de obter as satisfações pulsionais desejáveis.

As informações que sustentam esses discursos são transmitidas por meio de canais midiáticos, que contribuem na construção de opiniões e reforçam um imaginário social, e também produzem preconceito em relação aos dependentes de substâncias psicoativas (SPA). Por meio de um discurso dominante inscrito, a “mídia” como instrumento de informação, colocou em cena o objeto droga, transformando o seu uso em fenômeno social (NERY FILHO, 2015); porém, “[...] sempre com a finalidade de tentar elidir a marca de desamparo próprio do sujeito humano” (SIMIL, 2009, p. 275).

Vários são os interesses e os segmentos da sociedade em manter esse discurso dominante, “[...] há Estados cujos governos e a economia inteira mantêm-se graças à produção da droga” (MELMAN, 1992, p. 80), bem como as indústrias farmacêuticas, as clínicas de recuperação, o tráfico ilícito de drogas, o sistema presidiário etc. Carl Hart (2014) defende que o discurso político de combate às drogas é uma justificativa do Estado para não lidar com os problemas sociais.

Ainda pode-se pensar que a questão droga se coloca como “bode expiatório”, encarado socialmente como o grande mal do século. Freud (1996b) já dizia que diante

de uma vida que nos causa tanta angústia, as substâncias tóxicas são saídas eficazes para suportar o mal-estar, pois, ao mesmo tempo em que evoca o prazer, também evita o desprazer.

Desse modo, por um discurso moralista e excludente, a sociedade acredita que a única saída, para o sujeito deixar de fazer uso abusivo de drogas, seja a privação, ou seja, o afastamento das drogas; entretanto, com a ruptura abrupta com o gozo, como vem ocorrendo na contemporaneidade, o toxicômano<sup>1</sup> ao sair da privação, faz uso da substância de forma virulenta, reativando a sua mortificação subjetiva. Melman (1992) enuncia que na toxicomania o sujeito experimenta a perda do objeto perdido, que é por excelência o campo do Outro. “É o Outro ou igualmente em sua equivalência este objeto ‘a’, quer dizer, este do qual o corpo foi obrigado a se separar” (MELMAN, 1992, p. 70), e essa perda é a ligação com esse Outro. Assim, o sujeito tenta a todo custo alcançar a representação dessa causa de desejo, na qual Lacan (1999) denominou como objeto “a”.

Esse sujeito passa a existir por meio do lugar que lhe pertence na família e no social. Todavia, a sua existência no inconsciente será garantida a partir do momento em que for reconhecido no discurso do Outro (FREIRE, 2009). Com isso, os desafios se colocam aos profissionais e instituições que se ocupam desse uso e suas consequências já que, no âmbito social, o que prevalece é o discurso do saber médico, educacional, jurídico etc.; “[...] pois a exigência, se posso dizer, natural destas instâncias, é de ter um saber absoluto sobre aqueles com os quais estão lidando” (MELMAN, 1992, p. 48).

Com essa perspectiva, entre as instituições assistenciais disponíveis de tratamento para toxicômanos, trabalharemos na presente pesquisa com sujeitos em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), um dispositivo da Rede de Saúde Mental, serviço criado em substituição aos Hospitais de internações de longa permanência. O CAPS AD utiliza-se da Estratégia de Redução de Danos (RD), como forma de reduzir os riscos em consequência do uso abusivo de SPA lícita e ilícita, sem impor a sua abstinência (RIBEIRO, 2013).

---

<sup>1</sup> No presente estudo utilizaremos toxicômano, que diz “respeito à modalidade de gozo experimentada e suportada por cada sujeito que escolhe a via da intoxicação” (RIBEIRO, 2011, p. 2).

Acredita-se que a estratégia da RD possa contribuir com os usuários de SPA, contudo, a práxis geralmente construída é influenciada pelo discurso dominante, já que, uma vez atravessado pela cultura, essa influência, pode conduzir ao impedimento de acreditar nesse dependente. Portanto, o que marca a diferença do discurso dominante da Psicanálise é o desamparo do sujeito (SIMIL, 2009). Relevante salientar que os profissionais envolvidos com essa causa precisam colocar em suspensão o seu saber para que possam introduzir a possibilidade de despertar o desejo no sujeito com o intuito de sair dessa condição subjetiva mortificada, e favorecer, talvez, a separação do objeto droga, sendo necessário propiciar um espaço no qual seja possível falar de si e se escutar, porém, escutar para além da fala, do falar por falar, e sim, poder escutar os conteúdos inconscientes (LACAN, 1998a). Porém, não há garantias, uma vez que é necessário que os profissionais tenham cautela e clareza dos limites da relação, pois poderá reforçar um lugar sem possibilidades. Caso contrário, a RD se tornará uma prática sem efeitos, reduzida somente a danos e riscos, sem possibilidade de novas perspectivas que possam auxiliar o sujeito na construção de um novo lugar, por meio dos laços simbólicos. Vappereau (2015) afirma que “o uso do simbólico para superar as dificuldades da vida”.

Esta pesquisa nasceu de um desejo, construído na vivência acadêmica, e foi mediada pela disciplina de Estágio Obrigatório Específico I, com ênfase do campo da saúde, cuja inserção ocorreu no CAPS AD na Região Metropolitana da Grande Vitória. O estágio tem como objetivo complementar os estudos de maneira a incluir o aluno no campo profissional, e conduzi-lo a vivenciar diversos contextos sociais e culturais. Assim, a experiência do Estágio possibilitou saberes por meio da relação estabelecida com os toxicômanos em tratamento, e também com os profissionais da área, que incitaram vários questionamentos. Entre eles, encontra-se a problemática deste estudo: Qual a concepção dos toxicômanos referente ao seu tratamento a partir da sua inserção em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) na Região Metropolitana da Grande Vitória?

Pretendeu-se com o estudo investigar, com base na fala do toxicômano em tratamento, a sua experiência em relação ao objeto droga e também, apresentar alguns aspectos do início do uso de SPA, do desenvolvimento da dependência, das interações, abstinências, recaídas e o relacionamento com a família, decorrentes das consequências do uso abusivo de SPA relatados pelo usuário. Esta pesquisa utilizou

a análise teórica psicanalítica, no intuito de propiciar algumas reflexões inerentes à construção de novas práxis e contribuições ao campo teórico envolvidos com este tema.

Assim, pode-se constatar que o tema tem grande relevância científica, visto que procura também possibilitar reflexões que quebrem paradigmas, a fim de promover discussões e indagações referentes ao tema em análise. Desse modo, com a sociedade envolvida com essa temática, surge a possibilidade de se abrir novas perspectivas e caminhos mais simbolizados aos sujeitos que só têm encontrado a droga como “saída” imaginária, frente ao mal-estar inerente à vida. Evidenciou-se que esta pesquisa é complexa, demandando muita produção de conhecimento, pesquisas, estudos, experiências no campo, aproximação com o contexto apresentado, pessoas empenhadas, para que possa suscitar possíveis caminhos.

Procurou-se esclarecer nesta pesquisa que o sujeito usuário de SPA de forma abusiva precisa de ajuda, pois “[...] tal uso tomou proporção de grave problema de saúde pública [...]” (BRASIL, 2003, p. 5) e, conforme Melman (1992) afirma, também se tornou um problema social e ameaçador, “[...] pois ele ataca o que é o nosso laço social [...]” (p. 68). Para a Psicanálise, não é possível pensar a questão das drogas sem a dimensão subjetiva em questão: o sujeito e a pulsão, mas também se pretende com a presente pesquisa colaborar com as reflexões sociais de forma a promover a integração do campo da Saúde, Sociedade e Políticas Públicas. Isso se faz necessário para que os direitos dos sujeitos sejam preservados e que eles possam de alguma maneira enfrentar a realidade e a dimensão subjetiva inerente ao ser humano sem o entorpecimento de forma alienada.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA E REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta um estudo histórico referente à temática do uso das SPA. Todavia, se faz necessário salientar que esta pesquisa pretendeu somente fazer alguns recortes dos eixos que atravessam essa questão, tendo como base de referencial teórico a Teoria Psicanalítica, em Freud e Lacan. O objetivo foi esclarecer o uso abusivo que se faz do objeto droga na toxicomania, e que está absolutamente relacionado com a constituição do sujeito.

Para contextualizar o tema e, demonstrar de forma sucinta, teve-se como direcionamento o que é a droga e como surgiu, segundo registros históricos; as classificações de SPA em termos de ação, e de que maneira as drogas agem no Sistema Nervoso Central (SNC), bem como o agrupamento na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e também quanto à natureza e legalidade; o desenvolvimento do quadro clínico referente ao consumo; uma célere passagem dos fatos históricos, quanto ao surgimento e os efeitos das drogas mais consumidas. Abordou-se também, as questões referentes à legislação, e em que momento algumas SPA foram proibidas no contexto mundial, como o proibicionismo nos EUA influenciou o mundo, assim como, a elaboração da atual Política Nacional de Drogas (PNAD) no Brasil. Também se expôs de forma limitada, a História da Loucura, a influência da ciência no modo de ver a loucura e a transição para doença mental. Trabalhou-se do mesmo modo o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental que, por meio desse movimento, originou os serviços da Rede de Atenção.

Isto posto, é fundamental trabalhar esses conteúdos temáticos, já que a presente pesquisa tem como norte o toxicômano em tratamento na Rede de Saúde Mental. Tentou-se explicar de maneira ampla, de modo que o leitor pode considerar as circunstâncias em que esse sujeito se encontra.

Com base no referencial teórico, são apresentados alguns recortes do que Freud e Lacan falam sobre o inconsciente, a dialética na constituição do sujeito, os complexos familiares, o desejo e o gozo na perspectiva psicanalítica, além do mal-estar na civilização. Isso porque o objeto droga entra perfeitamente na economia psíquica do sujeito, como objeto metonímico, que está em jogo na própria constituição subjetiva. O objeto droga, como objeto metonímico, refere-se,

[...] a significação é ausente, pois ela implica no envio de um significante a outro, resultando numa carência de significação. Por isso, a metonímia se faz eficiente para burlar a censura e chegar à consciência. A metonímia abriga o desejo, carente de uma significação última e por isso sempre indefinido, insatisfeito e errante entre os objetos que poderiam satisfazê-lo (LACAN, 1998 apud SARKIS, 2007, p. 109).

Ele pode, às vezes, estar no lugar do próprio sujeito, ou no lugar de objeto, ou de prazer, ou de gozo. Tal como exemplificado por Vappereau (2015), o que está em jogo é a questão sexual, que tem duplo aspecto, sendo a falta e a satisfação. A droga tem a função de um objeto metonímico, do qual o sujeito se utiliza como forma de encobrir a própria limitação frente a sua posição sexual e a escolha de um parceiro amoroso (FREIRE, 2013).

O uso da droga está intimamente relacionado com o fato de que o homem é dependente da cultura, é um ser de linguagem, e se constitui a partir do desejo do outro. E esse desejo Outro, se inscreve pela via do significante como sendo uma falta.

[...] O significante está isolado do significado como uma letra, um traço ou uma palavra simbólica, desprovida de significação, mas determinante, como função, para o discurso ou o destino do sujeito. A esse sujeito, não mais assimilável a um eu, Lacan chamou 'sujeito do inconsciente'. Ele não seria um sujeito 'pleno', mas representado pelo significante, isto é, pela letra onde se marca o assentamento do inconsciente na linguagem (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 709-710).

Mas nem tudo será recoberto pela experiência humana, o que impossibilitará a simbolização; assim, o excesso existirá e vai integrar a estruturação psíquica. Esse excesso, denominado freudianamente de excitação, refere-se, de alguma maneira, ao uso, mais tarde, da droga, por exemplo, a um uso gozoso. Para alguns, o uso da droga está perfeitamente inscrito na experiência do gozo fálico, da parte do gozo, que é impossível de simbolizar, mas, para outros não. Dessa forma, inclusive, esse objeto não tem a mesma função para todos os sujeitos. Segundo Melmam (1992, p. 118), “[...] na toxicomania há o paradoxo de não se privilegiar nenhum orifício corporal [...]”, ou seja, pode variar na SPA e na sua forma de uso, conforme constatado na investigação pelo uso de múltiplas drogas e diferentes formas de uso.

## 2.1 O QUE É A DROGA?

A droga é considerada “como qualquer substância capaz de alterar o funcionamento normal de um organismo” (FARIA, 2013, p. 7). O seu significado teve influência da palavra grega *phármakon*, que era utilizado para remédio ou como veneno (FARIA,

2013). Também há relatos que indicam o termo ser originário do holandês “droog”, folha seca, cuja produção de remédio era à base de plantas (RODRIGUES, 2006).

O humano tende a transformar a vida natural e, nesse processo, também ocorre a transformação para a sua sobrevivência. Nessas transformações há significados de ordem simbólica, ideológica, religiosa, que saciam a sede, a fome, a dor. “Além dos alimentos em estrito senso, se encontram os alimentos-drogas, que produzem alterações da consciência e do humor e são também chamados de substâncias ‘psicoativas’” (CARNEIRO, 2009, p. 14).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), drogas significam substâncias que alteram a mente e os processos mentais (FARIA, 2013). “Inclui-se também na definição o fato de ser capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento” (RODRIGUES, 2006, p. 16). Assim, defini que as SPA são substâncias químicas que alteram o Sistema Nervoso Central (SNC) em uma ou várias funções, causando sensação de prazer, pois está ligado à área de recompensa, porém, as consequências são de ordem psicológica e comportamental (DALGALARRONDO, 2008).

As SPA também são conhecidas como drogas psicotrópicas, por ter em sua formação duas palavras: psico+ trópico; psico, no sentido de psiquismo, relacionado às funções do SNC e, trópico, no sentido de direção a algo (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2011).

### **2.1.1 Classificação das Drogas**

Louis Chaloult postulou que as drogas são toxicomanógenas, no sentido de induzir a toxicomania<sup>2</sup> e, as classificou em três tipos quanto a sua ação no SNC: depressoras, estimulantes e perturbadoras. Pertencem ao primeiro grupo as drogas depressoras, pois diminuem as funções cerebrais, tendo como consequência um comportamento lento, omissivo, desinteressado por qualquer atividade. No segundo grupo estão as drogas estimulantes, pois estimulam as funções cerebrais, tendo como efeito um comportamento mais atento, frenético, que deixa o sujeito em estado de vigília. E o

---

<sup>2</sup> Cf. nota 1 do capítulo 1.

terceiro grupo age de maneira qualitativa, não diminuindo e nem aumentando as funções cerebrais, mas causa perturbação e altera o funcionamento do SNC (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2011).

Segundo a CID-10 (OMS, 2015), o grupo de F10-F19, relacionado aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de SPA, inclui: álcool; opioides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas); canabinoides (maconha); sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos); cocaína; outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína); alucinógenos; tabaco; solventes voláteis; e também ao uso de múltiplas ou outras SPA. Abaixo, em destaque, encontra-se a classificação das drogas depressoras, estimulantes e perturbadoras.

As drogas consideradas como depressoras da atividade do SNC: álcool; Soníferos ou hipnóticos (drogas que promovem o sono): barbitúricos, alguns benzodiazepínicos; Ansiolíticos (acalmam; inibem a ansiedade). As principais drogas pertencentes a essa classificação são os benzodiazepínicos. Ex.: Diazepam, lorazepam, etc.; Opiáceos ou narcóticos (aliviam a dor e dão sonolência). Ex.: morfina, heroína, codeína, meperidina, etc.; Inalantes ou solventes (colas, tintas, removedores, etc.). As drogas estimulantes da atividade do SNC: Anorexígenos (diminuem a fome). As principais drogas pertencentes a essa classificação são as anfetaminas. Ex.: dietilpropiona, fenproporex, etc.; cocaína. E as drogas perturbadoras da atividade do SNC: De origem vegetal temos, Mescalina (do cacto mexicano); THC (da maconha); Psilocibina (de certos cogumelos); Lírio (trombeteira, zabumba ou saia-branca); e de origem sintética temos, LSD-25; Êxtase; Anticolinérgicos (Artane®, Bentyl®) (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2011, p. 11).

De acordo com a natureza das SPA, destacam-se as drogas de origem vegetal, semissintéticas e sintética. As drogas obtidas das plantas não sofrem alteração; as de origem semissintéticas sofrem modificações, em que produtos químicos são adicionados às plantas; e as substâncias sintéticas são produzidas em laboratório (RIBEIRO; da SILVA, 2015).

Ainda há a classificação das drogas quanto à legalidade, visto que cada país, segundo uma Convenção Internacional, define as SPA como permitidas e proibidas, ou seja, consideradas lícitas e ilícitas. As drogas lícitas são permitidas por lei e têm livre a sua produção, comercialização e consumo. As drogas ilícitas são drogas proibidas; a produção, comercialização e consumo são considerados crimes.

### 2.1.2 Quadro clínico quanto ao consumo de SPA

A OMS e as teorias que estudam os efeitos causados pelas SPA no organismo do sujeito, definem quanto a intoxicação, abuso, uso nocivo, fissura, binge drinking, tolerância, síndrome de abstinência e dependência física e psicológica, o que é necessário esclarecer.

A *intoxicação* pode ser entendida de acordo com a administração de SPA, que resulta em perturbações quanto ao nível da cognição, consciência e alterações comportamentais e psicológicas, estando relacionada ao tipo e à quantidade da droga utilizada pelo sujeito, e também ao seu nível de tolerância, além de outros fatores. A intoxicação aguda pode incluir traumas, aspiração de vômitos, coma, convulsões, delírios, delirium, alucinações, entre outros sinais e sintomas, dependendo da SPA e sua forma de consumo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

O *abuso* de SPA, além do vínculo forte com a droga que interfere nas suas relações, inclui-se a ideia do uso em excesso, indevido, e de colocar a própria vida em risco, comprometendo sua integridade física e psíquica (DALGALARRONDO, 2008).

O *uso nocivo* refere-se a um comportamento de consumo de SPA, em que o sujeito acredita não ter prejuízo, mas que resulta em danos à saúde, podendo afetar o corpo e/ou psicológico, além de ter consequências sociais, mas seu uso não justifica um diagnóstico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

A *fissura* está relacionada ao “desejo intenso de usar uma substância” (DALGALARRONDO, 2008, p. 345). A OMS (2015) define como uma vontade intensa de consumir uma SPA, no intuito de experimentar o prazer que proporciona e seus efeitos intoxicantes.

O *binge drinking* pode ser entendido em relação ao ato de se embriagar, cujos episódios são uso intenso e compulsivo, em altas doses (NUNES; CAMPOLINA; VIEIRA; CALDEIRA, 2012).

A *tolerância* refere-se ao processo de adaptação do organismo a determinada dosagem de substância administrada pelo sujeito. Com isso, o corpo passa a necessitar de quantidades maiores para obter o mesmo efeito inicial (DALGALARRONDO, 2008).

A *síndrome de abstinência*, é o processo que ocorre em consequência da redução ou retirada de uma SPA de forma abrupta, podendo acarretar reações físicas adversas, como delírios, alucinações, e até causar a morte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

A *dependência*, em termos gerais, equivale em precisar ou depender de algo ou alguém para sobreviver. A dependência em termos de SPA retrata uma necessidade de doses repetidas da droga para ter prazer e evitar o desprazer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Dentro do quadro da dependência, é possível destacar a dependência física e comportamental ou psíquica. Assim, a *dependência física* é o estado de adaptação do organismo a uma determinada substância, atrelado ao nível de tolerância. A *dependência comportamental ou psíquica*, conhecida também como *habituação*, é um estado no qual o sujeito busca a droga de forma compulsiva tendo como objetivo obter a sensação de prazer e minimizar o desconforto sentido naquele momento. Quando o sujeito não consegue fazer uso da SPA, geralmente experimenta agressividade, raiva, impaciência etc., mas cada sujeito enfrentará de forma adversa, de acordo com a sua subjetividade, história de vida e contexto (DALGALARRONDO, 2008).

### **2.1.3 Breve resgate sobre o surgimento das drogas, seus efeitos e consequências de algumas SPA**

A sociedade antiga acumulou experiências com o uso das plantas, descobrindo as plantas que envenenavam, as que entorpeciam, e as que curavam, tendo esses conhecimentos atravessado gerações. Além do uso medicinal, há relatos do uso recreativo. Não se sabe qual foi a primeira droga, porém, presume-se que o *álcool* tenha sido uma das primeiras drogas a ser utilizada, pois o seu uso é acessível por meio de frutas e leveduras existentes em grande parte do mundo. É bem provável que o álcool tenha sido a primeira droga com esse objetivo, já que era facilmente obtido por meio dos alimentos; “foi necessário apenas um passo para descobrir como controlar o processo de fermentação para produzir vinhos e cervejas” (IVERSEN, 2012, p. 17).

O álcool também teve o seu uso medicinal, servindo como anestésico em sua forma elementar, e também sendo utilizado em cultos religiosos. Sabe-se que há registros do consumo do álcool na antiga Babilônia e, produzia-se vinho no Império Romano (IVERSEN, 2012). Como faz parte da cultura milenar, dos rituais religiosos e das reuniões sociais, as pessoas não veem o álcool como uma droga, aliás, embora muitos já se encontrem na dependência, consideram que fazem o consumo apenas de forma esporádica e sem prejuízos.

Em todo o Ocidente e em grande parte do Oriente o álcool é permitido. Segundo informações do Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (2015), uma pesquisa realizada pela OMS, em 2014, divulgou que o Brasil ocupa o 53º lugar no ranking dos países que mais consomem álcool no mundo, bem como, o aumento no número de jovens que fazem uso recorrente. A cada ano morrem em torno de 2,5 milhões de pessoas por ano devido ao uso nocivo do álcool, o que já se tornou um problema de saúde pública. Além disso, a pessoa dependente do álcool enfrenta consequências graves na sua saúde, física, psicológica e social.

De acordo com o CEBRID (2011), o álcool é considerado como uma droga depressora que no início da ingestão provoca um efeito estimulante, mas que com o passar do tempo passa a agir no organismo de forma depressiva. Dessa forma, interfere no controle motor e no estado de vigília (fica sonolento) e, em casos exagerados de consumo pode provocar estado de coma.

Os tranquilizantes ou ansiolíticos, da família da benzodiazepina, são calmantes indutores do sono, combatem a ansiedade e controlam as crises convulsivas. É uma droga com princípio ativo, ou seja, é uma substância psicoativa que atua no SNC, e foi descoberta acidentalmente pelo químico Leo Sternbach, em 1955, sendo lançada pelo laboratório La Roche em 1960. Três anos mais tarde, o mesmo laboratório lançou o famoso Diazepam, comercializado como Valium, a droga mais utilizada recreativamente.

Os benzodiazepínicos são drogas que agem de forma depressora, têm a função de diminuir as atividades do SNC. São remédios tranquilizantes, hoje comumente chamados de ansiolíticos, sendo consumidos no mundo inteiro, inclusive no Brasil, e é utilizado de forma terapêutica, a fim de combater stress, ansiedade, pânico etc.

Especialistas afirmam que o uso a curto prazo não causa consequências irreversíveis, porém não recomendam o consumo prologado devido a alterações em nível físico e cognitivo. Contudo, de acordo com CEBRID (2011), o uso, mesmo que inicial, afeta os processos de aprendizagem e da memória, inclusive as atividades psicomotoras. “As benzodiazepinas são propensas a causar tolerância, dependência física e, após a interrupção do uso contínuo por um longo período, síndrome de abstinência” (BLANC, 2013, p. 88).

Os barbitúricos são drogas consideradas sedativas, hipnóticas e calmantes, derivado do ácido barbitúrico, com grande possibilidade de desenvolver dependência física e psicológica. Substituída pelos benzodiazepínicos por seu alto grau de overdose, ainda é utilizado em anestésias, em casos de epilepsia e tentativas de suicídios. Essa droga foi desenvolvida pelo então químico Adolf von Baeyer, em 1864, importante aqui esclarecer que o químico não tinha nenhuma relação com o Laboratório Bayer. Somente depois de quase 40 anos foi comercializado de forma medicinal por dois químicos do laboratório Baeyer que, a partir do ácido, produziram o barbital (BLANC, 2013).

Os seus efeitos diminuem as atividades cerebrais, afetam assim o estado de alerta e concentração, e deixam a pessoa sonolenta. É perigoso o seu uso, pois a intoxicação é limítrofe com os efeitos desejáveis, sendo também propenso a desenvolver dependência, tolerância e síndrome de abstinência (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2011). Somente por volta de 1950 descobriu-se que o barbitúrico provocava dependência física e psicológica, podendo provocar transtornos comportamentais e até mesmo levar à morte por overdose (BLANC, 2013).

De acordo com o CEBRID (2011), o ópio, em grego suco, é extraído de um suco leitoso da planta *Papaver Somniferum*, tem o seu registro na pré-história, é popularmente conhecido como Papoula do Oriente e age de forma depressora no SNC. Utilizado pela medicina há muito tempo, pois no Egito já se recomendava o seu uso como analgésico e calmante, foi também mencionado por Homero, em Odisseia, com o intuito de fazer esquecer qualquer tipo de sofrimento (ESCOHOTADO, 2004).

As substâncias opiáceas derivadas do ópio são drogas consideradas como opiáceos naturais ou semissintéticas: os naturais não sofrem alteração, como a morfina e a codeína; e as semissintéticas são modificadas parcialmente a partir da substância

natural, como a heroína (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2011).

A heroína é considerada uma droga pesada, preferencialmente utilizada pelos seus usuários de forma intravenosa, uma vez que penetra na corrente sanguínea com maior rapidez. Como a sensação de prazer é bastante eficaz, o seu uso tende de forma também muito rápida levar à dependência física e psicológica. O vício é algo desolador, pois o usuário em heroína precisa de quantidades muito grandes para satisfazer seu desejo, correndo grande risco de sofrer uma overdose. Para conter o vício em heroína, desenvolveu-se a metadona, também derivado do ópio (IVERSEN, 2012).

A metadona tem um efeito mais duradouro, combate a síndrome de abstinência tanto da heroína quanto da morfina, e tende a afastar o desejo do sujeito de consumir cada vez mais a droga. É administrada de forma oral, já que a forma intravenosa traz o risco de contrair doenças por meio da seringa, como hepatites virais e vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). O uso de quantidades maiores de metadona afasta o desejo de heroína/morfina, porém também se corre o risco de dependência, tolerância e overdose, podendo levar à morte.

Embora haja o registro do consumo da folha de coca por mais de mil anos pelos índios na América do Sul para várias finalidades, a expansão da cocaína para consumo recreativo resultou em um grande comércio lucrativo e ilegal (IVERSEN, 2012).

Isso porque a cocaína é extraída da planta de coca, porém é misturada a solventes, como querosene, gasolina, álcalis, ácido sulfúrico, entre outros. Após o processo de produção, ela pode ser consumida como: pó (cloridrato de cocaína), sendo aspirada, ou intravenosa, dissolvida na água. Há também a pasta base da cocaína, conhecida como crack, uma droga cujos efeitos são alcançados mais rapidamente. “As pessoas que experimentaram o barato de cocaína o descrevem como o prazer mais poderoso de todos aqueles provocados por drogas” (IVERSEN, 2012, p. 108). Existe ainda a merla, um produto sem refino e ainda muito contaminado pelas substâncias antes mesmo da extração, produzida diferentemente do crack, sendo, porém, uma droga fumada (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2011).

Segundo o CEBRID (2011), o uso contínuo da droga pode levar à agressividade, tremores, irritabilidade, quadro paranoico, alucinação, delírios, sensação de perseguição e impotência principiante nos usuários de crack e merla. As pessoas que apresentam esses sinais e sintomas são classificadas psicose cocaínica.

O nível de tolerância em cocaína de uma forma geral é bem sensível, em muitos casos basta apenas uma dose para ir aumentando o limite até alcançar os efeitos desejados. O uso de cocaína, crack ou/e merla causa uma depressão profunda; no entanto, para aliviar a dor, o sujeito sente a necessidade de novamente se entorpecer (IVERSEN, 2012).

Outra droga comumente utilizada de forma recreativa no mundo inteiro é o cânhamo, também conhecido como marijuana, maconha. O uso da maconha controla o estresse, proporciona uma sensação de alívio ao usuário, deixando-os relaxados e felizes, pois gargalham com facilidade. Há registro de que seu consumo era de forma recreativa e medicinal há milhares de anos na Ásia e no Oriente Médio. Contudo, somente na década 60, com o movimento hippie, é que a maconha tornou-se comum no mundo ocidental e foi utilizada como um símbolo da liberdade. É uma droga ilegal em alguns países e inclusive no Brasil.

De acordo com o CEBRID (2011) a maconha é uma droga fumada, e o seu efeito psicoativo está no THC (Delta-9-tetra-hidro-canabinol) que chega rapidamente ao cérebro. É uma droga considerada perturbadora, e seus efeitos só aparecem, após algumas horas, agindo de forma aguda. O sujeito que faz uso da maconha de forma crônica sofrerá consequências, que surgirá de forma prolongada, afetando o físico e psíquico. Os prejuízos resultantes do consumo de maconha envolvem a perda de memória, perda da noção espacial e de tempo, tendência à dispersão, delírios, alucinações, redução dos movimentos motores, esterilidade, dificuldade na aprendizagem e ainda desenvolve uma síndrome amotivacional, sem vontade de realizar qualquer atividade.

Conforme o CEBRID (2011), outras drogas consideradas perturbadoras são o LSD e o êxtase. O LSD-25 foi descoberto por acaso pelo cientista Hoffman, em 1943. Para cada sujeito, que consome drogas alucinógenas, os efeitos podem não ser o mesmo, pois irá depender da subjetividade e o contexto em que está inserido. Para alguns, o efeito pode ser excitante, para outros, de quietude, mas em geral, os efeitos são de

depressão, alucinações auditivas/visuais e sensação de pânico, podendo desenvolver dependência física e/ou psíquica.

O êxtase (MDMA – 3,4 metilenodioxometanfetamina) foi descoberto em 1912 como forma de inibidor de apetite, mas logo depois foi abandonado. Porém, a partir da década de 70 retornaram as pesquisas com fins terapêuticos. E, embora tenha tal finalidade, o seu uso recreativo começa a aumentar nos EUA, dando origem à era psicodélica. O seu crescimento desenvolveu-se na Europa, sendo associado à cena musical e popularizando a música eletrônica, as raves. Essa droga age de forma estimulante, porém perturbadora, o seu uso pode acarretar quadros esquizofrênicos, pânico e também depressão, além de alucinações auditivas e visuais.

## 2.2 PROIBICIONISMO E A LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS

O comércio de drogas ilegal, movimenta bilhões de dólares, ficando apenas atrás do comércio de tráfico de pessoas e exerce forte influência nas relações sociais, de trabalho e com o Poder Público. Porém, o discurso em torno da proibição da droga vela sua livre circulação (FARIA, 2013). A discussão deveria ser em torno do combate ao tráfico, da prevenção do consumo de drogas e da promoção em saúde, mas, como o comércio é lucrativo, muito pouco é feito para mudar esse cenário.

As convenções internacionais baseiam-se em dados científicos para justificar a proibição, afirmando que a substância causa dependência e danos à saúde. Mas, para os especialistas, o que fica evidente são os critérios de classificação relacionados à política e à economia, e não simplesmente pelos efeitos relacionados ao uso nocivo da droga (FARIA, 2013).

O caráter proibitivo das drogas teve início no século XX por meio do controle penal do Estado, decorrente do alto índice do ópio de Xangai, em 1909. A guerra do ópio marcou o início das discussões e debates internacionais referentes à proibição e ao controle penal do ópio e de outras substâncias psicoativas no início do séc. XX (RODRIGUES, 2006). Dessa forma, alguns países se uniram e assinaram documentos referentes a essa temática, os “países signatários se comprometeram em coibir o uso de opiáceos e de cocaína em seus territórios, caso tais usos não obedecesse as recomendações médicas” (FARIA, 2013, p. 8). O proibicionismo se

refere à cultura que, em algum momento, contribuiu para elaborar as condições de intervenção do Estado de forma a alterar a consciência da sociedade (FARIA, 2013).

Percebe-se os interesses da economia na proibição e restrição de certas substâncias.

O aspecto econômico parece prevalecer no que tange à constituição da política proibicionista; primeiro, porque interessava à indústria farmacêutica o monopólio da manipulação e comércio do ópio e da cocaína, assim como seus derivados. Por outro lado, a ascensão da classe médica que assumia a ordem do discurso procurava rechaçar tudo que pudesse ser tratado como xamanismo ou curandeirismo (FARIA, 2013, p. 8).

A discussão mundial estende a proibição a outras drogas, como a cocaína e os seus derivados, além da *cannabis sativa* (RODRIGUES, 2006). As políticas proibicionistas, tiveram participação e influência da sociedade mais conservadora, que defendiam uma ideologia da pureza moral, com destaque, dentre elas, as Ligas anti-saloon e o Partido Proibicionista (FARIA, 2013).

Após o fim da 2ª Guerra Mundial, com a criação das Nações Unidas, em 1945, estabeleceu-se o controle internacional de drogas vigentes até o momento. Em 1961 realizou-se a Convenção Única de Narcóticos, na qual se definiu a Política Internacional de Drogas e Políticas Regionais que até hoje serve como orientação, cujo objetivo é a proibição, repressão e o controle da oferta (FARIA, 2013). Dessa forma, a Convenção Única de Narcóticos marcou o início da militarização da segurança pública nos EUA, sendo revestida de poder por excelência no combate às drogas (CARVALHO, 2001).

Em 1972, ocorreu a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas para discutir as possibilidades e estratégias de controle das drogas de laboratório, as drogas sintéticas (FARIA, 2013). A Convenção discutiu planos de acesso a tratamentos e reabilitação dos adictos, e pena de prisão para os traficantes. Na Europa, os países menos repressores começaram a oferecer tratamento aos dependentes de substâncias psicoativas em substituição da pena de prisão. Outras drogas como LSD, anfetaminas, estimulantes passaram a integrar o Controle Internacional, bem como os sedativos e tranquilizantes em 1976 (RODRIGES, 2006).

Em 1988, o sistema de controle internacional foi ampliado e atingiu o cume da repressão, “que instituíra métodos contra a lavagem de dinheiro e o fortalecimento do controle de percussores químicos” (FARIA, 2013, p.8).

Entre as medidas adotadas referentes à arrecadação do dinheiro ilícito sobre a venda de drogas definiu-se que seria enquadrado como crime, uma estratégia que visa inibir e controlar a movimentação do dinheiro oriunda do comércio ilegal. E a ação controlada, que permite a segurança pública, procrastinar o momento da prisão, no intuito de identificar e acompanhar as negociações dos traficantes, como forma de prender o número maior de envolvidos, localizar os chefes da quadrilha, a origem e o fornecimento da droga. Além de incriminar usuários com posse de entorpecentes, o tráfico ilícito inclui a posse, cultivo ou compra para uso (RODRIGUES, 2006).

Alguns países europeus têm uniformizado a sua política criminal pela descriminalização, ou seja, a não penalização a usuários de substâncias psicoativas. A Holanda, mesmo tendo assinado o tratado da Convenção de 1988 e assumido as leis que penalizam o uso em virtude das obrigações do tratado internacional sobre o uso de drogas, libera o uso e a posse em pequenas quantidades, mas somente em lugares apropriados, os *coffee shops* (RODRIGUES, 2006).

Os países europeus vêm questionando os tratados assinados pelos Estados-membros, sobre o excesso do modelo vigente. A política proibicionista é seguida pelos países em desenvolvimento por várias razões, inclusive, por medo de sofrer sanções econômicas caso não cumpram com as convenções internacionais, por influência norte-americana. Os países em desenvolvimento são afetados pela política de droga internacional a ser seguido, e se vê obrigado obedecer à grande potência econômica (RODRIGUES, 2006).

Um exemplo foi a Convenção de Viena, em 2008, na qual os tratados são revistos a cada 10 anos. A Política de Redução de Danos, que foi criada em 2006 no Governo Lula, não foi nem sequer mencionada na Convenção, visto que a comissão brasileira não a apresentou nem defendeu, permanecendo-se, assim, excluída a política de redução de danos (FARIA, 2013).

### **2.2.1 O Proibicionismo nos EUA**

A Lei Seca dos EUA, que proibia a produção, venda e o consumo do álcool durou de 1920 a 1933, foi criada em decorrência da pressão religiosa dos protestantes, que acreditavam que os imigrantes irlandeses católicos causavam problemas e

precisavam de controle, tendo como justificativa manter a sociedade sóbria. A proibição gera um fator altamente arriscado, pois a dinâmica da ilegalidade é produzir a custo zero e ser rentável, não se importando com a integridade de quem as consomem e, nessa época, muitas pessoas morreram de overdose pelo uso abusivo do álcool (BURGIERMAN, 2011).

Com o fracasso da Lei Seca, as bebidas alcoólicas voltaram a ser liberadas somente em 1933, com a mudança de foco do proibicionismo para o controle de drogas, quanto à posse e venda de cocaína, maconha e ópio. As medidas não surtiram efeito após a constatação de que houve demanda no consumo de drogas. Apesar de os EUA terem investido milhões em repressão, armamento para guerras contra o tráfico, em especial ao combate na América do Sul, as drogas extrapolavam as fronteiras (RODRIGUES, 2006).

O hábito de consumir drogas nos EUA se constitui em um problema persistente, possivelmente por ter se tornado a égide da criação proibicionista do uso de substâncias psicoativas global. Está muito além das questões humanitárias, uma vez que envolve interesses econômicos, políticos e sociais. Conforme documentos locais, os interesses se destacam por questões raciais, que está associado a grupos sociais discriminados (RODRIGUES, 2006).

Nesse contexto, e com a proibição do ópio, a população americana começou a ser amedrontada pelas consequências da droga, que acreditavam estar relacionados a grupo étnico, considerados como ameaçadores. O consumo de cocaína estava relacionado a pessoas de classes sociais discriminadas, como prostitutas, fugitivos e jogadores, que circulavam em regiões vulneráveis, e também, a negros, que faziam uso para abusar sexualmente de mulheres brancas. A representação que os americanos possuíam das prostitutas, era que o consumo livre de cocaína estaria associado à sua escolha de vida, a sua liberdade sexual, o que resultava em uma ofensa à sociedade americana conservadora (RODRIGUES, 2006).

O grande problema é que os mitos das drogas são criados para manter uma opinião conservadora, sem muita informação, visto que as comprovações científicas não dão conta de sustentar os seus efeitos. Os mitos são criados por grupos que possuem algum interesse, existem em todo lugar, inclusive nos grupos que sustentam a ciência (ARAÚJO, 2012). Mediante uma estratégia antiga, adotada pelo Poder Público, as

informações se tornam assustadoras, para que a sociedade e, predominantemente os jovens, tenham medo de usá-las (FARIA, 2013).

### **2.2.2 A Política Nacional de Drogas no Brasil**

No que tange à legislação de drogas brasileira, o Brasil é um país proibicionista cujo início formal da proibição de algumas substâncias psicoativas, ocorreu em 1912, na Conferência Internacional do Ópio, em Haia. Desse acordo firmado resultou o Decreto nº 11.481, de 10/02/1915, com a implantação de um modelo médico-policial, em que o consumo não era criminalizado. A partir de 1932, a posse de drogas ilícitas passou a ser considerada crime e, somente em 1938, o consumo entrou na lista do que era considerado crime (RODRIGUES, 2013).

O Código Penal de 1940 revoga todos os antecedentes, e a internação passa a ser a saída para o tratamento de pessoas com problemas causados pelo uso de drogas e, por conta da internação, surge a exigência pela abstinência da droga. No Brasil, com a ocorrência do Golpe Militar em 1964, as drogas ilícitas passaram de modelo sanitário/médico para modelo bélico, militarizando o combate as drogas. Uma das ações do Código Penal foi equiparar o dependente a um traficante (RODRIGUES, 2013).

Em 1971, com a criação da Lei 5.726, ocorreram mudanças na interpretação feita ao uso de drogas, com a influência da Psiquiatria (MACHADO, MIRANDA, 2007). A partir do acordo Sul-americano sobre Entorpecentes e Psicotrópicos, o Brasil promulgou a Lei nº 6.368/1976, direcionada para a assistência em saúde. Na década de 80, surgiu a criação de Centro de Tratamentos, destinados às pessoas dependentes de drogas ilícitas, exceto para alcoolistas. Com a criação da lei, ocorreram, assim,

[...] algumas modificações nas propostas assistenciais reafirmaram a tendência a medicalização, entre elas: a substituição do termo 'viciado' por 'dependente de drogas'; a proposição da criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde; a proposição do tratamento – e não mais da internação – como medida compulsória (MACHADO, MIRANDA, 2007, p. 805).

Atualmente, no Brasil, três são as leis que regem a Política de Drogas: a Política de Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas (2004), do Ministério da Saúde; Política Nacional sobre Drogas (2005), do Ministério da Justiça; e a Lei Federal

nº 11.343/06. Assim, o que é denominado de Política de Drogas, apesar da convivência velada, possui vertentes contrárias; de um lado, a defesa da saúde comum a todos, de outro, a repressão.

Embora com ênfases diferenciadas, são unânimes no reconhecimento de que o uso de drogas é socialmente determinado, na valorização da abordagem interdisciplinar, na incorporação da perspectiva de redução de danos, no respeito aos direitos humanos e na defesa do direito à saúde (BRITES, 2015, p. 126).

A Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas nasceu em um cenário de lutas, como foi o movimento da Reforma Psiquiátrica, com foco em prevenção, assistência e tratamento. A partir da Lei Federal nº 10.216/01 (BRASIL, 2001), com ações que visam proteção, garantias e o redirecionamento assistenciais direcionados às pessoas que sofrem de transtornos mentais, surge então, uma Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 816/02 (Brasil, 2002), destinada às pessoas que fazem uso indevido de SPA, incluindo crianças e adolescentes. Rege nesta portaria a ampliação e a implantação dos CAPS AD, ou seja, a oferta de atendimento dos serviços assistenciais na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a criação da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD), em 1998, ela se torna a responsável por envolver a sociedade e o governo com o objetivo de criar a Política de Drogas (DUARTE; DALBOSCO, 2011). Dessa forma, a Política Nacional de Drogas (PNAD) é aprovada em 2005, em que “estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas possam ser conduzidos de forma planejada e articulada” (DUARTE; DALBOSCO, 2011, p. 219). A redução da demanda são ações integradas voltadas à prevenção do uso de SPA lícita e ilícitas que levem a dependência e também ações no que tange ao tratamento e a reinserção social dos usuários dependentes. A redução da oferta são ações articuladas com foco ao combate da produção e comércio ilegal de SPA (DUARTE; DALBOSCO, 2011).

Seguindo uma tendência mundial, em substituição à Lei nº 6.368/76, que se mostrava obsoleta, cria-se a Lei nº 11.343/06, colocando o Brasil em destaque internacional, visto que passa a tratar o usuário/traficante de forma diferenciada, despenalizando o usuário/dependente de privação de liberdade (DUARTE; DALBOSCO, 2011). Então, ocorre a mudança de justiça retributiva para justiça restaurativa, visando a

ressocialização do sujeito, mas “na prática, porém, o enquadramento em tráfico ou consumo é arbitrário e eleva as taxas de encarceramento” (BOKANY, 2015, p. 9).

Com o fracasso do proibicionismo e a lotação do sistema carcerário, surgiu novas formas de tratar as questões da dependência de SPA, como por exemplo, a justiça terapêutica que preconiza um tratamento coercitivo aos usuários de drogas ao encaminhá-los para Comunidades Terapêuticas (RIBEIRO, 2013), bem diferente do tratamento ofertado pela Política de Saúde, que utiliza a estratégia da RD.

Assim, as penas alternativas baseadas em advertência são um alerta quanto ao consumo de drogas; a prestação de serviços à comunidade, programas ou lugares voltados à prevenção/tratamento de usuários e dependentes de drogas e; medida educativa, pela qual o usuário/dependente é convocado a participar de programas educativos relacionados às drogas (DUARTE; DALBOSCO, 2011).

### 2.3 A HISTÓRIA DA LOUCURA

A loucura, conhecida comumente como desequilíbrio, é uma desordem mental por meio da qual o sujeito se comporta de maneira divergente dos padrões ditados pela sociedade. Assim, na Idade Antiga, a concepção que se tinha era de que as pessoas que sofriam de perturbações mentais teriam recebido um castigo dos deuses. Porém, também se acreditava que estavam sendo possuídas por espíritos ruins, demoníacos.

No início da Idade Média, um sujeito com desordem mental era considerado estar possuído pelo espírito divino. No final desse período, ocorre a transição do modo de conceber a loucura, o que significava que o sujeito desequilibrado estava pagando pelos seus pecados. Dessa forma, criam-se casas de caridades organizadas pela Igreja com a finalidade de cuidar desse corpo para a salvação. Surgem as concepções científicas, a compreensão da loucura deixa de ser teológica e ganha um caráter científico. Nesse período, os cientistas começam a pesquisar os processos mentais e os comportamentos, porém, considerando duas entidades, mente e corpo, de maneira separada.

A França, no séc. XVIII, sob um governo absolutista, iniciou-se a época das grandes instituições, com o intuito de manter presos todas as pessoas fora dos ditames sociais (FOUCAULT, 2004). Nesse período, destaca-se o início do sistema capitalista e do

desenvolvimento industrial. A institucionalização da loucura foi uma das formas encontradas pelo governo para solucionar os problemas de ordem econômica e social. No final do séc. XVIII, Philippe Pinel assume o Hospital Bicêtre, manicômio na França, onde passa observar os comportamentos dos loucos e implanta um tratamento moral. Esse tratamento, “possibilitou o reconhecimento de uma subjetividade e de uma parcela de razão no alienado *permitindo* o diálogo entre o médico e o paciente” (DESVIAT, 1999, p. 17, grifo nosso).

A Psiquiatria nasce como forma de legitimar o poder soberano dos médicos sobre as pessoas consideradas como loucas, instaurando a tutela do louco ao médico, influência essa existente até os dias atuais, principalmente na legislação psiquiátrica ocidental (DESVIAT, 1999).

Daí por diante, a reclusão dos alienados passou a ter que ser definida como algo terapêutico e indispensável: o isolamento de um mundo externo perturbador, das paixões irritantes. [...] A Psiquiatria era a garantia que salvava a legalidade. Surgiu a internação; o isolamento e o tratamento moral constituíram os elementos terapêuticos do movimento alienista [...] a loucura separou-se do campo geral da exclusão para se converter em uma entidade clínica que era preciso descrever, mas também atender em termos médicos, buscando sua cura (DESVIAT, 1999, p. 17).

Foucault (2008) faz uma grande crítica à Psiquiatria como um poder institucionalizado sobre a loucura, pois a partir do momento em que o olhar e o discurso adquirem caráter médico, a loucura passa a ser considerada como doença mental. A loucura só se torna real dentro de uma cultura que a reconhece como doença.

Mas Foucault (2008) acredita que o poder, no sentido de autoridade, está presente nas relações, nas quais existem pessoas na condição de ditador, e outras na posição de obediência, produzindo efeitos no particular e social. No entanto, as instituições perdem a sua importância quando essa lógica de disciplina se modifica, e este biopoder não se encontra teorizado, estruturado, mas sim está implícito nas pessoas, já que o Poder está intimamente ligado ao saber, ao saber médico, saber da ciência. Nesse sentido, a relação de poder, criada pelo humano desde a Antiguidade, se torna uma figura mitológica, religiosa, filosófica etc. E na qual o sujeito transfere sua responsabilidade de escolhas por respostas do Outro, ou seja, é o Outro quem vai me direcionar (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006).

### **2.3.1 Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental**

Após o pós-guerra, alguns países precisam se reconstruir socialmente, economicamente. Houve, então, uma sensibilização em torno dos “fragilizados”. Surgiram vários movimentos em prol de algumas causas humanitárias, contexto esse que propiciou novas mudanças em relação ao modelo manicomial, inclusive favorecendo a extinção dos Hospitais Psiquiátricos.

O início dos movimentos da Reforma Psiquiátrica ocorre na Itália por volta do séc. XX como forma de modificar os tratamentos destinados aos ditos doentes mentais. Esse movimento teve influência aqui no Brasil, e resultou na luta, conhecida como Luta Antimanicomial. A Reforma propôs um novo modelo no tratamento a esses doentes, substituindo os hospitais psiquiátricos por um serviço de atenção psicossocial, para integrar as pessoas com transtornos mentais à sociedade (NEVES, 2012).

O movimento da Reforma Psiquiátrica chegou ao Brasil no final da década de 70, no mesmo momento em que ocorreu o movimento sanitário, uma luta por,

[...] mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005, p. 6).

Com a Declaração de Caracas, a qual o Brasil integrou, teve como objetivo reorganizar a Reforma Psiquiátrica. Em 2001, a aprovação da Lei Federal nº 10.216 assegurou os direitos e a proteção à pessoa com transtornos mentais, sendo criados serviços substitutivos para ocupar o lugar dos hospitais psiquiátricos (NEVES, 2012). Assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados como “serviços destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (BRASIL, 2004, p. 9).

Dentre os serviços ofertados, há o CAPS e o CAPS Álcool e Drogas. Este trabalho, contudo, tem como núcleo os serviços destinados ao tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de SPA, ou seja, os CAPS AD. A seguir, apresentam-se CAPS AD e CAPS AD III:

CAPS AD: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso de dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004, p. 22);

CAPS AD III: O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades

relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012).

O CAPS AD é um local de referência em cuidados, com base na clínica ampliada e na lógica da estratégia de RD. A clínica ampliada refere-se a uma clínica que integra todas as abordagens, cujo propósito visa encontrar caminhos que englobem a complexidade em saúde. O foco não deve estar somente no processo do adoecimento, mas em todo o contexto no qual o sujeito está inserido, bem como considerar as suas particularidades (BRASIL, 2009).

### **2.3.2 Estratégia de Redução de Danos**

No Brasil, a RD teve início na década de 80, no município de Santos, cidade portuária, porta de entrada, inclusive para os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) e contaminação do HIV, além das Hepatites Virais. Chegou-se a registrar que a cada quatro pessoas, uma estava infectada pelo HIV. O programa da RD adotou como prática a substituição das seringas usadas por novas. “Todavia, a divulgação precipitada da ação, pelos principais veículos de comunicação no país, gerou intensa polêmica e provocou a intervenção das instâncias formais, notadamente a Polícia e o Ministério Público” (RIBEIRO, 2013, p. 51) Para a sociedade, a prática da RD estava incentivando o uso de drogas, sendo que atualmente ainda se acredita nessa possibilidade.

Apesar de essa temática ter sido muito discutida, somente em 1997 o Governo de São Paulo aprovou a primeira lei autorizando a troca de seringas dos UDI. Surge, então, a necessidade do Ministério da Saúde de uniformar as estratégias por meio da edição da Portaria nº 1.059, de julho de 2005,

que regulamentou as ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPS AD. Essa normativa define as políticas de atenção em saúde voltadas às pessoas que usam drogas, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, indicando as ações de saúde como direito desses cidadãos (RIBEIRO, 2013, p. 54).

O Ministério da Saúde postula que as estratégias devem engendrar o fortalecimento das informações sobre os danos causados pelas substâncias psicoativas, a fim de possibilitar espaços para o lazer e oferecer atividades livre das drogas. Portanto, para a atenção e o cuidado na identificação de problemas e dificuldades pessoais dos

sujeitos dependentes, faz-se necessário promover ações no intuito de auxiliá-los na resolução de tais questões (BRASIL, 2004).

A Política Nacional refere-se a uma atuação que visa estabelecer diversas estratégias para o fortalecimento da implantação em vários setores, direcionando-se para a importância da Saúde Pública, dos direitos humanos e aos prejuízos associados pelo uso de substâncias psicoativas. Porém, ressalta para não interpretar as estratégias da RD como forma de incentivo à droga, e sim no direcionamento como estratégia de prevenção (RIBEIRO, 2013).

Para compreender a RD, parte-se do pressuposto que “é uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas” (ANDRADE, LURIE, MEDINA et al, 2001 apud POLLO-ARAÚJO, MOREIRA, 2008, p. 11, grifo nosso). Assim, vários conceitos existem para reduzir os danos, mas no sentido amplo, é reduzir os riscos preservando a vida, sem precisar deixar de fazer uso da SPA.

## 2.4 O SUJEITO NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

A preferência pela Psicanálise enquanto suporte teórico e ético nos embasa para uma análise que orienta a práxis e os atos, que a priori não poderão ser calculados, mas que têm efeitos no sujeito. A descoberta do inconsciente por Freud causou uma ruptura na sociedade da época, pois “[...] há um deslocamento de saber. Não mais o médico o detém, mas o cliente. Contudo, é um saber inconsciente [...]” (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007, p. 5), e as suas consequências ainda são vistas.

Freud afirma que o inconsciente não é simplesmente o que não está na consciência em um dado momento. O inconsciente seria uma outra cena, regida por uma lógica distinta da lógica da consciência, que não admite contrários. O inconsciente freudiano, ao contrário da lógica da consciência, admite os contrários, como por exemplo, o amor e o ódio<sup>3</sup>. Freud descobre que o inconsciente é efeito da cultura, ou seja, há um capítulo censurado da nossa história que constitui o inconsciente enquanto tal<sup>1</sup>.

---

<sup>3</sup> Aula ministrada pela Prof<sup>a</sup> Darlene Vianna Guadio Angelo Tronquoy. Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, 2012 (Informação Verbal).

Enquanto para Lacan (2008c, p. 27), não sem Freud, "o inconsciente é estruturado como uma linguagem", ou seja, o sujeito é dividido pela linguagem.

Assim, Freud descobre que o conteúdo recalçado da nossa vida consciente pelo mecanismo de defesa é denominado recalque. "O inconsciente, primeiro, se manifesta para nós como algo que fica em espera na área, eu diria algo de não-nascido. Que o recalque que derrame ali alguma coisa, isto não é de se estranhar" (LACAN, 2008c, p. 30).

"O recalque designa o processo que visa a manter no inconsciente\* todas as ideias e representações ligadas às pulsões\* e cuja realização, produtora de prazer, afetaria o equilíbrio do funcionamento psicológico do indivíduo, transformando-se em fonte de desprazer. Freud, que modificou diversas vezes sua definição e seu campo de ação, considera que o recalque é constitutivo do núcleo original do inconsciente" (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 661).

O recalque é o mecanismo fundante do inconsciente, sendo este formado pelos Chistes, sonhos, atos falhos e sintomas. Sendo assim, no que se refere às formações do inconsciente, Lacan postula que não importa a formação que aparece primeiro, e sim o seu modo de comparecimento (LACAN, 2008c). Além do mais, "Freud fica siderado por esses fenômenos, e é neles que vai procurar o inconsciente. Ali, alguma outra coisa que quer se realizar – algo que aparece como intencional, certamente, mas de uma estranha temporalidade" (LACAN, 2008c, p. 32).

Aprendemos com a psicanálise que a essência do processo de recalque não está em pôr fim, em destruir a ideia que representa uma pulsão, mas em evitar que se torne consciente. Quando isso acontece, dizemos que a ideia se encontra num estado 'inconsciente', e podemos apresentar boas provas para mostrar que, inclusive quando inconsciente, ela pode produzir efeitos, incluindo até mesmo alguns que finalmente atingem a consciência. Tudo que é recalçado deve permanecer inconsciente; mas, logo de início, declaremos que o recalçado não abrange tudo que é inconsciente. O alcance do inconsciente é mais amplo: o recalçado não é apenas uma parte do inconsciente (FREUD, 1996a, p. 98).

Nesse sentido, Freud defende que os conteúdos conscientes só o são, pois sofreram modificações para a consciência e que somente por meio da análise o sujeito poderá trabalhar as resistências, no sentido de transformar "o material em questão em algo recalçado rejeitando-o do consciente" (FREUD, 1996a, p. 98-99), trazendo os "conteúdos" recalçados para a consciência. A resistência nos coloca em posição inalterada referente aos conteúdos inconscientes. Nesse sentido, tendemos a ignorar o inconsciente, logo, não fazemos alusão aos processos mentais que estão diretamente ligados à constituição do sujeito, as suas escolhas, suas decisões, seus

comportamentos. O inconsciente é a causa Freudiana que atravessa o sujeito<sup>4</sup>, uma instância psíquica regida por outra cena, sendo ele determinado com suas próprias regras, assim, cada sujeito terá características próprias e distintas, o que faz dele um ser único.

Ainda assim volta-se a compreender o outro, e a fazer várias análises, porém, nos recusamos a reconhecer esses processos mentais e a aceitar em nós mesmos, ou seja, algo desvia esse olhar do nosso próprio eu, nos impedindo de reconhecer o real (FREUD, 1996a). “Assim, o inconsciente se manifesta sempre como o que vacila num corte do sujeito – donde ressurgem um achado que Freud assimila ao desejo” (LACAN, 2008c, p. 32). Logo, o desejo como um falta-a-ser, no sentido de algo não realizado, de uma lacuna que nunca será preenchida, um movimento de possibilidades (LACAN, 2008c).

#### **2.4.1 Constituição do Sujeito**

Como apresentado neste trabalho é fundamental abordar a constituição do sujeito, na medida em que tanto Freud quanto Lacan não separam o uso da droga em relação à maneira como o sujeito se constitui. Freud, desde sempre, destaca a precariedade do sujeito ao nascer e a sua total dependência do Outro, mas que será encarnado na família, seja ela de que forma estiver constituída, como um Outro, que participará por exemplo, do que será o mundo dos objetos para o sujeito; é o Outro que o apresenta ao humano, ao dito bebê humano, ao mundo dos objetos. Porque desde cedo, Freud vai dizer que a pulsão não tem um objeto predeterminado, que o objeto da necessidade, a necessidade no campo do animal é muito bem determinada filogeneticamente, e ela encontra nessa marca, na filogênese, o seu objeto. Para o humano e sua constituição, isso ocorre de forma radicalmente distinta, por isso Freud chama o que rege o humano de pulsão e não de instinto, esse objeto não está no mundo. E a rigor esse Outro – que será teorizado mais tarde por Lacan - será justo o meio cultural, que é de onde o próprio sujeito será tomado por esse Outro como objeto e a droga irá se inscrever aí como metonímia, fundamentalmente do objeto oral, justamente, na dialética da subjetivação, tal como exemplificado por Vappereau

---

<sup>4</sup> Cf. nota 3 desse capítulo.

(2015), que um pedaço de pão pode ser tão erótico como qualquer outro objeto, assim como as drogas.

Lacan, por exemplo, no estádio do espelho, em diversos momentos da sua obra, sempre com base em Freud, vai trazer que um bebê, aquele que ainda não fala, vai se humanizando com a voz e o olhar do Outro. Sendo assim, trata-se de um discurso sem palavras. A esse discurso Lacan (1998) se refere a *alíngua*, *lalíngua* ou *lalangue*, uma linguagem sem sentido, há um furo impossível de ser tamponado, desse modo, sendo a causa do desejo.

Além do olhar e da voz, dois outros objetos entrarão nessa subjetivação, ou seja, o objeto anal e o objeto oral. E o objeto oral, diga-se esse tempo da oralidade é fundamental, tanto nos sintomas ligados aos distúrbios alimentares quanto nas toxicomanias. Lacan teoriza que o desejo se constitui por meio da demanda, assim, a fase oral será definida como,

a demanda que o Outro constitui como reflexo da fome do sujeito. O Outro, portanto, não é de modo algum apenas fome, mas fome articulada, fome que demanda. E o sujeito está, dessa maneira, aberto para se tornar objeto, mas, se posso dizer, de uma fome que ele escolhe (2010, p. 215).

E a fase anal, que Lacan (2010) vai denominar de “demanda anal caracteriza-se por uma completa reversão, em benefício do Outro, da iniciativa, ou seja, [...] a demanda é exterior, está no nível do Outro, e coloca-se enquanto articulada como tal” (216).

Assim, retomando o estádio do espelho, a criança se constitui por meio do olhar, e começa a perceber, registrar e organizar o mundo exterior a ela, cuja associação perpassa os comportamentos sociais e a linguagem (GRECO, 2011). A criança se constituirá como sujeito por meio de elementos sem sentido. O que escapa desses pais é o que vai sendo introjetado e dando forma ao corpo dessa criança, ou seja, os investimentos recebidos pela criança é o que vão constituir o seu corpo enquanto sujeito. De tal modo, Lacan (2003) postula que a criança nasce no imaginário dos pais, podendo vir de duas formas: como desejo ou como objeto. “Uma criança pode ser desejada como sujeito ou amada como objeto”<sup>5</sup>.

O sujeito é o que representa um significante para outro significante, o objeto “a” causa desse sujeito, em que constitui a imagem de si pela imagem do Outro. O sujeito é regido pela pulsão e não pela necessidade, em que o falo, “como função significante

---

<sup>5</sup> Cf. nota 3 desse capítulo.

[...] da falta, o significante do desejo do Outro (LIMA, 2008), é o objeto perdido e este significante é a interpretação que cada um dá mediante o real, simbólico e imaginário, que se refere a “uma certa coesão (borromeana) que mantém [...] os três registros juntos, e o ponto de junção e então um ponto de amarração, um buraco: e o objeto a” (CLAVURIER, 2013, p. 132).

Dessa forma, a constituição do sujeito a partir de Lacan (1998), é destacada por meio do estágio do espelho, cuja importância se ressalta na construção do inconsciente.

Basta compreender o estágio do espelho *como uma identificação*, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem - cuja predestinação para esse efeito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do antigo termo *imago* (LACAN, 1998b, p. 97).

Lacan (1998) definiu a *imago* como uma imagem virtual, a qual se diferencia do conceito imagem. O estágio do espelho é estruturante do sujeito. Todo o desenvolvimento, que não se dá de forma linear, depende dessa imagem, de uma virtualidade que tem efeito no real do corpo. Essa imagem, para Lacan, não é uma imagem presa na retina como uma imagem estática, mas sim uma virtualidade que tira essa criança de uma impotência motora, ela não anda, ainda não fala e a lança em uma potência virtual<sup>6</sup>. Sem esta virtualidade a criança não é constituída como sujeito e nem inserida no real da sociedade. Essa constituição, não ocorre somente com essa virtualidade que tem efeitos no corpo, mas também na junção de um real, simbólico e imaginário.

#### 2.4.2 Complexos Familiares

Para a Constituição Federal do Brasil (1988), no art. 226, o conceito de família passou a ter uma nova representação, constituindo-se como a base da sociedade, ocupando-se de um caráter especial e protetivo. Assim, verifica-se o seu reconhecimento como uma instituição familiar com base em novos modelos.

A família constitui as gerações, e estabelece uma estruturação de ordem psíquica a nível inconsciente. Conforme postula Lacan (2008a), a família é:

Entre todos os grupos humanos, a família desempenha um papel primordial na transmissão da cultura. Se as tradições espirituais, a manutenção dos ritos e dos costumes, a conservação das técnicas e do patrimônio são com ela disputados outros grupos sociais, a família prevalece na primeira educação,

<sup>6</sup> Cf. nota 3 desse capítulo.

na repressão dos instintos, na aquisição da língua materna. Com isso, ela preside os processos fundamentais do desenvolvimento psíquico, preside esta organização das emoções segundo tipos condicionados pelo meio ambiente, que é a base dos sentimentos [...]; mais amplamente, ela transmite estruturas de comportamento e de representação cujo jogo ultrapassa os limites da consciência (p. 9).

Portanto, a família é uma Instituição primordial na organização do sujeito, e é onde “encontramos algum amparo para o nosso desamparo estrutural” (PEREIRA, 2003, p. 197). As configurações familiares vêm se reconfigurando ao longo do tempo e os vínculos afetivos vêm sendo modificados rapidamente. O tamanho das famílias tem diminuído e os padrões estão sendo mudados com o passar dos anos. Assim, o que se considera ser uma dificuldade para as estruturas familiares, na realidade são consequências sofridas em sua constituição mediante o processo histórico (PEREIRA, 2003).

As relações sociais afetam as estruturas familiares, desse modo, acarretam transformações nas instituições familiares e as modificam enquanto tal. É nessa realidade que se deve compreender o contexto no qual o sujeito está sendo constituído. A constituição de uma família não se explica por meio da consanguinidade, e sim pelos seus complexos, que atravessam o sujeito de forma inconsciente.

Definimos o complexo num sentido muito amplo que não exclui que o sujeito tenha consciência do que ele representa. Mas foi como fator essencialmente inconsciente que Freud o definiu a princípio. Sua unidade é, como efeito, surpreendente sob essa forma, na qual ela se revela como a causa de efeitos psíquicos não dirigidos pela consciência, atos falhos, sonhos, sintomas (LACAN, 2008a, p. 18).

O complexo manifesta a realidade do sujeito, sendo distinto do desenvolvimento psíquico. É atravessado por gerações, e se enuncia a partir de ocorrências de repetições de forma fixa, sendo manifestado por sintomas (LACAN, 2008a).

Dessa forma, esses complexos têm efeitos tão divergentes e que Lacan definiu como imago, que é a constituição do sujeito por meio da imagem do Outro, que retira a criança de uma impotência, para uma potência virtual, em uma possibilidade de ser desejante.

Como forma de organização, os complexos corroboram no desenvolvimento psíquico, manifestados pelo inconsciente e representados em sentido contrário pela consciência. Lacan (2008a) atribuiu aos complexos familiares três momentos: Complexo de desmame, Complexo de Intrusão e o Complexo de Édipo.

O complexo de desmame está diretamente ligado à imago materna, relacionado à alimentação, a uma demanda oral. “Portanto, ele funda os sentimentos mais arcaicos e mais estáveis que unem o indivíduo à família” (LACAN, 2008a, p. 19). Quando a criança nasce, o vínculo vai sendo estabelecido a partir do lugar que a criança ocupa no desejo da mãe, se vem em lugar do falo, do objeto que falta ou no lugar do gozo, objetificado.

O desmame é um momento de rompimento biológico, que pode ou não ser traumático na experiência humana, mas que terá efeitos no psiquismo do sujeito. Entretanto, “[...] frequentemente um traumatismo psíquico cujos efeitos individuais, anorexias ditas mentais, toxicomanias pela boca, neuroses gástricas, revelam suas causas à psicanálise” (LACAN, 2008a, p. 20).

A criança, com a constituição da sua imago, pela imago da mãe, do Outro, no momento da amamentação, tem toda a sua vida dominada. A mãe de forma inconsciente tem a sua satisfação psíquica assegurada, preservando o infans do total abandono. A imago, no entanto, deverá ser sublimada para que novos complexos possam surgir e se integrem no seu psiquismo. Entretanto, caso o Outro não possibilite novas interações a esse infans, e se ainda resistir a novas vivências que integram o processo de desenvolvimento, a sua imago poderá ser transformada em pulsão de morte (LACAN, 2008a). A pulsão de morte,

“[...] Tende para a redução completa das tensões, isto é, tendem a reconduzir o ser vivo ao estado anorgânico. Voltadas inicialmente para o interior e tendendo à autodestruição, as pulsões de morte seriam secundariamente dirigidas para o exterior, manifestando-se então sob a forma de pulsão de agressão ou de destruição” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 407).

Para Lacan, o complexo de intrusão é o momento em que o sujeito organiza-se com base na identificação mental por meio da relação entre irmãos. Assim, o sujeito primitivo vivencia a experiência da relação com um ou vários semelhantes, alguém que ocupa o seu lugar no seio materno, e é encarado como seu rival. Entretanto, depende de algumas vertentes, como a ordem do nascimento, a relação entre o casal, e as influências da cultura que atravessam o sujeito, inclusive a idade limite entre esses irmãos (LACAN, 2008a).

O complexo de intrusão, que se passa na relação entre irmãos, tem como ponto central a identificação afetiva como pré-condição ao ciúme pelo reconhecimento da presença do outro semelhante. Neste momento, o ciúme não é compreendido como rivalidade vital, como disputa pelo alimento materno, ele é a consequência de uma identificação mental (FRANÇOIA, 2010, p. 21).

Lacan (2008a) alerta que, para conhecer e compreender esse momento, é preciso prestar atenção na relação entre a criança que se exhibe como espetáculo e a que acompanha com o olhar, e a outra que tenta a sedução, e também a que tenta dominar e a que se escraviza. Então, a relação entre dominador e dominado apresenta-se com base em que o sujeito se relaciona com o outro, porém, a maneira de se identificar poderá sofrer modificações, pelo fato de que a criança “pode sustentar essa relação numa participação propriamente insignificante desse outro e viver, então, toda a situação sozinha, tal como é manifestado pela discordância, às vezes total, entre suas condutas” (LACAN, 2008a, p. 29).

Logo, o sentimento do outro se funda, mediante a esse complexo, a de que a sua identificação nas relações possui um caráter imaginário. Então a estrutura dessa imago se forma.

Uma primeira identificação nos é dada pela condição reconhecida acima como necessária a uma adaptação real entre parceiros, a saber, uma diferença de idade muito estreitamente limitada. Se nos referirmos ao fato de que esse estágio é caracterizado por transformações da estrutura nervosa bastante rápida e profunda para dominar as diferenciações individuais, compreenderemos que essa condição equivale à exigência de uma similitude entre os sujeitos. Depreende-se que a imago do outro está ligada à estrutura do corpo próprio, e mais especialmente de suas funções de relação, por uma certa similitude objetiva (LACAN, 2008a, p. 30).

O sujeito que sofre o desmame muito cedo, poderá manifestar o ciúme, devido ao fato, de não estar em disposição de lutar pelo seio em comparação a seu irmão (LACAN, 2008a). Nesse momento, pode-se afirmar uma agressividade que domina, “então, a economia afetiva, mas também que ela é sempre simultaneamente sofrida e posta em ato (agie), ou seja, sustentada por uma identificação ao outro, objeto da violência” (LACAN, 2008a, p. 31).

“O eu se constituí ao mesmo tempo em que o outro no drama do ciúme [...] o papel traumatizante do irmão, no sentido neutro, é, pois, constituído por sua intrusão” (LACAN, 2008a, p. 36-37). Assim, o fato de se ter irmão com o qual o sujeito rivaliza e ao mesmo tempo constitui uma identificação mental, porém, é um drama singular, visto que apresenta uma agressividade por meio de uma situação triangular, em que esse sujeito procura uma nova alternativa, ou retorna ao objeto materno, ou é destinado a outro objeto. Desse modo, o sujeito poderá reconhecer esse irmão como sendo o outro, com quem luta ou mantém um acordo.

“Ainda que o ciúme humano se distinga, portanto, da rivalidade vital imediata, já que ele forma seu objeto mais do que o determina: ele se revela como o arquétipo dos sentimentos sociais” (LACAN, 2008a, p. 37). Após o complexo de Édipo, esse intruso não será mais objeto ou uma barreira, a agressividade será sublimada e se transformará em amor ou ódio.

O complexo de Édipo representa as relações psíquicas mais íntimas de um drama familiar. É um drama particular, vivido de uma forma, cuja função essencial é a castração, ou seja, a lei que interdita o incesto. A castração refere-se ao,

“Complexo centrado na fantasia de castração, que proporciona uma resposta ao enigma que a diferença anatômica dos sexos (presença ou ausência de pênis) coloca para a criança. Essa diferença é atribuída à amputação do pênis na menina. A estrutura e os efeitos do complexo de castração são diferentes no menino e na menina. O menino teme a castração como realização de uma ameaça paterna em resposta às suas atividades sexuais, surgindo daí uma intensa angústia de castração. Na menina, a ausência do pênis é sentida como um dano sofrido que ela procura negar, compensar ou reparar. O complexo de castração está em estreita relação com o complexo de Édipo e, mais especialmente, com a função interditória e normativa” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 73)

O complexo de Édipo é o terceiro momento do Estádio do Espelho, que oferece possibilidade da identificação a um significante que determinará sua posição sexual, na qual irá se identificar ao sexo anatômico, e se deslocará de um puro objeto do Outro<sup>7</sup>.

O sujeito sofre uma frustração por meio de uma repressão educativa, impedindo-a de realizar as pulsões masturbatórias, assim, a criança passa a distinguir o que lhe é proibido referente às relações parentais e os casos que são desvendados para si (LACAN, 2008a). “Através do duplo processo, o progenitor do mesmo sexo aparece para a criança ao mesmo tempo como o agente da interdição sexual e como o exemplo de sua transgressão” (LACAN, 2008a, p. 40). A origem do desejo se encontra no incesto, e que precisará ser barrado por esse pai, correspondendo a função da castração. Caso essa interdição da lógica do incesto não ocorra, poderá dar passagem a esse sujeito para as toxicomanias e a única possibilidade de antecipar essa passagem ao ato é ofertar elementos simbólicos.

Então, até a puberdade as tensões se resolvem por um lado, permanecendo latentes, dando lugar a outros interesses. Assim, quando se chega à puberdade, a sublimação da imagem parental será um ideal de representação para futuras escolhas psíquicas,

---

<sup>7</sup> Cf. nota 3 desse capítulo.

e “permanece inscrita no psiquismo em duas instâncias permanentes: a que recalca se chama o supereu, e a que sublima, o ideal do eu. Elas representam o acabamento da crise edipiana” (LACAN, 2008a, p. 41).

Lacan postula que o complexo de castração é marcado essencialmente pela demanda e o desejo, é um momento de fazer um recorte, que se pode chamar do nascimento da alma, ou seja, entre a fase oral como a demanda do sujeito e a fase anal, a demanda do Outro, está o lugar do desejo (LACAN, 2010).

### **2.4.3 O Desejo do Sujeito**

Freud, em *A Interpretação dos Sonhos*, defende que o sonho é satisfação parcial de um desejo, ou seja, já que o sujeito tem o seu desejo inconsciente impossibilitado de se realizar, então ele sonha. A partir do método indicado por Freud para a realização da interpretação do sonho, ele afirma que, “quando o trabalho de interpretação se conclui, percebemos que o sonho é a realização de um desejo [...] há alguns sonhos que são realizações indistintas de desejos” (FREUD, 2001, p. 79/90). Porém, para cada sujeito, o sonho se manifestará de forma singular, e será interpretado mediante a sua história particular, ao contrário do que postulava Jung, dizendo que um significante apresenta o mesmo significado para todos os sujeitos.

Lacan denominou o desejo, como sendo desejo do Outro, do significante, “equivalente a sua falta” (SOLER, 2012, p. 66), quer dizer, é a falta que causa o desejo. Essa falta, Lacan denominou como gozo, “assim ele nomeou a substância negativa (o real de seu ser) que o sujeito encontra perdido, pelo simples fato de falar” (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006, p. 20). O sujeito por meio da fala, recorre a simbolização, mas, ao se deparar com a linguagem, questiona-se quem é, e as palavras são insuficientes para lhe dar as respostas (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006). Como a cadeia de significantes é metonímica, no sentido que nem tudo é significante, o sujeito fica impossibilitado de encontrar palavras para representar o que quer dizer (VALAS, 2001). Assim, “[...] o desejo não está mais submetido às leis da palavra, mas às da linguagem” (VALAS, 2001, p. 27).

Quando o sujeito se depara frente ao desejo do Outro, essa relação causa uma angústia, e nenhum objeto conseguirá satisfazer esse furo, ou seja, nenhum objeto

terá a função de tamponar esse desamparo, que é inerente ao ser humano (RIBEIRO, 2009).

#### 2.4.4 O Gozo em Psicanálise

Para entender o uso das drogas, é preciso considerar o que a Psicanálise traz sobre o gozo a partir de Freud e Lacan. Em Freud, não se encontra o termo gozo, e sim satisfação, que remete ao fato de que o homem está submetido à pulsão e não à necessidade, mas justamente o que se passa na economia psíquica do toxicômano é que esse objeto droga vem de alguma maneira encarnar o objeto perdido da necessidade. Então, é como ele fosse “o objeto” substituto de um objeto que está perdido para sempre, tal como Freud teoriza “*das Ding*”, a coisa perdida.

A droga entra na economia psíquica, fantasmaticamente, tal como Freud introduziu, por isso a importância de falar da satisfação pulsional. Freud apresenta esse objeto como sendo o substituto da satisfação pulsional, mas Lacan vai ampliar e traduzir o que é a satisfação em Freud, e isso delimita o campo lacaniano propriamente dito, como campo do gozo. E ainda acrescenta que, para além desse objeto que satisfaz ou não satisfaz, ele introduz o impossível desse objeto satisfazer a pulsão, justamente porque o gozo traz esse aspecto de insaciabilidade, o impossível de ser saciado<sup>8</sup>. Vapperreau (2015) também afirma que há um duplo aspecto, da falta do objeto e da satisfação, e essa é a tensão que passa um toxicômano. É um jogo simbólico, em que qualquer objeto poderá se tornar erótico, sendo uma relação de prazer e gozo.

Portanto, Freud introduz a busca excessiva por prazer, princípio esse que denominou como mais-além do princípio do prazer e que regula o aparelho psíquico, manifestando-se como dor de forma repetida, podendo resultar na pulsão de morte.

“Freud afirma que o funcionamento do aparelho psíquico é governado por um princípio regulador, cujo papel é garantir a busca do prazer (*Lust*), por evitação do desprazer (*Unlust*). Muito esquematicamente, isso quer dizer que toda tensão do aparelho psíquico – quer a sua fonte seja interna ao organismo, quer seja ligada a fatores exteriores – é sentida como desprazer (*Unlust*), enquanto o prazer (*Lust*) está ligado à baixa dessa tensão e à volta ao estado de repouso” (VALAS, 2001, p. 18).

Lacan conceituou a pulsão de morte como a pulsação de gozo, pois se manifesta inconscientemente, de forma repetida, na cadeia de significantes. Assim, o prazer e o

---

<sup>8</sup> Cf. nota 3 desse capítulo.

gozo não são regidos na mesma instância (VALAS, 2001). “O prazer é uma barreira contra o gozo, que se manifesta sempre como excesso em relação ao prazer, confinando com a dor” (VALAS, 2001, p. 7).

Lacan define “[...] que o gozo é ao mesmo tempo o que é o mais estranho e o mais íntimo ao sujeito, mas estando fora do significante, isto é, no real” (VALAS, 2001, p. 28). Assim, o gozo não se inscreve na estrutura psíquica, dessa forma, em seu lugar se inscreve, de modo absoluto, a angústia, que se aproxima do objeto perdido. Na angústia, o sujeito experiencia o real, considerado como afeto, e a saída para aliviar esse mal-estar é o desejo, desejo esse que o sujeito reinsere no lugar da falta originária, do objeto perdido (COUTINHO JORGE, 2005). Como afirma Lacan (2008d, p. 206), “o gozo, aqui, é um absoluto, é o real, e, tal como o defini, como aquilo que sempre volta ao mesmo lugar”.

O gozo é eminentemente o campo do Outro, é do Outro que o sujeito é demandado, recebendo, assim uma mensagem retorcida, “[...] o Gozo Outro está na estrutura, pois não há como praticar limites sem que impliquem um além” (MELMAN, 1992, p. 10), ou seja, as formas de gozar vão sendo determinadas em cada momento histórico, porém, é de extrema importância que a Psicanálise escute o sujeito na sua particularidade. Melman (1992) afirma que na pós-modernidade a sociedade aparenta inventar formas de continuar “gozando de uma falta” (p. 10).

Na toxicomania, o que prevalece é um Gozo-Outro, porém, não mais devedora da castração, não tendo mais que lidar com um objeto, tornando-se um gozo infinito, em direção à morte (MELMAN, 1992). Então, na toxicomania, as adições funcionam como “uma fixação exacerbada a um objeto, que se busca incessantemente como única fonte de prazer para o indivíduo” (GURFINKEL, 2007, p. 6). O objeto droga entra na experiência do sujeito como objeto metonímico, do objeto causa, e, no lugar do próprio sujeito, na dialética de sua constituição.

Isso posto, é fundamental trabalhar o conceito de gozo quando se fala no objeto droga, porque o objeto droga é afeito à própria experiência do sujeito, ele é metonímia, ora desse objeto que falta, objeto mais circunscrito pela lógica fálica, ora não, ora ele é esse objeto do gozo. Ele é afeito nesse furo no psiquismo, impossível de simbolizar. E a toxicomania se inscreve como sendo esse excesso que o objeto droga vem minimamente tentar apaziguar, qual seja a dor de existir, que esse excesso produz no psiquismo.

### 2.4.5 O Sujeito e o Mal-Estar

O sujeito tende a preservar o ego do mundo externo e, mesmo assim, “o sentimento de nosso próprio ego está sujeito a distúrbios, e as fronteiras do ego não são permanentes” (FREUD, 1996b, p. 75). Desse modo, Freud revela que o sujeito tende a isolar tudo o que possa perturbar o ego, e a passa a direcioná-lo ao que causa prazer, ou seja, passa a diferenciar o que é interno, próprio do ego, do que é externo, porém, não há separação, pelo contrário, o ego absorve tudo e em um só depois, ele passa a se separar deste mundo. No entanto, o ego “[...] sofre o confronto de um ‘exterior’ estranho e ameaçador [...]” (FREUD, 1996b, p. 76); o sujeito se constitui na relação com o outro, assim, a subjetividade só é construída e organizada no social; o sujeito, então, pode-se afirmar que ele é atravessado pelo social (MELMAN, 1992).

Freud (1996b) também ensina que tudo o que passa na vida do sujeito, desde o seu desenvolvimento inicial, é preservado e não destruído. Quando ocorre um acontecimento traumático, há o processo de recalque, pelo qual o sujeito sinaliza por meio das formações inconscientes, “porém, este acontecimento traumático não pode ser interpretado senão retroativamente, pois naquele momento em que se produziu não havia como interpretá-lo” (MELMAN, 1992, p. 27).

O sujeito busca a felicidade a todo custo, mas a vida causa sofrimento, decepções e obrigações, exigindo-nos a todo instante. Freud (1996b) postula que os homens apresentam dois direcionamentos, o de evitar o desprazer, o sofrimento e, por outro lado, experienciar sentimentos de prazer e permanecer nessa condição. E ainda afirma que “[...] o propósito da vida é simplesmente o programa do princípio do prazer. Esse princípio domina o funcionamento do aparelho psíquico desde o início [...]” (FREUD, 1996b, p. 84). Para que possamos viver em sociedade, é necessário fazer renúncias, porém, ninguém quer renunciar a sua satisfação pulsional em troca de viver em sociedade. “[...] Esse argumento sustenta que o que chamamos de nossa civilização é em grande parte responsável por nosso sofrimento e que seríamos muito mais felizes se a abandonássemos e retornássemos às condições primitivas” (FREUD, 1996b, p. 93).

Freud (1996b) aponta três causas de sofrimento: a primeira refere-se ao nosso corpo, pois somos mortais; do mundo externo, na qual ocorrem situações que nos causam desprazer; e o relacionamento humano, que talvez seja a fonte de maior sofrimento. Como forma de suportar esse mal-estar, lançamos mão de meios substitutivos. “Existem talvez três medidas desse tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela” (FREUD, 1996b, p. 83).

A terceira medida paliativa, a intoxicação, é a mais eficaz, porque “provoca em nós, diretamente, sensações prazerosas, alterando, também, tanto as condições que dirigem nossa sensibilidade, que nos tornamos incapazes de receber impulsos desagradáveis” (FREUD, 1996b, p. 86). As drogas tendem a nos entorpecer como um recurso ao mal-estar na civilização, podendo se dizer que a substância tóxica na teoria freudiana é definida como um recurso pelo que o sujeito intenta estabelecer a satisfação pulsional, todavia, a solução encontrada para lidar com o mal-estar é singular, é o drama vivido por cada um, sendo a droga uma das saídas encontradas por esse sujeito, entre tantos outros recursos, e é o que há na clínica contemporânea (MENDONÇA, 2011).

### 3 MÉTODO

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo consiste em uma pesquisa de natureza aplicada, que tem como objetivo buscar “conhecimentos para aplicação prática” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 35), com base na abordagem qualitativa, voltados ao trabalho que envolve significados de um determinado contexto (MINAYO, 2009). Os objetivos foram fundamentados a partir da pesquisa explicativa, visando “identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos” (GIL, 2011, p. 28).

Quanto às técnicas de investigação, utilizou-se o método clínico que, segundo Gil (2011, p. 17), “apoia-se numa relação profunda entre pesquisador e pesquisado”. Essa relação foi necessária, visto que se pretendeu investigar a concepção do sujeito toxicômano referente ao seu tratamento com base em sua inserção em um CAPS AD, serviço ofertado pela política Pública de Saúde Mental.

Após as teorias de Freud, o método clínico tornou-se essencial para a investigação psicológica, devendo o pesquisador estar atento ao propor generalizações, pois esse método trata de forma singular e particular as experiências subjetivas (GIL, 2011).

Quanto ao delineamento da pesquisa, dentre as formas estabelecidas, utilizou-se a pesquisa de estudo de campo, que visa a um aprofundamento, bem como o respeito à flexibilidade do projeto (GIL, 2011).

O objetivo deste projeto foi analisar, com base no discurso do sujeito toxicômano, o que mudou na sua vida a partir do início do seu tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), as suas ações quanto a adesão ao tratamento e, se houve mudanças na sua relação com o objeto droga.

#### 3.2 CAMPO DE ESTUDO

O presente estudo realizou-se na perspectiva da Saúde Pública, em uma Instituição da Rede de Saúde Mental, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). O CAPS AD é uma ação integrante da Política do Sistema Único de Saúde (SUS), e é um campo destinado a proporcionar atenção integral e contínua a

peessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, além de atuar na prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social do usuário de drogas e álcool por meio de atendimento terapêutico em grupo e também individualizado (BRASIL, 2003).

No intuito de analisar os dados, utilizou-se a abordagem na teoria psicanalítica que dialoga com outras áreas. É na relação da Psicanálise com a Saúde Mental, que na causa Freudiana se presentifica o sujeito, em que ocorre o renascimento deste por meio dos laços simbólicos (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006), ou seja, no intuito de possibilitar um espaço para que esse sujeito possa falar e se escutar, assim, fazendo nascer o desejo de mudar e construir um novo lugar, por meio dos laços sociais.

### 3.3 PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa 5 (cinco) sujeitos, 4 (quatro) do sexo masculino e 1 (um) do sexo feminino, com idade entre 30 (trinta) a 65 (sessenta e cinco) anos. Os participantes foram selecionados independentes do estado civil, escolaridade, classe social, religião, território. O critério para a participação nesta pesquisa envolveu ser usuário de álcool e outras drogas, e estar em tratamento há pelo menos 3 (três) meses.

A pesquisa tinha inicialmente como propósito investigar somente sujeitos do sexo masculino, devido ao grande número dessa população em tratamento. Uma pesquisa realizada pela Universidade de São Paulo, de Ribeirão Preto (MULHERES..., 2013) revela que mulheres têm mais dificuldade em procurar tratamento por vergonha, por medo de serem julgadas. Dessa forma, o número de mulheres em tratamento em um CAPS AD é baixo. Porém, houve dificuldade em encontrar usuários do sexo masculino com interesse em participar deste estudo devido alguns motivos, como a alta rotatividade, comprometimento cognitivo, entre outros fatores. Então, identificou-se a necessidade de contar com a participação de 1 (um) representante do sexo feminino, participação essa que colaborou imensamente com a pesquisa em questão.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A partir da aprovação do Projeto deste estudo pela Comissão de Ética e Pesquisa (Plataforma Brasil), solicitamos por escrito à Secretaria Municipal de Saúde do Município uma autorização para realizar esta pesquisa.

A instituição cedeu uma sala para a aplicação da entrevista semiestruturada, pautada em questões relativas às peculiaridades deste projeto, pela qual o entrevistador formulou perguntas para obter dados para a sua investigação.

A entrevista é uma interação social, sendo uma forma de diálogo, em que uma parte realiza a coleta dos dados, e a outra parte, fornece a informação. A pesquisa semiestruturada ou por pautas, se refere a um escopo, no intuito de guiar o pesquisador, pois é uma entrevista pautada na flexibilidade uma vez que o participante fica confortável para responder livremente as perguntas. Assim, o sujeito participante adiciona elementos importantes, e colabora no processo e no desenvolvimento da pesquisa. O pesquisador, percebendo que o entrevistado está se afastando do tema proposto, pode intervir de forma sutil para que o sujeito retorne e preserve a pesquisa em questão, mas sem muita rigidez (GIL, 2011).

### 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Antes da aplicação da entrevista, o participante voluntário foi orientado pelo entrevistador sobre todas as informações pertinentes à pesquisa, assegurando os seus direitos no Termo de Consentimento, a qual será abordada com detalhes no próximo item. A entrevista (APÊNDICE A) foi aplicada aos participantes, constando aproximadamente 12 (doze) questões referentes à percepção de cada um ao tratamento, ao relacionamento com as drogas, às experiências provenientes do uso abusivo, bem como as perdas causadas e a relação com a família e o trabalho. Por meio do discurso do participante foi possível identificar algumas práticas da instituição referentes ao tratamento ofertado.

As conversas e/ou entrevistas foram realizadas pessoalmente e individualmente com cada participante, usuário do serviço, no CAPS AD. A entrevista ocorreu mediante gravação eletrônica, com o consentimento do participante, como forma de preservar as informações. As entrevistas foram transcritas na íntegra, utilizando-se de nomes

fictícios, bem como respeito às falhas e às contrariedades ocorridas no decorrer do processo.

A pesquisa manteve-se de forma cordial e respeitosa, e a condução possibilitou um caminho flexível, assim, não houve à necessidade de posteriores entrevistas. O presente estudo não necessitou de recursos para o seu desenvolvimento (APÊNDICE B).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu a Resolução 466 (BRASIL, 2012), que regulamenta as Diretrizes e as Normas de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, e também, ao Código de Ética Profissional de Psicologia (2005), do Conselho Federal de Psicologia (CFP), especificamente, o art. 16.

Conforme as regulamentações acima, o Termo de Consentimento contempla as informações pertinentes quanto à ética em pesquisa (APÊNDICE C) com o propósito de assegurar e manter o sigilo dos participantes, informando-os que possuem a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores. Assim, foi informado ao participante que a qualquer momento ele poderia obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e na forma de divulgação dos resultados. Os dados coletados foram utilizados e analisados em prol desta pesquisa.

A pesquisa também seguiu os critérios estabelecidos no art. 16 do Código de Ética do Profissional de Psicologia (2005) quanto à realização de estudos, pesquisas e atividades direcionadas para produção de conhecimentos.

- a) Avaliará os riscos envolvidos, tanto pelos procedimentos, como pela divulgação dos resultados, com o objetivo de proteger as pessoas, grupos, organizações e comunidades envolvidas;
- b) Garantirá o caráter voluntário da participação dos envolvidos, mediante consentimento livre e esclarecido, salvo nas situações previstas em legislação específica e respeitando os princípios deste Código;
- c) Garantirá o anonimato das pessoas, grupos ou organizações, salvo interesse manifesto destes;
- d) Garantirá o acesso das pessoas, grupos ou organizações aos resultados das pesquisas ou estudos, após seu encerramento, sempre que assim o desejarem (p. 14).

### 3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A pesquisa baseou-se na revisão de literatura e na possibilidade de transcrever o discurso do sujeito a partir da Psicanálise. Assim, utilizou-se a Análise de Discurso (AD) por ser mais coerente com o objeto de estudo e os objetivos propostos. Várias abordagens concebem e utilizam o termo da AD, porém, no presente estudo fez-se necessário trabalhar duas vertentes, o que é a AD em termos gerais, e a AD a partir da Psicanálise.

No presente trabalho será utilizado o conceito de AD inaugurado pelo Filósofo francês Michel Pêcheux, da Escola Francesa de Análise de Discurso. A AD de Pêcheux atravessou três momentos, em que ocorreram algumas modificações, sendo que o terceiro momento houve rupturas significativas e, com base na leitura em Lacan, passou-se considerar o sujeito do inconsciente (DE MELO, 2005). Então,

[...] definir o sujeito como desejante, implica em aceitar a impossibilidade de simetrização, dada a ingerência do real como impossibilidade, isto é, como o que causa a fenda no simbólico, que provoca deslocamentos no tangente à língua, à enunciação, à historicidade, cujo impacto no entendimento da noção de *sentido* em análise de discurso é nuclear [...] (DE MELO, 2005, p. 67-68).

Na Psicanálise, considera-se a escuta do significante, o que Freud trouxe no sentido que o sujeito diz mais do que ele intenciona dizer, e o que ele diz, portanto, está na literalidade do discurso, não está para além do discurso, mas sim no discurso do que o sujeito fala e não escuta. Não quer dizer que isso é possível até as últimas consequências em uma situação de pesquisa, mas ainda assim, o princípio é esse, escutar para além do que o sujeito diz, o que aparece como dito, para além das intenções, pode ser que apareça ou pode ser que não. Além disso, será considerada a literalidade desse discurso, o que esse sujeito está experimentando enquanto usuário do serviço de tratamento álcool e outras drogas.

O discurso na Psicanálise tem o sentido apontado para o inconsciente, é poder escutar de surpresa o que há nessa fala, podendo aparecer ou não, bem como o que se escapa até do que a pesquisa almeja. O sentido que está em jogo é o real da experiência, e é isso que surge como um furo no discurso e, nessa condição de entrevista, encontram-se os limites de forma mais rápida, até porque se encontram fora do laço transferencial, diferentemente do que ocorre na clínica, pois quando há

transferência, as coisas ocorrem de outra forma, sendo possível ir às últimas consequências.

## 4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada aplicada a 5 (cinco) sujeitos. Utilizou-se de nomes fictícios por meio de indicação de algumas falas, e a identidade e o sigilo foram preservados, conforme diretrizes que regem os aspectos éticos. Alguns pontos requisitaram uma maior atenção do pesquisador, porém é importante destacar que a amostra é limitada e, mesmo que não se possa fazer disso uma generalização como outra qualquer, há algo a se demarcar, exatamente porque está no discurso. Dessa forma, o que se faz é uma “mostração” que, embora não sendo um resultado no sentido experimental, tem uma verdade, que fala da verdade desses sujeitos.

### 4.1 A DROGA E O SEU INÍCIO

Na presente pesquisa, identificou-se que os sujeitos entrevistados começaram a consumir drogas no início da adolescência, uso ainda nocivo. E, de forma unânime, sem pergunta direcionada, os sujeitos acreditam que o álcool foi a droga precursora para o desenvolvimento de uma dependência. Após o início do consumo no álcool, os sujeitos passaram a experimentar drogas ilícitas. E atualmente para alguns, se voltarem a fazer uso do álcool, há grande probabilidade de recaída em outras drogas, já que 4 (quatro) sujeitos se encontram em abstinência do álcool e outras drogas.

O álcool é permitido legalmente, socialmente, tornando-se acessível. Todavia, isso não quer dizer que o sujeito que faz uso do álcool necessariamente irá fazer uso de outras drogas, isso é uma inverdade que circula pelas famílias e o meio social. Contudo, ao mesmo tempo traz uma verdade, mas não em sua totalidade, visto que quem se droga, na maioria das vezes passa pelo álcool. Freud (1996d, p. 100) afirma que “[...] se atentarmos para o que dizem os grandes alcoólatras [...] a respeito da sua relação com a bebida, ela aparece como a mais harmoniosa possível, um modelo de casamento feliz”. Na fala de alguns, é como se o consumo mantivesse uma hierarquia, que começa pelo álcool e, posteriormente, ocorre a promoção para outras substâncias, consideradas pesadas,

[...] eu comecei a usar aos 18 anos, no exército, cerveja né! Depois passei a usar maconha e usei outras drogas, cogumelo, mas coisas de plantas assim, mais continuei com maconha e cerveja. Depois usei cocaína, maconha e cerveja também continuava, e depois passei a usar só crack [...] (CARLOS).

[...] Olha, no início, eu fui subindo, me promovendo, o álcool entrou na minha vida que se ele não tivesse entrado, as outras coisas não teriam me deixado levado a entrar. Então, foi o álcool e todas as outras substâncias que você possa imaginar. Sou cruzado, e se eu beber, é certo que vou recair, em outras coisas [...] (PAULO).

[...] Sempre tem um precursor né! Aquele que leva a galera [...] o precursor é o álcool. Vem o álcool, a cocaína, o LSD, lança-perfume, pedra também, tem 18 anos pra cá, eu sempre fui alcoólatra, etilista crônico como falam hoje em dia, mas é cachaceiro mesmo [...] (JOSÉ).

[...] eu comecei com 14 anos, comecei na maconha, aí depois fui pro pó, depois fui pra pedra [...] Não só droga, como álcool também [...] (ANA).

[...] Comecei com o álcool, com 14 anos, comecei com ele. O álcool estava sempre acompanhando [...] (JOÃO).

Pôde-se constatar que os sujeitos são usuários de múltiplas drogas. Não somente o álcool tem a função de um objeto oral e, sim, qualquer outra substância. Assim, Freud (1996d, p. 100) ensina que,

[...] a psicanálise revelou-nos que quando o objeto original de um impulso desejoso se perde em consequência da repressão, ele se representa, frequentemente, por uma sucessão infundável de objetos substitutos, nenhum dos quais, no entanto, proporciona satisfação completa. Isto pode explicar a inconstância na escolha de objetos, o 'anseio pela estimulação' que tão amiúde caracterizam o amor dos adultos.

Freud estabelece que esse objeto oral tem relação com o desmame. Algo se passa no desmame e, para alguns, essa luta fica impossível de ser simbolizada, o sujeito lança mão de um objeto que está mais próximo do campo da realidade, como substituto desse seio, desse objeto oral que é a droga. O objeto poderia ser qualquer outro conforme tratado anteriormente, porém na presente pesquisa é o objeto droga.

#### 4.2 O DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA E A RELAÇÃO COM O OUTRO

De maneira geral, por intermédio dos discursos, apresentou-se que, inicialmente o consumo era realizado de forma esporádica, em situações de festas, reuniões com amigos etc. Posteriormente, passaram a conhecer outras drogas, mas, o consumo ainda não era de forma abusiva, e não resultava em prejuízos. Porém, o aprofundamento nas drogas foi justificado pela morte de pessoas próximas, ou seja, a perda de uma referência.

Dessa forma, faz-se necessário relembrar o que Lacan afirma, isto é, que o objeto droga entra na dialética da subjetivação do sujeito a partir desse Outro, que não são quaisquer outros, são os pais, e que esse objeto droga vem cumprir uma função psíquica. Assim, “o que se perfila pela identificação recíproca entre o sujeito e o objeto do desejo oral vai, a experiência nos mostra de imediato, na direção de um despedaçamento constitutivo” (LACAN, 2010, p. 215). E esse despedaçamento, pode ser identificado:

[...] Fiquei 7 anos sem usar, mais tive um descontrole emocional e voltei a usar [...] Foi da morte do meu pai, a gente era muito apegado, a gente era muito junto, eu e ele, a gente saía para pescar junto, a gente sai para pegar bola de massa junto, passeava junto, e quando ele morreu, senti muita falta dele [...] (CARLOS).

[...] Veio a morte do meu pai, veio a separação, aí juntou tudo, tudo foi ficando cada vez mais, foi ficando um tira gosto pra tomar, pra beber, pra se falar sobre isso ao beber e assim foi a minha vida, sabe? Muitas coisas que eu amei, muitas pessoas que eu perdi contribuiu, mais ninguém é culpado disso, eu mesmo é que sou, entendeu? Sentia falta ia lá e usava alguma coisa, pronto, aliviada, aliviada, anestesiava, ficava anestesiado e pronto, esquecia de todos os problemas, todas essas coisas [...] (PAULO).

[...] há 13 anos e 4 meses atrás, no dia 18 de maio de 2002, hoje faz 13 anos e 4 meses que ela (mãe) foi, foi para um mundo melhor [...] Não boto culpa nas drogas, não boto culpa nos meus pais, Deus fez a gente, mas nos deu o livre arbítrio, eu assumo, é óbvio que se eu não tivesse esses problemas lá atrás, talvez eu seria também, não sei, mas com certeza a minha probabilidade seria menor [...] (JOSÉ).

Para um dos participantes, o momento do aprofundamento nas drogas ocorreu a partir da perda do irmão, sua referência e até hoje carrega a culpa por sua morte. Alegou também conflito com a família, principalmente com o pai e falta de diálogo familiar.

[...] O meu irmão mais novo faleceu de choque térmico, ele estava com o corpo quente e entrou no mar, aí o mar estava gelado, aí deu choque. Ele morreu com 17 anos, tem 15 anos, depois que ele morreu mesmo, aqui eu me aprofundi mais nas drogas, sabe? Porque na minha casa é assim, nós não tínhamos muito diálogo, era mais eu e ele, eu e meu irmão, aí ele foi pra praia e faleceu. E engraçado que eu sonhei com ele antes dele morrer, às vezes eu me sinto com uma culpa, porque se eu tivesse ido com ele na praia de repente não teria acontecido [...] (ANA).

Outro participante declarou ter aprofundado nas drogas também por possuir conflito familiar, mas é interessante observar que o sujeito não atribui sua dependência à dependência dos pais, mas sim a uma relação conflituosa com os pais, visto que na época em que iniciou nas drogas os pais faziam uso de álcool. Contudo, ele mesmo se questiona e quer entender a sua dependência.

[...] Não era timidez, nem por causa de amigos não, nunca fui chegado não, foi por causa de família mesmo, meu pai, minha mãe, bebiam, quando pensa que não você já está dependente, aí vem outras, você vai conhecendo e se torna como você se tornou. [...] Meus pais nunca foram tão presentes, vida

sofrida, a pessoa quando tem condições fracas é muito complicado, não é a vida que queria dar, pobre né! Eles não conseguiram dar, o que eles queriam dar, como te disse eles bebiam, os dois. [...] O relacionamento com os meus pais, desde que quando casei complicou cada vez mais, sei lá, entendo eles não. [...] Minha mãe tentou o suicídio de várias maneiras e eu quem a salvei várias vezes, depois quem começou a beber fui eu [...] (JOÃO).

#### 4.3 AS INTERNAÇÕES

Lacan vai dizer que o objeto da demanda é o objeto humano por excelência, em que é recortado na relação com o outro. O funcionamento da dialética objetual vai tomar emprestado a necessidade, a sua possibilidade de ser um objeto que satisfaz ou não. A necessidade é sempre subvertida pela lógica do desejo da demanda, ou seja, ela nunca se reduz a uma pura necessidade. O objeto poderá ser de ódio ou de amor, e sempre vai veicular algo que está para além da satisfação da necessidade, é isso que marca o objeto da demanda.

Mas, ao mesmo tempo, o único “modelo” que o próprio corpo tem da satisfação é retirado de uma suposta necessidade. Então, no alcoolismo, na toxicomania, esse objeto funciona como se fosse um objeto da necessidade, em que vai satisfazer ou não, e introduz minimamente, a lógica de uma presença e de uma ausência de um objeto, que de alguma maneira mantém para esse sujeito uma posição desejante, ainda que ele faça recurso ao objeto droga.

Uma das maneiras de sustentar o circuito pulsional é a separação das drogas, e a saída encontrada pelos sujeitos foram as internações em Comunidades Terapêuticas. Internações que ocorreram de maneira voluntária, em que manifestaram o desejo de se submeter a um tratamento longe das drogas. Um dos participantes declarou ter passado por 17 (dezesete) internações, inclusive por intermédio do CAPS AD. Outros participantes também relataram que passaram por internações, em um período máximo de 03 (três) meses.

Essas internações têm como forma produzir uma ausência e uma presença do objeto. Conforme Melman (1992), a separação do sujeito das drogas implica na participação em causar uma falta, é bem verdade que o toxicômano goza na falta do objeto. Assim, essa falta “introduz uma erotização suplementar que faz com que todos os argumentos, racionais ou não, sejam derrubados para privilegiar o que havia sido interdito” (p. 110), ou seja, o consumo da droga.

Na fala a seguir, constata-se que um dos sujeitos solicita ao CAPS AD para ser internado em uma Comunidade Terapêutica, porém, quando ocorre a internação, seus argumentos são derrubados frente ao erotismo do objeto,

[...] teve uma época através do CAPS que eu queria me internar, queria me internar, uma internação que eu nunca havia internado, de ficar no...nada em mim é compulsório, eu que mando na minha vida...em Venda Nova do Imigrante, com direito a sair, mas se eu saísse eu não voltava, tinha uns afazeres, mas muita lavagem cerebral, mas não era de Igreja não, o cara é um ex-viciado, e tá ganhando. [...] Era pra ficar três meses, aí eu não aguentei a pressão não, eu falei não vou aguentar a pressão...eu vi que não resolveu, eu pensava que, eu não ia ficar internado, eu vou ficar aqui três meses, porque você fica planejando e demorou a minha internação, eu tava tão assim, eu estava tão bitolado, bitolado é a palavra exata, eu queria logo que me internasse, que eu fiquei até cricri, enjoadinho, tô vendo os outros, cobrando dos outros e eu querendo resolver dos meus problemas que eu criei indiretamente, eu tava passando dos limites, eu preciso ser internado, eu estava precisando ser internado, eu tava me sentindo na necessidade [...] (JOSÉ).

Em outras situações, frente à morte, e como forma de lidar com esse enigma, a saída encontrada foi a internação. Conforme relato abaixo:

[...] eu que procurei por minhas próprias pernas, nem mamãe, nem papai, ninguém me levou [...] Percebi que tudo, eu vendo a mortandade, que eu tava vendo, que isso não tava, meus pais não me ensinaram isso, eu não nasci usando isso, eu procurei com as minhas próprias pernas, se somar esses dias que fiquei internado, dá um bom tempo de sobriedade, mesmo que seja fechado, não foi em regime fechado, fechado no modo de dizer, eu me tranquei, eu não...se somar dá um bom tempo de sobriedade, entendeu? Dentro desse período todo que eu uso. Porque esses meus amigos que já se foram, não tiveram o privilégio de conhecer essas clínicas, entendeu? [...] Fui perdendo tudo, perdendo casa, perdendo família, ia perder a vida, logo, logo. Foi um livramento que eu tive de Deus, essas minhas internações, eu creio que sim (PAULO).

Por isso, Lacan (2008d) afirma que de alguma forma é na toxicomania, é no alcoolismo que se encontra o sujeito, por isso que não se pode eliminar o sintoma, pois se corre o risco de eliminar o próprio sujeito, ele se encontra naquela satisfação, ou seja, “[...] o sintoma diz da identidade do sujeito, da maneira como ele se localiza; o sujeito se reconhece nele e passa a ter suas vantagens com isso. O sintoma da segurança limitada ao sujeito, por mais que ele sofra, ele ganha com isso” (SARKIS, 2007, p. 107). Então, o que é visto como uma doença, um distúrbio para outros campos, na Psicanálise é um sintoma que, de alguma maneira, mesmo que seja de forma imaginária, uma vez que o uso da droga é uma saída imaginária, é a tentativa de construir um momento de satisfação e de falta, diga-se, de uma posição desejan-te.

#### 4.4 O TRATAMENTO NO CAPS AD

Conforme exposto anteriormente, o CAPS AD é um serviço que oferece atendimento diário a sujeitos dependentes de SPA, baseado em tratamento que visa a singularidade e a continuidade (BRASIL, 2004). Os sujeitos dependentes de SPA que iniciam um tratamento no serviço, em geral são encaminhados pelos serviços da Rede de Atenção de Cuidados que atuam na comunidade. Os toxicômanos, geralmente estão em condições de vulnerabilidade social, em situação de rua e são dependentes de múltiplas drogas (THOMPSON; ZANOTTI, 2011). O CAPS AD, campo de estudo da referida pesquisa, possui protocolo de inserção ao serviço, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (2015). Os critérios estabelecidos que configuram o perfil do usuário para início ao tratamento envolvem ter mais de 18 anos, estar fazendo uso prejudicial e/ou ser dependente de álcool e outras drogas; ou transtornos relacionados ao uso das SPA; ou que estejam em abstinência por até 1 (um) ano, segundo os critérios da CID-10, e que sejam residentes do Município.

Dessa maneira, os sujeitos participantes foram acolhidos em seu sofrimento na Rede de Atenção. O tratamento ocorre a partir do vínculo terapêutico, que é um processo de transferência que pode ocorrer ou não, sendo estabelecido de maneira gradual, gradativa e suscetível a transformações mediante o tratamento (CANDIANI; PEDRA; GALLASSI, 2012). O fortalecimento e a implicação do sujeito ao tratamento efetivam-se por meio do vínculo. Dessa forma, desperta o cuidado em si e o desejo de se livrar das drogas por meio do tratamento oferecido pela Rede de Saúde Mental (DA SILVEIRA, 2008). Todavia, faz-se necessário esclarecer que o que está em jogo é o desejo do sujeito e não a abstenção das drogas. Mas é fundamental que o processo do tratamento tenha um direcionamento por vias simbolizadas, e para que o tratamento seja benéfico, deverá ocorrer o vínculo entre o usuário e o profissional do serviço, e aqui será utilizado o termo transferência. Melman (1992) relata que o toxicômano é, por excelência, apto à transferência, e que há algo da instância terceira no sujeito. Como se pode notar, os participantes explanam com orgulho de que não cometeram ilegalidade para conseguir a droga e, quando se perceberam em posição de cometer o ato ilegal, procuraram ajuda.

Desse modo, conforme objetivo central deste estudo, de uma forma breve apresentou-se a percepção do sujeito referente aos efeitos do tratamento, e às mudanças

ocorridas após a sua inserção no serviço. Mas, faz-se necessário destacar o tempo de tratamento desses sujeitos no CAPS AD, em que 2 (dois) dos entrevistados encontram-se em tratamento há 9 (nove) anos, 1 (um) há 7 (sete) anos e 2 (dois) há 03 (três) anos, para que se tenha clareza da experiência de cada sujeito no serviço. Assim sendo,

[...] logo que eu entrei, eu fiquei uns dois meses sem usar, aí muda né! Entra dinheiro, roupa nova, fica melhor. Compra bicicleta, o corpo pega uma massa né! Depois voltei a usar de novo, aí piorou, aí vai as roupas embora, vai bicicleta, vai saúde, vai tudo embora. Agora eu voltei a caminhar, agora, ficar sem usar, agora, eu comprei minhas roupas outra vez, comecei a ganhar minha massa corpórea né, só falta comprar a bicicleta né [...] (CARLOS).

[...] Eu gosto muito do CAPS, pra mim é uma salvação, pra muitos, não só pra mim, pra muitos que vem aqui, já frequento há muito tempo, já passei em diversos, como falei com você. E aqui eu me encontro, passo o dia né, com a mente em outras coisas, é psicoterapia, é psiquiatra, psicólogo, temos toda a atenção clínica, né! É como se fosse uma internação, eu fico aqui de 8 às 16h, aí saio daqui vou pra minha casa, eu estou morando e sempre foi bom, a gente não pode queixar, porque se ficar lá fora, o que te espera lá fora, foi o que me tirou quase tudo, só não me tirou a vida ainda [...] (PAULO).

[...] No início, ficava muito a desejar pra mim, pra mim foi bom, mas ao mesmo tempo, não era, não que eles sejam culpados, nunca tive ingresia, já tive, também ninguém é de ferro. Os profissionais eu sempre procuro manter o respeito básico, mas assim, eu sei também que eles recebem pouco, não sei nem quanto recebem, mas a Prefeitura, o Estado, pagam mal, a vontade em querer fazer mais, eu sinto isso neles, às vezes não basta só o querer, precisa de instrumentalização [...] Venho aqui três dias na semana, na atenção diária, mais isso daqui não resolve, aqui é paliativo [...] (JOSÉ).

[...] mudou porque eu parei de usar as coisas, eu não podia ficar sem, entende? A casa de recuperação não adiantou pra mim. Consegui, fiquei 4 anos sem. É a força de vontade que você tem que ter, se a pessoa quiser pra você e você não quiser, não adianta [...] (ANA).

[...] Hoje eu tô conseguindo sair fora, apesar do tratamento aqui e tudo, que ajuda pra caramba, nossa senhora não tem nem como, se não fosse aqui eu já estava no inferno há muito tempo [...] (JOÃO).

Os participantes concebem o CAPS como um suporte no tratamento da dependência. Interessante é o fato que os sujeitos, após a inserção no serviço, no início do tratamento, optaram por se separar das drogas no sentido real, ou seja, muitos, inclusive, pediram para serem internados, conforme apresentado no subcapítulo anterior. Mas, infere-se que o interdito seria a tentativa que sujeito encontra para suprir a falência paterna. Assim, Melman (1992) afirma que esse momento, em que o sujeito separa-se do objeto droga, mesmo de maneira voluntária, corre o risco de ter resultados desfavoráveis, resultando na situação de abstinência. Porém, a abstenção das drogas não é uma exigência do serviço, visto que trabalham com a lógica da RD. Mas, enquanto profissionais de saúde mental, Melman (1992, p. 79-80) ressalva “que se queremos ter uma conduta terapêutica coerente, pois do estado de falta, do estado

de abstinência, nada podemos esperar enquanto terapeutas, uma vez que fazem parte, eminentemente, da economia do gozo do toxicômano”, ou seja, estaremos erotizando ainda mais o objeto droga, já que a introdução de uma falta provoca um vazio que nenhum objeto terá o efeito de suprir (PIZETTA, 2009). Então, faz-se necessário introduzir a possibilidade desse sujeito se questionar frente ao seu gozo.

Referente à abstenção das drogas, 1 (um) sujeito declarou estar fazendo uso abusivo do álcool e, os demais sujeitos relataram que estão sem fazer o uso de drogas como o álcool, crack, cocaína, em torno de 1 (um) há 6 (seis) meses, porém, permanecem fazendo uso de cigarros, maconha, medicação etc. Em relação à medicação, o uso que esses usuários passam a fazer para tratar o desejo de usar drogas pesadas são as drogas “ditas” lícitas, os remédios receitado pelos psiquiatras, em que se justifica como um tratamento terapêutico para inibir o desejo do consumo que, na verdade parece não ter eficácia, porque mesmo tomando as medicações prescritas, os participantes declaram que ainda sentem o desejo de consumir a droga. Porém, Melman (1992, p. 120) revela que a medicação, “[...] tais como os benzodiazepínicos, revelam-se perfeitamente eficazes contra a dor de existir” e, por ser uma droga legal, o toxicômano “serve-se dela sem falsos constrangimentos” (p.120).

A separação do sujeito com as drogas tem como consequência um processo de recaídas, em que muitas vezes os profissionais acreditam que esse movimento faz parte do processo. Todavia, defende-se que a recaída seja encarada como algo que não vai bem, e a responsabilidade deve ser compartilhada entre o sujeito e o profissional. É imprescindível que o profissional tenha cautela e encare cada caso, na sua particularidade, sem propor generalizações. A recaída pode tornar-se um caminho sem volta, já que o que ocorre é que “o sujeito na falta, quando conseguir a sua droga, vai tomar em dose dupla” (MELMAN, 1992, p. 90). Identificou-se que a recaída é um momento de muita fragilidade, em que o sujeito tende a consumir toda a droga que não consumiu durante o tempo em que ficou sem usar. Como pode-se verificar abaixo:

[...] Olha eu, eu pra dizer a verdade pra você, essa semana, tem uns dez a doze dias que eu tinha uma recaída, que a recaída não faz parte do tratamento, faz parte da doença, entendeu? [...] Justamente é a recaída, ela tem como um empurrão que você leva, entendeu? Você fala que às vezes não vai fazer isso, não vai, mas quando você vê você já fez, entendeu? [...] (PAULO).

[...] a maioria tem recaída, e a recaída quando vem, é recuperar o tempo perdido, tipo assim, não recupera só o tempo perdido não, é o tempo perdido e mais alguma coisa que passa [...] (JOSÉ).

[...] Quando tava lá, internado, estava bom, sei lá, foi só sair, que bateu aquela ânsia, aí o cara cai mesmo, não tem jeito não [...] (JOÃO).

A relação com o objeto droga tem relação com as relações parentais, o uso abusivo, excessivo de qualquer droga, mesmo as lícitas, o uso da medicação, vem falar da fragilidade da função paterna, como afirma Melman (1992, p. 105) “[...] se é verdade que em sua constituição seria exatamente esta instância terceira que estaria fazendo-lhe falta”.

Quando ocorre a castração por meio da metáfora paterna, quer dizer, quando “[...] faz a mediação da lei responsável pelo funcionamento da sociedade, permitindo que a criança tenha acesso à ordem simbólica [...]” (OLIVEIRA, 2012, p. 113), o sujeito se separa desse objeto, faz o luto desse objeto, e fazer o luto desse objeto é suportar a falta dele sem precisar colocar um objeto metonímico, por isso o uso da droga é eminentemente, diga-se, um índice da precariedade desse pai.

Falar da fragilidade da função paterna é falar da fragilidade daquilo que a função paterna faz, que é o agente da castração, justamente aquele que permite que ocorra uma separação dessa criança em relação a esse objeto que é para o Outro, e vice-versa, do Outro materno, ao invés de, na impossibilidade de fazer o luto que viria concomitantemente a essa castração, a entrada da castração simbólica impediria que esse objeto viesse como substituto imediato desse objeto que teria que ser, a rigor, renunciado.

Portanto, este é um dos elementos de nosso embaraço em relação ao toxicômano, uma vez que nosso propósito em relação a ele necessariamente vai apoiar-se nesta instância terceira normalizadora, que a chamemos, segundo nossas próprias convicções, Deus, pai, moral ou razão, como preferirmos, e mesmo lei. Isto quer dizer que quaisquer que sejam, por outro lado, nossas próprias convicções, dificilmente podemos evitar, diante do toxicômano, ter um discurso que é fundamental e essencialmente moralizador (MELMAN, 1992, p. 104-105).

#### 4.5 O SUJEITO E O MAL-ESTAR

Freud (1996b) afirma que o sujeito utiliza a droga na tentativa de tamponar a dor de existir, e utiliza o objeto droga como substituto para encarar o mal-estar que o habita. Como é preciso renunciar aos desejos em prol de viver em sociedade, isso causa angústia e, “[...] a fim de nos protegermos contra as ameaças oriundas das fontes de sofrimento [...]” (FREUD, 1996b, p. 48), lançando mão de objetos no campo do real, cuja finalidade é de aliviar o mal-estar como, por exemplo, o objeto droga. Posto isso,

perguntou-se aos participantes, por que a droga na sua vida? Uns não souberam responder, alegando ser difícil explicar, mas para outros o uso da droga era para preencher um vazio, como a fala do Paulo, “*Eu não sei, acho que ela começou a preencher um vazio*” e, como para o José, “*A droga é uma droga...e depois só lembranças ruins*”. Mediante as respostas de alguns, pôde-se perceber o quanto é difícil responder perguntas em que nem mesmo o sujeito se questionou. E quando não existe a possibilidade de que algo o faça se questionar frente a sua intoxicação, o sujeito continua em um processo de entorpecimento e fuga da realidade. Porém, o que se apresentou como latente, por meio do discurso, é o desejo em se separar de maneira imediata das drogas e não a função que a droga representa na sua economia psíquica. As substâncias tóxicas “são responsáveis, em certas circunstâncias, pelo desperdício de uma grande quota de energia que poderia ser empregada para o aperfeiçoamento do destino humano” (FREUD, 1996b, p. 44).

Como Freud (1996b) postula que o relacionamento humano é por excelente a causa de maior sofrimento, os sujeitos admitem que viver em sociedade lhes causam grande decepção, e “[...] contra o sofrimento que pode advir dos relacionamentos humanos, a defesa mais imediata é o isolamento voluntário, o manter-se à distância das outras pessoas” (FREUD, 1996b, p. 43).

[...] Aqui a cada 10 metros que a gente anda, tem uma desavença, uma confusão, quero ir para um mosteiro, viver na espiritualidade, minha mente ficar limpinha. Aqui na cidade é muito difícil de viver, aqui sobrevive, aqui é uma sobrevivência, como o teste de sobrevivência do exército, aqui na cidade é teste de sobrevivência, é muita perturbação [...] (CARLOS).

[...] Eu tenho uma dificuldade muito grande é nessa entrega, aceitação, entrega, é uma dificuldade que eu tenho muito grande. Aceitar as coisas como elas devem ser, como elas são, não querer modificar nada, entendeu? Às vezes, a gente quer modificar o mundo e não tem condição, você tem que modificar você, amar mais você, esquecer do que está em volta, dos problemas alheios, do seu não, me envolvo muito [...] (PAULO).

[...] Por que a vida não tá legal, eu não sou feliz, às vezes a gente vive, mais aí fora tem tanto dessabor [...] (ANA).

Portanto, pôde-se identificar o quanto os sujeitos sentem-se bem vivendo sozinhos, sem nenhuma cobrança, inclusive, por parte dos familiares, talvez seja, exatamente como Freud (1996b) afirma, que a convivência nos causa angústia. Mas, por outro lado, a solidão também é motivo de sofrimento, uma vez que não é possível contar com as pessoas que são referências de amor e afeto.

Não tenho vínculo com ninguém, com mãe, pai, irmãos. Tá tudo vivo, mas eu não tenho contato com ninguém, justamente pelo uso indevido, falo indevido

por uma coisa que não presta e a gente entra nessa aí. É complicado, é muito difícil (JOÃO).

Por isso, “sem a psicanálise não é possível tratar verdadeiramente dessas dificuldades” (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006, p. 09). É importante esclarecer que a Psicanálise não é a panaceia do mundo, porém, a sua interlocução com a Instituição se torna um dispositivo de crença no sujeito, sem enquadrá-lo em uma normativa social e moralista, prezando pela ética do desejo inconsciente, conforme postula Lacan (2008b).

A psicanálise cede lugar ao sujeito, fazendo com que esse sujeito se presentifique por meio da fala inconsciente. “O sujeito é efeito de linguagem e ele está inscrito na cadeia do inconsciente [...] o desejo é efeito de fala enquanto a fala engendra a falta a ser” (SOLLER, 2012, p. 62). A partir do momento em que o sujeito passa a falar, “[...] ele se suprime enquanto sujeito quando o que se põe a falar nele é o Outro verdadeiramente sem freio” (MELMAN, 1992, p. 72), ou seja, o Outro da demanda.

Desse modo, a Psicanálise se coloca como uma possibilidade para o sujeito sair da dependência, pois, por meio de uma escuta psicanalítica, o sujeito poderá se escutar, e começar a deslocar a sua posição na demanda desse Outro, construindo assim, vias mais simbolizadas frente ao mal-estar. Uma escuta psicanalítica consiste em não direcionar a sua atenção de acordo com as expectativas de quem o faz, pelo contrário, deverá escutar sem julgamentos e preconceitos, “não deve esquecer que o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente” (FREUD, 1996c, p. 59).

Entretanto, há muitos obstáculos a serem enfrentados no trabalho com a Psicanálise na contemporaneidade, pois somos atravessados pelo social e as relações sofrem influências dos discursos dominantes como, por exemplo da neurociência, tecnologia, entre outros, que atendem a lógica do Mercado. É importante esclarecer que a intenção não é a recomendar que todos façam da Psicanálise sua abordagem teórica, será preciso estar atravessado pela causa freudiana, já que “[...] o seu exercício em uma instituição de assistência à população exige a presença de uma orientação comprometida com sua teoria, com sua clínica e com sua ética particular” (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006, p. 13-14). Além disso, é imprescindível a sustentação da posição da Psicanálise na clínica álcool e drogas, já que os toxicômanos estão no limiar do laço social, em que o uso do objeto droga tem como finalidade tirá-los do campo da

realidade e, quando o sujeito não consegue mais fazer a articulação entre o real, simbólico e imaginário, ele tende a buscar ajuda ou até mesmo, uma análise.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Têm-se um imaginário que quando se refere à temática das drogas, logo se responsabiliza o sujeito pelo uso abusivo. Não obstante, a presente pesquisa desvela esse imaginário e apresenta que, mesmo que seja por meio de amostra restrita, que o sujeito precisa de ajuda, porém não no sentido material e, sim em nível do inconsciente, ou seja, algo se passa que nem o próprio sujeito percebe. Ele carrega marcas de um complexo familiar e, se não tiver alguém que acredite nele, será um fardo ser carregado por toda a vida. Claro que para cada um isso acontece de uma forma totalmente singular, e não há garantias de que ocorrerão mudanças. Pode-se, contudo, afirmar que, talvez em algum momento o sujeito possa ser tocado de alguma maneira. Assim, essa forma de encarar o objeto droga poderá ser modificada, podendo-se, assim, encontrar outras maneiras de enfrentar esse mal-estar.

Então, o uso da droga é como se constituísse e mantivesse o circuito pulsional, em que se sustenta minimamente o desejo para o sujeito. Longe de ser uma doença, antes de tudo, o olhar psicanalítico vê a toxicomania e o alcoolismo como uma saída para o sujeito, por isso a importância de ser tratado de uma forma muito particular. A questão da droga e da toxicomania na atualidade é um sintoma social (MELMAN, 1992), pois são colocados como saída ao mal-estar contemporâneo. Assim, resultou em questão de saúde pública, pois, embora os serviços precisem de linhas gerais, de diretrizes, é necessário que o Estado se responsabilize, mas sem perder a possibilidade de o sujeito trabalhar isso no um a um, no sentido de o sujeito se responsabilizar a respeito, em relação a que esse objeto é para ele, porque ele precisa dessa saída imaginária, até que possa construir outra possibilidade por uma via mais simbolizada. Por isso, a simples redução de danos, não toca na questão do objeto droga como esse substituto do objeto causa, acaba por ser um substituto do objeto parcial oral, ou que é ingerido, ou injetado, adicionado ao corpo, e que produz minimamente esse circuito para sujeito imaginariamente.

A presente pesquisa evidenciou que os sujeitos entrevistados iniciaram o consumo de SPA na adolescência e, acreditam que o álcool foi a droga precursora para o desenvolvimento da dependência. A partir da bebida, começaram a conhecer as drogas ilícitas, uns até relataram que ao se consumir álcool, conseqüentemente fará uso de outras drogas. Contudo, o mau relacionamento com a família e a morte, perda

de pessoa de referência, são relatados pelos sujeitos como sendo os principais fatores para o desenvolvimento da dependência, além do preenchimento de um vazio existencial. Os sujeitos concebem o CAPS AD como um suporte para auxiliá-los no tratamento da dependência e compreendem a internação em comunidades terapêuticas como a principal saída para superar a toxicomania. Outro ponto crucial foi em relação ao mal-estar, visto que todos os sujeitos relataram a dificuldade de viver em sociedade. Os participantes relataram se sentir sozinhos, sem ninguém com quem contar, principalmente com a família.

Dessa maneira, muitas enunciações ocorreram por meio do discurso, porém o presente estudo limita-se em trabalhar todos os pontos, mas indica algumas implicações para futuras pesquisas, no sentido de colaborar na construção de práxis dos profissionais de saúde, bem como se estender aos demais profissionais envolvidos com a temática em questão. E também no intuito de provocar um debate envolvendo todos que direta e indiretamente trabalham com essa questão além do Estado, comunidades acadêmicas e a sociedade, a fim de promover discussões sobre novas formas de lidar com o consumo abusivo de SPA. Nesse sentido, se faz necessário investigar as intercorrências que o consumo de drogas causa na vida do sujeito. Além dos prejuízos que são muitos, desde aspectos físicos, sociais, familiares, profissionais, entre outros. Outra questão é em relação à dificuldade apresentada pelo toxicômano ao lidar com dinheiro, pois quando está de posse de alguma quantia, imediatamente sente vontade em consumir a droga. O dinheiro passa a ter uma relação direta com o objeto droga.

O presente estudo resultou em grandes experiências para o pesquisador, já que o trabalho de pesquisa tem como objetivo investigar contextos ou fatos que evidenciam a ocorrência dos fenômenos. No entanto, a pesquisa em questão teve como intuito apresentar de forma breve a dimensão subjetiva de cada sujeito participante em relação ao objeto droga, mas, a partir desses dados não se deve generalizar afirmando a ocorrência em todos os sujeitos que passam por essa questão, apenas algumas características ou fatos se passam, já que somos atravessados pelo social. Assim, são de grande relevância as análises realizadas e o que se pôde escutar de cada um, possibilitando um contexto que poderá ser encontrado posteriormente no campo profissional. Além de propiciar uma contribuição para os profissionais que

trabalham com os toxicômanos, por meio da qual possam se colocar em questão e repensar as suas atuações no processo.



## REFERÊNCIAS

ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ALBUQUERQUE, F. **A psicanálise e os semblantes**. Ponto Lacaniano. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<https://pontolacaniano.wordpress.com/2009/09/06/a-psicanalise-e-os-semblantes/>>. Acesso em 30 set. 2015.

ARAÚJO, T. **Almanaque das drogas: um guia informal para o debate irracional**. São Paulo: Leya, 2012.

BLANC, C. **GUIA CONHECER FANTÁSTICO: MACONHA**. 4. Ed. São Paulo: Online, 2013.

BOKANY, V. (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/publicacoesfpa/wp-content/uploads/2015/05/DrogasNoBrasil.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)>. Acesso em: 21 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)>. Acesso em: 03 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002**. Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Dispõe sobre a ampliação e oferta de atendimento a essa clientela na rede do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria\\_0816.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0816.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 13 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 27 mar. 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diários Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF: 2001. Disponível em: <<http://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

BRITES, C. M. Política de Drogas no Brasil: usos e abusos. **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. Vilma Bokany (Org.). – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/publicacoesfpa/wp-content/uploads/2015/05/DrogasNoBrasil.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2015.

BURGIERMAN, D. R. **O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas**. São Paulo: Leya, 2011.

CANDIANI, C.; PEDRA, M; GALLASSI, A. Álcool e Drogas. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARNEIRO, H. S. As drogas e a história da humanidade. In.: Diálogos: Álcool e outras drogas. **Psicologia, Ciência e Profissão**. Ano 6, nº 6, 2009. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/revista\\_dialogos06.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/revista_dialogos06.pdf)>. Acesso em: 01 abr. 2015.

CARVALHO, S. A atual política brasileira de drogas. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. v. 9, nº 34, abr./jun., 2001.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS - CEBRID. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 5ª ed., 1ª reimpressão. Brasília, DF: CEBRID/EPM, 2011. Disponível em: <[http://www.portalvr.com/cmpd/images/artigos\\_pdf/328197.pdf](http://www.portalvr.com/cmpd/images/artigos_pdf/328197.pdf)>. Acesso em: 09 set. 2015.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL – CISA. **Relatório Global sobre álcool e saúde – 2014**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>>. Acesso em: 17 ago. 2015.

CLAVURIER, V. Real, simbólico, imaginário: da referência ao nó. **Estudos de Psicanálise**. n. 39. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.cbp.org.br/n39a15.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional dos Psicólogos**. Brasília, 2005.

COUTINHO JORGE, M. A. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan**. Vol. 1: as bases conceituais. 2 ed. – Rio de Janeiro, Zahar, 2005.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DA SILVEIRA, D. X. Reflexões sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas. In: \_\_\_\_\_. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008.

DE MELO, M. de F. V. Psicanálise e análise de discurso: interlocuções possíveis e necessárias. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology**. p. 61-71, 2005. Disponível em: <[http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin\\_american/v2\\_n2/psicanalise\\_e\\_analise\\_de\\_discurso.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v2_n2/psicanalise_e_analise_de_discurso.pdf)>. Acesso em: 09 out. 2015.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DUARTE, P. do C. A. V.; DALBOSCO, C. A política e a legislação brasileira sobre drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. – 4º ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – SENAD, 2011.

ESCOHOTADO, A. **História Elementar das Drogas**. Tradução José Colaço Barreiro. – 1ª ed. Lisboa: Antígona Editores Refractários, 2004.

FARIA, G. **O fracasso de uma guerra sem sentido**. Fórum outro mundo em debate: Política de drogas. Nº 126, set. São Paulo: PublishBrasil, 2013.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

\_\_\_\_\_. **Doença Mental e Psicologia.** Tradução Hélder Viçoso. Título original: *Maladie mentale et psychologie* (Presses Universitaires de France). Lisboa: Edições Texto & Grafias, 2008.

FRANÇOIA, C. R. **A ciência do sujeito na teoria lacaniana.** Revista Eletrônica Teses e Dissertações, v. 1, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://revista.unibrasil.com.br/index.php/retdu/article/viewFile/73/103>>. Acesso em: 29 mar. 2015.

FREIRE, M. S. **Crack: Adolescência Petrificada.** In: Escola Lacaniana de Psicanálise de Vitória (Org.). **As novas doenças da alma.** Rio de Janeiro: Cia. De Freud; Vitória: ELPV, 2009.

FREIRE, M. S. **INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: Em cena a Rede de Atenção do Município de Serra/ES.** 2013. 105 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013. Disponível em: <[http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_6576\\_Marcela%20Serrat.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_6576_Marcela%20Serrat.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2015.

FREUD, S. **A Interpretação de Sonhos.** Rio de Janeiro: Imago, 2001.

\_\_\_\_\_. **O inconsciente.** In: FREUD, S. *Obras completas*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

\_\_\_\_\_. **O mal-estar na civilização.** Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

\_\_\_\_\_. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise.** In: Freud S. *Obras completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Editora Imago; 1996c.

\_\_\_\_\_. **Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor (Contribuições à psicologia do amor II).** Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1996d.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Orgs). **Métodos de Pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil** – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. – 4. reimp. – São Paulo: Atlas, 2011. 200 p.

GRECO, M. **Os espelhos de Lacan.** Opção Lacaniana online nova série. Ano 2, nº 6, 2011. Disponível em: <[http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero\\_6/Os\\_espelhos\\_de\\_Lacan.pdf](http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_6/Os_espelhos_de_Lacan.pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2015.

GURFINKEL, D. **Adicções: da perversão da pulsão à patologia dos objetos transicionais**. Psyche (Sao Paulo), São Paulo, v. 11, n. 20, jun. 2007. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382007000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 out. 2015.

HART, C. **Guerra às drogas: “por que não tentar o diferente depois de tanto fracasso?”**. Entrevista concedida ao Jornalista Caio Hornstein. São Paulo (SP): Carta Maior; 2014. Disponível em: <<http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Guerra-as-drogas-por-que-nao-tentar-o-diferente-depois-de-tanto-fracasso-/5/30923>>. Acesso em: 14 set. 2015.

IVERSEN, L. L. **Drogas**. Tradução de Flávia Maior – Porto Alegre, RS: L&PM, 2012.

LACAN, J. Nota sobre a criança. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

\_\_\_\_\_. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In.: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998a.

\_\_\_\_\_. O estágio do espelho como formador da função do Eu. In.: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998b.

\_\_\_\_\_. **Os complexos familiares na formação do indivíduo: ensaio de análise de uma função em Psicologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008a.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 5: As formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 7: A ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008b.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 8: a transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008c.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 16: de um Outro a outro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008d.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LIMA, M. N. A lógica Fálica. In.: **Intersecção Psicanalítica do Brasil - As identificações e a identificação sexual**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública**. Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. 2007, vol.14, n.3, pp. 801-821.

ISSN 1678-4758. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>>. Acesso em: 22 set. 2015.

MELMAN, C. **Alcoolismo, Delinquência, Toxicomania: uma outra forma de gozar**. Tradução de Rosane Pereira e revisão técnica Contardo Calligaris. São Paulo: Escuta, 1992.

MENDES, C. R. P.; FILLIPEHARR, J. **Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-ad**. Rev. Psicol. Saúde [online]. 2014, vol.6, n.1 [citado 2015-08-10], pp. 90-97. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2014000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2015.

MENDONÇA, J. R. S. **A droga como um recurso ao mal estar na civilização**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 240-260, ago. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9563.2011v17n2p240>>. Acesso em: 04 mar. 2015.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOREIRA, J. de O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. de O. **O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde**. Psicol. cienc. prof. [online]. 2007, vol.27, n.4, pp. 608-621. ISSN 1414-9893. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v27n4/v27n4a04.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2015.

MULHERES têm mais dificuldade para se tratar contra drogas. **G1 Ribeirão e Franca**. Ribeirão Preto, 18 abr. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2013/04/mulheres-tem-mais-dificuldade-para-se-tratar-contradrogas-diz-pesquisa.html>>. Acesso em: 09 out. 2015.

NERY FILHO, A. **Crack e outras drogas: o sistema de saúde está pronto para lidar com essa epidemia?** Entrevista concedida a Jornalista Maira Baracho. Recife (PE): Portal DSS Nordeste; 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/2013/06/crack-e-outras-drogas-o-sistema-de-saude-esta-pronto-para-lidar-com-essa-epidemia/>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

NEVES, A. V. M. **Políticas públicas de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

NUNES, J. M.; CAMPOLINA, L. R.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P. **Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área da saúde**. Rev. Psiquiatr. clín. 2012; 39(3): 94-99. ISSN 0101-6083. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000300005>>. Acesso em: 15 set. 2015.

OLIVEIRA, J. B. **O Inconsciente Lacaniano**. Psicanálise & Barroco em revista, v. 10, n. 1. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <

[http://www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista/revistas/19/PeBRev19\\_9\\_Oinconscientelacaniano.pdf](http://www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista/revistas/19/PeBRev19_9_Oinconscientelacaniano.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Disponível em: <[http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10\\_f19.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm)>. Acesso em: 23 abr. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Dicionário de termos de álcool e Drogas. Gestão de abuso de substâncias. Terminologia e Classificação..** Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)>. Acesso em: 10 set. 2015.

PEREIRA, R. da C. Família, Direitos Humanos, Psicanálise e Inclusão Social. In.: GROENINGA, G. C.; PEREIRA, R. da C. (Org.). **Direito de Família e Psicanálise: Rumo a uma nova epistemologia**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

PISETTA, M. A. A. M. **A falta da falta e o objeto da angústia**. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 26, n. 1, Mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2009000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mar. 2015.

POLLO-ARAÚJO, M. A.; MOREIRA, F. G. Aspectos Históricos da Redução de Danos. In: \_\_\_\_\_. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008. p. 11-19.

RIBEIRO, C. T. **Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade**. A psychoanalytical view on the phenomenon of drug use nowadays. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Dec. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982009000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982009000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Abr. 2015.

RIBEIRO, C. T. **Usuário ou toxicômano? Um estudo psicanalítico sobre duas formas possíveis de relação com as drogas na contemporaneidade**. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 633-647, 2011. ISSN 1808-4281. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v11n2/artigos/pdf/v11n2a17.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

RIBEIRO, M. de O.; da SILVA, S. S. S. **Serviço Social e Drogadição**. *Revista Conexão Eletrônica – Três Alagoas, MS*, v. 12, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoatual/Sumario/downloads/2015/3.%20Ci%C3%A7%C3%A2ncias%20Sociais%20Aplicadas%20e%20Ci%C3%A7%C3%A2ncias%20Humanas/041%20%28Servi%C3%A7o%20Social%29%20Servi%C3%A7o%20Social%20e%20Drogadi%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2015.

RIBEIRO, M. M. **Drogas e Redução de Danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

RODRIGUES, L. B. F. **Controle Penal sobre Drogas Ilícitas: O impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade.** Tese de Doutorado. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2006. Disponível em: <<https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra417>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise.** Tradução: Vera Ribeiro; Lucy Guimarães; supervisão da edição brasileira Marco Antônio Coutinho Jorge. – Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SARKIS, S. H. **O gozo em sua articulação com o sintoma.** Revista de Psicanálise, v. 5, n. 2. Juiz de Fora, 2007. Disponível em: <<http://www.psicanaliseebarroco.pro.br/dados/obras/O%20gozo%20em%20sua%20articulacao%20com%20o%20sintoma.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Fluxo de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.** Espírito Santo: Vila Velha, 2015.

SIMIL, J. M. Toxicomanias. **As novas doenças da alma.** Rio de Janeiro: Cia. De Freud; Vitória: ELPV, 2009.

SOLER, C. **O inconsciente: o que é isso?** Tradução de Cícero Alberto de Andrade Oliveira e Dominique Fingerhann. São Paulo: Annablume, 2012.

THOMPSON, P.; ZANOTTI, D. Drogas: novos atendimentos quase triplicam em Vitória. **A Gazeta**, Vitória, 20 abr. 2011. Disponível em: <[http://gazetaonline.globo.com/\\_conteudo/2011/04/noticias/a\\_gazeta/dia\\_a\\_dia/831244-drogas-novos-atendimentos-quase-triplicam-em-vitoria.html](http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2011/04/noticias/a_gazeta/dia_a_dia/831244-drogas-novos-atendimentos-quase-triplicam-em-vitoria.html)>. Acesso em: 06 ago. 2015.

VALAS, P. **As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo.** Tradução Lucy Magalhães. – Rio de Janeiro: Jorge Zarhar Ed., 2001.

VAPPEREAU, J. M. **La violencia.** V Conferência Internacional sobre Pesquisas em Psicanálise. Argentina, jul. 2015. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=xL\\_-Mt2KMpk](https://www.youtube.com/watch?v=xL_-Mt2KMpk)>. Acesso em: 17 out. 2015.

## APÊNDICE A



### Roteiro de Entrevista

- 1) Qual a sua idade, estado civil, escolaridade?
- 2) Fale-me um pouco sobre sua vida.
- 3) Por que a droga na sua vida?
- 4) Quais as consequências que a droga trouxe para a sua vida em termos de saúde física, mental e social?
- 5) Quando você percebeu que já não podia mais ficar sem a droga?
- 6) Fale sobre como iniciou o tratamento no CAPS AD.
- 7) Há quanto tempo está em tratamento?
- 8) Mudou algo na sua vida após iniciar o tratamento no CAPS AD? Fale sobre.
- 9) Fale sobre o seu Projeto Terapêutico e sua relação com o Técnico de Referência?
- 10) Você já teve recaídas? Por quê? O que sentiu? Em que situação?
- 11) Já se afastou do tratamento? Fale sobre.
- 12) Atualmente, como está sua relação com a droga?



## APÊNDICE B



FACULDADE CATÓLICA SALESIANA  
DO ESPÍRITO SANTO

**FORMULÁRIO DE DADOS ORÇAMENTÁRIOS**

**Projeto de Pesquisa: “O toxicômano em tratamento na Rede de Atenção de Saúde Mental: Análise sob uma perspectiva psicanalítica”.**

**Professor(a) Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Ms. Darlene Vianna Gaudio Ângelo Tronquoy.**

**Aluno(a) Pesquisador(a): Lourena Manzini Maciel Vila Real**

**Curso: Psicologia - Trabalho de Conclusão de Curso**

<b>Orçamento (elemento de despesa e custo)</b>			
<b>1) Equipamento/Material Permanente</b>			
<b>Discriminação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
Não há necessidade			
<b>TOTAL</b>	<b>R\$</b>		
<b>2) Material de consumo</b>			
<b>Discriminação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
Não há necessidade			
<b>TOTAL</b>	<b>R\$</b>		
<b>3) Serviço de Terceiro</b>			
<b>Discriminação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
Não há necessidade			
<b>TOTAL</b>	<b>R\$</b>		
<b>4) Material Bibliográfico</b>			
<b>Discriminação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
Não há necessidade			
<b>TOTAL</b>	<b>R\$</b>		
<b>TOTAL GERAL (1+2+3+4)</b>	<b>R\$</b>		

**PREVISÃO DE USO DA ESTRUTURA FÍSICA DA FCSES**

<b>Laboratórios</b>	<b>Previsão de uso (ch/semana)</b>	<b>Justificativa</b>
<b>Equipamentos</b>	<b>Previsão de uso (uso contínuo/ esporádico)</b>	<b>Justificativa</b>

**OBS: Não há necessidade de recursos para o desenvolvimento deste trabalho.**

**Vitória (ES), 15 de Agosto de 2015.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Professor(a) Orientador(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno(a) Pesquisador(a)



## APÊNDICE C



FACULDADE CATÓLICA SALESIANA  
DO ESPÍRITO SANTO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**TÍTULO DA PESQUISA:** O TOXICÔMANO EM TRATAMENTO NA REDE DE ATENÇÃO DE SAÚDE MENTAL: ANÁLISE SOB UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** DARLENE VIANNA GAUDIO ÂNGELO TRONQUOY

**PESQUISADOR ASSISTENTE:** LOURENA MANZINI MACIEL VILA REAL

**JUSTIFICATIVA:** Com o presente estudo pretendemos discutir sobre os moldes da Política, sua práxis no contexto da Saúde Mental, e a forma como tem contribuído para o fortalecimento do sujeito no processo de tratamento frente às angústias existenciais e na construção de uma nova vida sem ou com as drogas, porém sem prejuízos.

**OBJETIVO DA PESQUISA:** Analisar a partir do discurso do sujeito toxicômano o que mudou na sua vida a partir do início do seu tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) na Região Metropolitana da Grande Vitória.

**PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:** Cada participante responderá a entrevista semiestruturada para coleta dos dados que irão corroborar na busca por respostas ao tema proposto, após a assinatura do TCLE.

**DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:** Todo o procedimento de pesquisa descrito obedecerá rigorosamente aos critérios éticos estabelecidos pela legislação que regulamenta pesquisa com seres humanos, a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde não oferecendo qualquer tipo de riscos aos participantes.

**BENEFÍCIOS DA PESQUISA:** A pesquisa visa investigar os fenômenos presentes na atuação da Política de Redução de Danos que possa contribuir para o tratamento de um sujeito dependente em substância psicoativa.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência médica e/ou social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa. Basta procurar o (a) pesquisador (a) Darlene Vianna Gaudio Ângelo Tronquoy, pelo telefone da Faculdade 33318500, e também no endereço Av. Vitória, nº 950 – Forte São João, Vitória-ES. CEP: 29017-950, na Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

**ESCLARECIMENTOS E DIREITOS:** Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

**CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS:** As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizado e pelo patrocinador. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

**RESSARCIMENTO DE DESPESAS E INDENIZAÇÕES:** Essa pesquisa é estritamente de cunho voluntário, ou seja, não há ressarcimento de despesas e indenizações para essa pesquisa.

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pelo Órgão \_\_\_\_\_, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é \_\_\_\_\_ e recebi cópia desse documento por mim assinado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante Voluntário

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Impressão Dactiloscópica (p/ analfabeto)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pelo Estudo

\_\_\_\_\_  
Data