

PSICANÁLISE E REDUÇÃO DE DANOS: UMA INTERLOCUÇÃO POTENCIALIZADORA NO TRATAMENTO DE SUJEITOS QUE FAZEM USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Maria Julia Teixeira¹

Tassiana Gonçalves dos Santos²

RESUMO

O presente artigo é fruto da pesquisa como Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia para obtenção do título de Bacharel em Psicologia que apresentamos ao Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPITAN. O objetivo foi refletir sobre como a interlocução entre os campos do saber da Psicanálise e da Redução de Danos podem ser profícuos à prática de analistas e redutores de danos nos serviços de saúde. Para tanto, fizemos uma pesquisa bibliográfica com revisão de literatura narrativa buscando investigar a relação histórica das práticas de redução de danos e a construção psicanalítica acerca da estruturação psíquica dos sujeitos.

Palavras-chave: psicanálise; redução de danos; saúde pública

ABSTRACT

This article is the result of research as the Final Project of the Psychology course to obtain the bachelor's degree in psychology that we presented to the President Tancredo de Almeida Neves University Center - UNIPITAN. The objective was to reflect on how the interplay between the fields of Psychoanalysis and Harm Reduction can benefit the practice of analysts and harm reducers in healthcare services. To do so, we conducted a literature review with a narrative approach, aiming to investigate the historical relationship between harm reduction practices and the psychoanalytic construction of individuals' psychic.

Keywords: psychoanalysis; harm reduction; public healthcare

APRESENTAÇÃO

A partir das questões discutidas em sala de aula e de leituras sobre o tema, vislumbramos a possibilidade de tentar refletir sobre como a interlocução entre a Psicanálise e as práticas de Redução de Danos podem ser potencializadoras no entendimento e tratamento de pessoas que fazem uso problemático de drogas. Diante disso, despontou o problema de pesquisa que apresentamos como Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia

¹ Graduanda do curso de Psicologia do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPITAN). E-mail: andradetmaju@gmail.com

² Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPITAN). E-mail: tassiana.santos@yahoo.com.br

do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN) como requisito para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Segundo Conte (2003, p. 16), uma crítica ao modelo embasador de serviços religiosos e psiquiátricos deve ser feita, uma vez que a ideologia regente desse modelo é a do controle e da contenção, não objetivando “uma modificação da relação do sujeito com a droga e sua significação na vida psíquica”. O que questionamos e buscamos refletir é como a Psicanálise, enquanto teoria e práxis, tem a contribuir para o entendimento e o tratamento de quem faz uso problemático de drogas alinhada à Redução de Danos.

Desse modo, a nossa pesquisa propõe uma revisão de literatura narrativa com intuito de compreender as aproximações entre a Psicanálise e a Redução de danos e como elas podem se potencializar como um meio de tratamento possível para sujeitos que fazem uso problemático de drogas. Buscamos compreender a questão do uso problemático de droga a partir de uma lógica invertida, isto é, não tomando-o como causa e, sim, como consequência possível de um processo anterior, tendo como pano de fundo um possível diálogo entre o campo da Psicanálise e a Redução de Danos.

A pesquisa justifica-se e torna-se necessária pelo fato de que, na literatura existente no campo da psicanálise, o tema encontra-se ainda disperso. Acreditamos que fomentar os estudos na área pode ser de grande contribuição para a prática clínica dos profissionais e na produção de conhecimento dentro da psicanálise.

METODOLOGIA

Procuramos desenvolver a nossa pesquisa a partir de uma revisão da literatura narrativa. A nossa pesquisa se sustenta na teoria de Freud e no ensino de Lacan, bem como nos autores que, ancorados na teoria freudiana e lacaniana, contribuem com as questões atuais da drogadição e da redução de danos, a saber, Lancetti (2006), Laia (2008), Conte (2004), Gomide (2011), Santiago (2011), Cavalleri (2020) e Miller (2001).

A fim de pinçar as questões atuais da drogadição buscamos, em revistas *online* de psicanálise, publicações referentes ao tema. Para isso, intentamos fazer um recorte de tais publicações considerando os últimos vinte anos.

Recorreremos às bases de pesquisa *Google Acadêmico* e *SciELO*, bem como às revistas psicanalíticas *Almanaque Online* e *Opção Lacaniana*, utilizando as palavras-chave: psicanálise, drogas, redução de danos pois nelas encontraremos o enlace entre teoria e prática.

Primeiramente, selecionamos textos que abrangem o diálogo entre a psicanálise e a redução de danos, primordial para dar início à nossa pesquisa, sendo eles: “Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis” (Conte, M. 2004), “Psicanálise e redução de danos: autonomia e mútua potencialização” (Cavallari et al, 2020) juntamente do livro “Contrafissura e plasticidade psíquica” (Lancetti, 2015) onde pudemos encontrar as possíveis aproximações entre esses dois campos. Após as leituras foram feitos fichamentos como forma de sintetizar as principais ideias e questionamentos e delimitarmos o cronograma de nossa pesquisa.

No primeiro trimestre recorreremos às obras de Freud “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/1996), “O problema econômico do masoquismo” (1930/1996) e o ensino de Lacan “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” e textos de autores contemporâneos como “A toxicomania e o sujeito da psicanálise (Gianesi, 2004); “A toxicomania e o sujeito silenciado pelo gozo (Gomide, 2011) pois dessa forma conseguimos trabalhar as formas de estruturação psíquica dos sujeitos e elaborar de que forma o laço totalizante com a droga pode ocorrer.

No segundo trimestre trabalhamos a questão das drogas enquanto uma questão de saúde pública e recorreremos a autores como Lancetti (2015), “A droga do toxicômano: uma parceria clínica na era da ciência.” Santiago (2011), “Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura” (GOMES, T.B.; DALLA VECCHIA, M. (2018) e “As três ondas da redução de danos no Brasil” (Petuco, 2020) a fim de compreender como as práticas chegam ao país e se consolidam como referência do ministério da saúde no tratamento a usuários de álcool e outras drogas.

No terceiro trimestre, após as leituras e relatórios feitos no caminho percorrido, recorreremos aos textos “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” (Ribeiro, 2010), Psicanálise e Redução de Danos: autonomia e mútua potencialização (CAVALLARI, C.; REALE, D. 2020) na tentativa de elaborarmos como a aproximação entre os dois campos pode ser uma via expansiva e agregadora no tratamento de sujeitos que fazem uso problemático de drogas e elaboração final do presente texto.

Contextualização histórica

O consumo de substâncias psicoativas acompanha a humanidade em todo seu percurso ao longo da história e se modifica junto a ela (McRae, 2001). Se anterior à era quinhentista

temos registros de um uso de caráter predominantemente ritualístico e medicinal, após a expansão das fronteiras do mundo com as navegações exploratórias e o posterior surgimento do comércio e colonização dos povos, seu uso também se expande para além de suas regionalidades, bem como os motivos pelos quais esse uso acontece. Para Velho (1997), a relação das sociedades com essas substâncias expressa tanto um processo particular de construção social da realidade quanto uma relação com a natureza. Aponta ainda que o significado do uso de drogas é diferente em cada tempo da história, portanto, torna-se indispensável fazer uma contextualização (1999, p. 27).

Em consonância, Toscano Jr (2001) entende que se trata de uma presença constante no tempo, associada não apenas à medicina e à ciência, mas também à magia, religião, cultura, festa e deleite. Podemos localizar junto à segunda revolução industrial a consolidação da organização social que nos rege. A formação do Estado, o modo de produção capitalista e da existência individual e coletiva voltadas para o trabalho dão novos contornos ao uso de substâncias (Carneiro, 2002).

Temos o surgimento de leis proibicionistas no início do século XX, com a chamada Lei Seca nos Estados Unidos (1920-1934), que faz surgir além do aparato policial repressivo em larga escala, o comércio ilegal, gerador de lucros astronômicos e inclusive criador das maiores fortunas de famílias americanas, além de conterem fortes contornos racistas. Em 1933, no entanto, temos o o fracasso de tal empreitada. Ainda assim é possível localizar nesse mesmo período o surgimento das primeiras tentativas de uma prática de intervenção nos contornos do que mais a frente entenderia-se como estratégias de redução de danos.

Como exemplo disso pode-se citar a publicação, em 1926 na Inglaterra, do relatório Rolleston, que recomendava aos médicos a prescrição de morfina e heroína a pacientes que não apresentavam condições de cessar o uso completamente, sendo esse o primeiro registro de uma prática oficial de uma técnica de redução de danos. Essa mesma lógica proibicionista retorna com força no final dos anos 70, dessa vez voltada para substâncias como a maconha, a cocaína, a heroína e o LSD cujo uso vinha ganhando contornos recreativos, e novamente fracassa, podendo esse fracasso ser atestado pelo aumento dos índices de consumo e de tráfico internacional de substâncias.

Já nos anos 80, com a epidemia de HIV que assolava os usuários de drogas injetáveis, as estratégias de redução de danos voltam aos programas de saúde pública, de países da Europa como a Holanda e a Inglaterra com orientações educativas aliadas a ofertas de materiais

descartáveis que visavam a diminuição dos índices de contaminação pelo vírus do HIV, uma vez que uma prática comum entre os usuários era o compartilhamento de seringas para o uso das substâncias. Aliado a isso, houve também a criação de salas especializadas para administração e supervisão médica, em usuários que não apresentavam condições de cessar o uso completamente. Tais medidas talvez representem o início da mudança de paradigma pelo qual se enxergava a questão do uso de drogas, e marcam a inserção de tal problemática no campo da saúde pública.

No cenário brasileiro, a primeira experiência de Redução de Danos ocorre em 1989, na cidade de Santos – SP, que vivia também um aumento expressivo dos índices de contágio de HIV em usuários de drogas injetáveis, tendo ficado conhecida como “capital da AIDS”. Dados do ministério da Saúde de 1994, indicam que 51% dos casos de contaminação de HIV/AIDS, se relacionavam com o compartilhamento de seringas e materiais para o uso de drogas injetáveis.

No Brasil, a Lei nº 11.343/2006 reuniu o que ficou estabelecido de consenso no entendimento da questão das drogas. Por um lado prevê a repressão estatal ao comércio de substâncias ilegais e por outro a prevenção contra o uso indevido, a reinserção social e a atenção a usuários e dependentes de drogas.

As políticas de redução de danos ganham força em contraponto à lógica manicomial de internação em instituições de longa permanência e tratamentos pautados na abstinência total do sujeito, o que vem se mostrando insuficiente e ineficaz ao longo dos anos. De acordo com Conte (2003, p. 16) uma crítica deve ser feita a serviços que se prestem a tratar a questão do uso de drogas pela via da abstinência, uma vez que ela opera pela lógica do controle e da contenção, não objetivando “uma modificação da relação do sujeito com a droga e sua significação na vida psíquica”.

Lancetti (2020), em seu livro “Contrafissura e plasticidade psíquica” reflete sobre outras formas de responder à questão de sujeitos que fazem uso problemáticos de drogas que não seja a partir da lógica proibicionista e criminalizante que vigora no entendimento das forças de repressão, da mídia e da sociedade conservadora, uma vez que tal lógica dirige toda sua atenção à droga em si e não aos sujeitos que a usam.

A partir das experiências possibilitadas com a criação dos CAPS AD e dos consultórios de rua, o autor propõe essa mudança de paradigma, alçando o sujeito ao centro da questão e sendo focado nele todo e qualquer método de tratamento. Tal assunto será abordado com maior

profundidade no discorrer do presente trabalho.

Pensando nas terminologias utilizadas para descrever o fenômeno do uso problemático de drogas pontuamos que a toxicomania vem para o campo psicanalítico emprestada da psiquiatria do século XIX (Santiago, 2001), fazendo-se assim necessário uma delimitação em seu emprego, uma vez que para a Psicanálise não existe O toxicômano. Sobre a terminologia posta em discurso, Miller escreve:

Em todos os casos, a possibilidade de análise passa pelo esforço de desfazer a identificação bruta “eu sou toxicômano”. Em consequência, desde o ponto de vista da experiência analítica, tudo que reforce essa identificação está contraindicado (1992, p. 20).

O que existe é a relação única e singular do sujeito com o objeto droga, que somente será compreendida a partir do ordenamento do seu discurso. Isto posto, pontuamos que devido à proposta metodológica do tema, faremos o uso da expressão “sujeitos que fazem uso problemático de drogas” por entendermos ser o termo mais adequado na delimitação de nossa questão.

A estruturação psíquica

Quando procuramos localizar as possíveis motivações para o uso problemático de drogas, encontramos postulações e entendimentos da comunidade científica como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) dão conta de um cenário multifatorial, apontando que predisposições genéticas, identificação com os pares, curiosidade, falta de acesso a lazer e a cultura, contexto familiar, incidência de transtornos mentais estão entre os principais fatores. No entanto, consideramos que os fatores citados acima estão condicionados a um processo anterior, qual seja, o modo de estruturação psíquica do sujeito, ou seja, o modo como ele se organiza psiquicamente para dar conta de sua falta, partindo dos pressupostos psicanalíticos.

No século XX, Freud escreve “O mal-estar na civilização” (1930/1996), obra em que postula a ideia de que para o desenvolvimento da sociedade e do nosso próprio psiquismo, devemos renunciar a uma parcela de nossa agressividade e sexualidade constituintes. No entanto, como já vinha sustentando em suas outras produções, aquilo que renunciamos, sendo essas manifestações de pulsões inconscientes, ao fazê-lo, instaura-se um sofrimento inerente e

a vida se torna “ádua demais” e a fim de suportar tais sacrifícios, recorremos a “medidas paliativas”.

Contudo, o autor afirma que “os métodos mais interessantes de evitar o sofrimento são os que procuram influenciar o nosso próprio organismo. O mais grosseiro embora também o mais eficaz desses métodos de influência é o químico: a intoxicação”. (FREUD, 1974, p. 115). De acordo com Freud, o uso de substâncias é capaz de alterar a química de nossos corpos e sendo assim, uma vez que também parte da premissa de que sofrimento nada mais é do que sensação, a partir do momento em que o que sentimos pode ser alterado, buscar-se-ia um estado de obtenção de prazer e evitação de sensações desprazerosas.

Sobre esse mal estar inerente à condição humana, buscamos em Lacan a definição de angústia. Para o autor, a angústia é o afeto que não engana e que sinaliza ao sujeito sua condição de desamparo fundamental (Lacan ([1962/1963] 2005). Desta forma, propomos que esta seja a lente principal na tentativa de compreender e ouvir sujeitos que fazem uso problemático de drogas, guardando como plano de fundo maneiras de categorizações desse sujeito.

Para explicar como ocorre o processo de estruturação psíquica faz-se necessário discorrer brevemente sobre as postulações de Lacan.

No seminário Livro 11, “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” Lacan (1964/1973) faz uma releitura dos conceitos fundamentais da psicanálise, encontrados no decorrer da obra freudiana, dando ênfase à linguagem como elemento chave para a constituição do sujeito. Lacan postula que a aquisição da linguagem se dá por dois processos fundamentais: a alienação e a separação. A alienação significa a operação pela qual a criança está sujeitada ao Outro; a princípio, à mãe. Ao ser nomeada pela mãe, a criança começa a se organizar simbolicamente, ocupando um lugar na cadeia de significantes do desejo da mãe. Para Lacan o processo de significação do sujeito é ao mesmo tempo aquilo que o petrifica, ao passo que não o permite ser mais que um significante e aquilo que o impulsiona a movimentar-se e falar como sujeito. Para isso, o sujeito deve abdicar da ilusão da completude, ou seja, deixar o lugar de objeto de desejo do Outro para ascender como sujeito desejante, processo denominado por Lacan de separação, que quer dizer, o sujeito se deparar com o Outro faltoso, assim como ele próprio é. Nesse momento, o sujeito indaga: “o que é que ele quer? (Lacan, 1964/1973, p. 203). A partir daí, ao duvidar da completude de si próprio e do Outro, surge o sujeito desejante, separado do Outro.

No seminário livro 5, “As formações do inconsciente”, Lacan (1998b/1973) denomina

Nome do Pai a inscrição da lei do pai que delimita e possibilita o sujeito vir a desejar. Neste contexto, o pai é simbólico, uma metáfora. Para o autor, é justamente a metáfora paterna que vai possibilitar o sujeito se posicionar frente à sociedade. Num primeiro momento, o pai aparece como aquele que barra o gozo desmedido entre mãe-criança, o que coloca em evidência que a ilusão da criança de que ela completa a mãe é irreal. A falta, de fato, existe. Nas palavras de Lacan “o pai intervém em diversos planos. Antes de mais nada, interdita a mãe. [...] é aí que o pai se liga à lei primordial da proibição do incesto” (Lacan, 1957-1958/1999, p. 174). Assim como no complexo de castração, em que a criança se depara com a impossibilidade de ser o falo da mãe, na metáfora paterna, o significante Nome do pai, atua como barreira do gozo desmedido entre mãe- criança, por meio da separação.

A partir das postulações de Lacan, pode-se observar que a via de saída neurótica dos processos fundamentais de estruturação psíquica é a falta, e coloca-se em relevo que o uso problemático de drogas pode ser entendido como uma maneira do sujeito lidar com a sua falta primordial.

Desde Freud, Jacques Lacan e seus respectivos seguidores, a psicanálise vem sustentando e construindo conceitos para escutar e tratar o sujeito do inconsciente, ou seja, dotado de desejo e portanto, faltoso. Freud, na escuta das históricas, começa a perceber que aquelas mulheres se utilizavam do corpo para sustentar seus sintomas, tinham seus processos reelaborados à medida em que se dispunham a falar. Entretanto, não trata-se de uma fala qualquer, mas, sim, de uma fala a partir do inconsciente, recorrendo-se a associação livre de ideias aparentemente desconexas entre si, mas que nas entrelinhas marcavam um conflito entre as satisfações pulsionais e o recalque de ideias consideradas “erradas” (Freud, [1893/1895]1996).

É precisamente nesse ponto que vislumbramos a possibilidade da Psicanálise convergir com a Redução de Danos: ao tomar o sujeito como centro e reafirmando a sua autonomia e capacidade para decidir e se responsabilizar por si, sem, no entanto, deixar de compreender os fatores sociais em que está inserido e não dando menos importância à isso.

Quando falamos em uso problemático de drogas, miramos no sujeito que tem as demais áreas de sua vida interferidas e prejudicadas pelo uso. A deterioração dos laços sociais e das condições de trabalho e bem-estar. Sobre o uso, recorreremos às postulações de Freud na tentativa de compreendermos os processos envolvidos.

Em seu texto “Repetir, recordar e perlaborar” (1914/1996), Freud esclarece a repetição

como a expressão da resistência que impede a recordação. Para o autor, haveria uma força no aparelho psíquico que teria como objetivo impedir que o sujeito se recorde do conteúdo recalçado; a resistência³. Ao mesmo tempo, o conteúdo recalçado seguiria agindo do inconsciente, impelindo o sujeito a repetir, em forma de atuação. Nas palavras de Freud: “(...) o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber o que está repetindo” (Freud, 1914/1996, p. 196). Deste modo, podemos destacar a repetição como a insistência daquilo que a resistência insiste em manter recalçado, ou seja, fora da consciência.

A compulsão à repetição, isto é, a forma repetida e incessante que o uso pode adquirir para o sujeito, além de induzir o sujeito a repetir aquilo que causa desprazer ao Eu, uma vez que traz luz a impulsos que foram recalçados, se incube também de trazer de “(...) volta aquelas vivências do passado que não tem qualquer possibilidade de prazer, que também naquela época não podem ter sido satisfações, nem mesmo de moções de impulso recalçadas desde então.” (p, 60). Para o autor, o destino de toda pulsão é retornar ao estado inorgânico; em que não há tensão. A compulsão à repetição seria a sobreposição da pulsão de morte à pulsão de vida (Freud, 1915).

Deste modo, destacamos o caráter repetitivo do uso problemático de drogas como tentativas de elaboração de algo que ainda não encontrou uma maneira de ser simbolizado pela via da linguagem, ancorados no entendimento de que os atos incidem aonde a palavra claudica para o sujeito. O caráter atemporal da compulsão nos parece bem demonstrado: quando se materializa no real do corpo, aquilo que não cessa de não se atualizar no inconsciente. Não existe temporalidade no inconsciente, aquilo que uma vez foi recalçado, segue agindo na intenção de chegar à consciência, portanto se repete.

É também nesse texto que o autor nos aponta para a forma como conduzir uma análise e de como trabalhar o sintoma que se apresenta. Sob o laço transferencial, isto é, a relação de afetos atuada pelo sujeito para com o analista, torna-se possível – ou é desejado que se torne – que o analista possa identificar e trabalhar as resistências do sujeito visando atravessar seu sintoma. Nas palavras do autor:

“O paciente tem de criar coragem para dirigir a atenção para os fenômenos de sua moléstia. Sua enfermidade em si não mais deve parecer-lhe desprezível, mas sim

tornar-se um inimigo digno de sua têmpera, um fragmento de sua personalidade, que possui sólido fundamento para existir e da qual coisas de valor para sua vida futura têm de ser inferidas.” (Freud, 1914/1996, p. 6)

Precisamente nesse trecho que sustentamos a hipótese de que um processo de análise pode ser uma forma de tratamento viável para o uso problemático de drogas. Encarando o objeto droga não como a causa de problemas, mas como resultado de um processo anterior, que sustenta o sujeito frente a sua falta.

O sintoma é discutido em toda a obra psicanalítica por ser um conceito fundamental que orienta e demarca os limites da prática analítica. Sendo assim, fizemos um recorte das conceituações na obra de Freud e no ensino de Lacan.

Na escrita de “Inibições, sintomas e angústia” Freud (1926[1925]/1996) descreve o sintoma como sendo: “o verdadeiro substituto e derivado do impulso reprimido (...) continuamente renova suas exigências de satisfação e assim, obriga o ego, por sua vez a dar o sinal de desprazer e a colocar-se em uma posição de defesa” (p.103). Sendo assim, o surgimento do sintoma visa restabelecer um suposto desequilíbrio provocado pelo conflito psíquico e, cumprindo sua função, deixa como resultado uma satisfação que perturba.

Lacan, ao longo de seu ensino, sustenta o conceito de sintoma como a reelaboração de sua falta, aquilo que o sujeito constrói para lidar com sua angústia primordial. Isto posto, destacamos o sintoma como uma metáfora, quer dizer, como uma referência àquilo que o sujeito se recusa a saber sobre si mesmo, mas que insiste em aparecer e em pulsar.

Colocando o uso problemático de drogas como forma de atuação, abre-se a possibilidade para que o sujeito possa falar e se escutar sobre, e no laço transferencial, operar uma mudança de posição subjetiva frente ao conflito que se apresenta, saindo do polo passivo para o polo ativo, ou seja, possibilitando a passagem de uma posição de escravo de seu objeto para mestre dele, capaz de decidir os desdobramentos e formas que esse laço sustenta.

Tal travessia não   pouca coisa e não cabe à análise garantir que isso ocorrerá e nem quando. No entanto, sustentamos essa possibilidade a partir da  tica da Psicanálise, que aponta para a sustentação e responsabilização pelo próprio desejo. Alguém que faz um laço totalizante com um objeto-droga, antes, nos comunica de que a sustentação da própria castração não está sendo possível suportar.

As práticas de redução de danos no cenário brasileiro

Como segunda parte do presente trabalho, discorreremos sobre o caminho das práticas de redução de danos no cenário brasileiro, passando pelas conceituações do que são os dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) como CAPS AD e as modalidades de trabalho visando uma melhor compreensão por parte do leitor.

De maneira sintética, a lógica predominante no cenário brasileiro de atenção à saúde mental até o pós-guerra era de base higienista. Lógica essa dominada pela medicina que segundo Machado et al. (1987) “suruiu como um projeto de medicalização do social, no qual a psiquiatria aparece como instrumento tecnológico de poder, em uma medicina que se denomina social”. A prática nessa atenção constitui-se num auxiliar da organização social e das cidades que surgiam, de controle político e social.

É no pós segunda guerra que começam a surgir em países como Estados Unidos, Inglaterra e França, experiências diversas dos modelos de internação que vigoravam até então, e que começaram a se mostrar insuficientes na recuperação daqueles que voltavam da guerra em intenso sofrimento psíquico. E não davam conta por razões como a superlotação, a pequena quantidade de funcionários e a inexistência de propostas terapêuticas para tratar os jovens que retornavam. Impulsionando assim a psiquiatria a um novo objeto – a saúde mental e não a doença.

Segundo Amarante (1998), um primeiro momento pode ser localizado no cenário brasileiro no pós ditadura, marcado pela reabertura política e de maior expressão da população e sua participação popular fazendo assim com que os ideais higienistas comessem a serem abandonados, em detrimento de uma lógica inspirada nas experiências comunitárias que vinham acontecendo em outros países. A partir de 1976, são criados o Movimento de Renovação Médica (REME), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Estes tinham como objetivo discutir e organizar a política no setor da saúde, e discutir as práticas das categorias profissionais que acabam por criar as bases para a reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil.

Um outro momento que vale ressaltar acontece na segunda metade dos anos 80, marcada por eventos importantes como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde

Mental (1987) que representa “o fim da trajetória sanitaria de transformar apenas o sistema de saúde e o início de uma trajetória de desconstruir, no cotidiano das instituições e da sociedade, as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização” (Tenório, 2002).

O objetivo da desinstitucionalização passa a ser substituir uma saúde mental centrada no hospital por outra, sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária e territorial, rompendo-se definitivamente com o modelo sanitaria. É nesse momento de intensos debates que começam a se criar serviços de saúde mental que tenham a capacidade de serem substitutivos à internação psiquiátrica, entre eles os CAPS.

As inspirações para os CAPS vieram em grande parte de acordo com Pitta (1994) dos centros de atenção psicossocial de Manágua (Nicarágua), que surgiram em 1986 em um momento de plena revolução no país e se tornaram centros de maneiras criativas de cuidar, com responsabilidade, de pessoas com problemas psiquiátricos. As equipes eram interdisciplinares e tinham a proposta de uma ação ligada, ao mesmo tempo, à prevenção, tratamento e reabilitação. Nesse contexto, também chegavam ao país ideias de autores como Foucault, Goffman, Bastide, Castel, Basaglia e as experiências da Psiquiatria democrática italiana. Além disso, experiências regionais já ocorriam, como a criação do núcleo de assistência psicossocial (NAPS) na cidade de Santos, SP e em cidades como Rio de Janeiro.

Sendo assim, os CAPS se estruturam como serviços de atendimento diários, de portas abertas, partindo do entendimento de que a particularidade clínica dos sujeitos que necessitem, pela sua doença e seu modo de vida, precisa mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou semanal. Organizam-se de modo que o usuário possa frequentar o serviço diariamente, oferecendo uma gama de atividades terapêuticas diversificadas e uma equipe interdisciplinar para acolhimento e acompanhamento.

Na esteira das microrrevoluções que propiciaram o surgimento dos CAPS, as práticas de Redução de Danos chegam ao país no contexto da epidemia de HIV/AIDS que assolavam a população, em especial na cidade de Santos, que ficaria conhecida como a capital da AIDS na América Latina. As primeiras ações envolviam disponibilizar seringas novas, a fim de evitar o compartilhamento entre os usuários de drogas injetáveis, e tais ações já suscitavam

questionamentos e embates com as esferas legais e posteriormente médicas.

Mesmo com a exitosa experiência com práticas de RD na cidade de Santos, SP, vale salientar que, ainda que órgãos internacionais já demonstrassem que a troca de materiais de compartilhamento tinha efeito nas curvas de contágio por HIV, o ministério público da época entendeu que a prática incentivaria o uso de drogas, e com isso essas primeiras experiências vão se construindo e operando na clandestinidade.

É somente em 1995, em Salvador, que tal entendimento muda e as práticas de redução de danos começam a se estender, trazendo em sua esteira um debate ético e político sobre temas tabus como sexualidade e uso de drogas, inclusive com o convite para que esses grupos marginalizados compusessem as organizações e debates.

No entanto, o encontro “efetivo” da Redução de Danos com a Saúde Mental no país se dá somente nos anos 2000, após a disseminação do “crack” pela população brasileira e a intensificação dos ataques por parte da comunidade Psiquiátrica. Vale ressaltar que tal comunidade teve a dominância do assunto por todo o século XX, com as lógicas de tratamento pautadas no controle e na contenção. A mudança nesse cenário começa a ocorrer a partir do florescimento da Reforma Psiquiátrica, movimento que denunciava as inúmeras violências e violações aos direitos humanos que a lógica manicomial impunha.

É com o lançamento da Política de Atenção Integral para Pessoas que usam Álcool e Outras Drogas, na lei 10.216/2001 documento que compunha as diretrizes do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) que a Redução de Danos encontra oficialmente o campo da saúde mental. Nas palavras de Dênis Petuco (2020):

“Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de coresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser coresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam” (p. 10)

A política do Ministério da Saúde se torna assim a maior referência no SUS no que diz

respeito à atenção e cuidado da pessoa que faz uso de álcool e outras drogas, e a inserção da RD acontece de forma diferente daquela das primeiras experiências voltadas para a prevenção do contágio de HIV.

Nesse encontro, ela não vem com diretrizes específicas, e por esse motivo, segundo Dênis Petuco (2020), vem interrogando todo o sistema.

Ao afirmar que as pessoas sob efeito de drogas têm o direito de ser atendidas, impunha a reflexão sobre como fazer isto; ao dizer que os serviços devem acolher àqueles que não querem ou não conseguem abandonar o uso, interrogava as ofertas a estes sujeitos; ao recomendar a integralidade no cuidado, questionava a medicalização e a psicologização. (p.99)

Sendo assim, os questionamentos impulsionados pela inserção da RD nas diretrizes do Ministério da Saúde, mais do que oferecerem respostas, abrem caminho para que as respostas sejam construídas coletivamente por todos os atores envolvidos. De profissionais à usuários dos serviços, abre-se espaço para a invenção de um saber-fazer, e é nesse cenário que surgem as experiências calcadas no conceito de clínica peripatética.

Lancetti, psicanalista e psicólogo argentino radicado no Brasil, em seu livro “Clínica Peripatética” (2008) apresenta uma série de ensaios que dizem de sua prática enquanto analista e redutor de danos, e também sobre as possibilidades de atuação a partir da psicanálise. O autor traz o conceito de clínica peripatética, no sentido etimológico da palavra: “ir e vir conversando”. É válido também ressaltar que em biografias de Freud, encontra-se o termo *terapia peripatética* para designar as sessões que aconteciam caminhando. Lancetti adota a concepção clássica de peripatético fazendo referência às percepções e afetos que se produzem caminhando, buscando desenvolver outras formas de cuidado e assistência voltadas para sujeitos os quais os métodos tradicionais não funcionam.

Ao observar as experiências do autor na cidade de Santos e ao longo de sua trajetória por todo o país, é notória a inovação no modo de oferta do cuidado e da atenção aos sujeitos. As práticas de Lancetti vêm na contramão da lógica de abstinência no tratamento dos sujeitos que fazem uso problemático de drogas, propondo uma atuação não somente no campo, mas corporificada. A partir desse entendimento, o encontro afetivo entre sujeitos que se experimentam aparece como potência criadora de novas subjetividades.

Considerações finais

Desde as primeiras experiências em Santos (SP) até os dias atuais, encontramos a interlocução entre a psicanálise e a redução de danos servindo como ferramenta teórica e metodológica na atuação de profissionais que lidam com sujeitos em uso problemático de drogas. Ao conservarem suas respectivas gêneses inventivas e desburocratizadas, tanto a redução de danos e a psicanálise propiciam novos contornos à questões historicamente tendenciosas à cronificação e institucionalização.

Enquanto teoria observamos que a psicanálise desenvolve e sustenta conceitos capazes de escutar e tratar o sujeito do inconsciente, apostando que essa escuta é capaz de mobilizar o desejo e reelaborar processos.

Ao evidenciar o sujeito como capaz de decidir por si, apontamos para a autonomia que deve nortear a prática de profissionais envolvidos na oferta de cuidado, confiando que qualquer maneira de categorização e cristalização do sujeito somente empobrece todos os envolvidos.

Ao buscar uma aproximação entre a Psicanálise e a Redução de Danos, tentamos resgatar o ideal que só as experiências guiadas pela experimentação conservam e age na construção de um saber-fazer capaz de gerar ressignificações criativas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida - a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? 2010. Disponível em: http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%E7%E3o_d_e__danos-_um_novo_paradigma.pdf. Acessado em: 30 jun 2023

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Co-ordenação Nacional de DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. Revista Outubro, n 06, 2002 (pp.115-128): São Paulo, SP.

CAVALLARI, C.; REALE, D. Psicanálise e redução de danos: autonomia e mútua potencialização. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 73–81, 2020. DOI: 10.52753/bis.2020.v21.34620 . Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34620>. Acesso em: 30 jun. 2023.

CONTE, M. **Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis**. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: 2004; (25): 23-33

Dalla Vecchia, M., Gomes, Thaísa Borges. Estratégias de Redução de Danos no Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas: Revisão de Literatura. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2016/Set). Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/estrategias-de-reducao-de-danos-no-uso-prejudicial-de-alcool-e-outras-drogas-revisao-de-literatura/15860?id=15860>

Fonsêca CJB. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes* 2012; 1(1):11-36. [acessado 25 jul 2023]. Disponível em: <http://goo.gl/9Krylt>

FREUD, S. O problema econômico do masoquismo. In: FREUD, S. **O Ego e o Id e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das obras completas, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1924-1996.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer. In: Sigmund FREUD. **Escritos sobre a**

psicologia do inconsciente. Edição Standard Brasileira das obras completas, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, p. 18-85. 1920/1996.

LAIÁ, S. **O sintoma como problema e solução.** aSEPHallus; 3(6): 64-72, maio-out. 2008. Biblioteca responsável: BR1194.1

LACAN, J. **O Seminário: Livro 5:** As formações do inconsciente. RJ: J. Zahar, 1957-58/1973.

LACAN, J. **O seminário livro 11:** os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1964-1973.

LAPLANCHE, J., & PONTALIS, J.-B. **Vocabulário da psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 10ª ed., 1988.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** São Paulo, SP: Edusp, 2001.

PETUCO, . D. . As três ondas da redução de danos no Brasil. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 94–103, 2020. DOI: 10.52753/bis.2020.v21.34622 . Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34622>. Acesso em: 30 oct. 2023.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Os Centros de Atenção Psicossocial: Espaços de Reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 43, nº12. Rio de Janeiro, 1994, pp. 647-648.

SANTIAGO, J. **A droga do toxicômano: uma parceria clínica na era da ciência.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

SIMÕES, R. B. S. A lógica da castração em Freud e Lacan. In: **Final de análise:** possibilidades, impossibilidades e articulações. p. 31 – 40, 2015.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Década de 1980 aos Dias Atuais: História e Conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* Rio de Janeiro, vol. 9(1) , jan. - abr., 2002, pp. 25-29.

VELHO, G. Drogas e construção social da realidade. In: Baptista M; Inem C, organizadores. **Toxicomania, abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ: Sete letras, 1997.

ZAFIROPOULOS, Marcos. **“O toxicômano não existe: fenomenologia da experiência toxicomaniaca e referências psicanalíticas”.** In: BITTENCOURT, Ligia (Org.). **A vocação do êxtase: uma antologia sobre o homem e suas drogas.** Rio de Janeiro: Imago, 1994, p. 17-32.

