

Clayton Ezequiel dos Santos

A Reincidência na Drogradição a Partir da Visão do Adicto

Faculdade de Ciências e Letras

Assis - 2005

CLAYTON EZEQUIEL DOS SANTOS

A REINCIDÊNCIA NA DROGADIÇÃO A PARTIR DA VISÃO DO ADICTO

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP, para a obtenção do título de mestre em Psicologia e Sociedade, Área de Concentração Subjetividade e Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.Dr. Abílio da Costa-Rosa

ASSIS

2005

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

S237r Santos, Clayton Ezequiel dos
A reincidência na drogadição a partir da visão do adicto /
Clayton Ezequiel dos Santos. Assis, 2005.
110 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras
de Assis – Universidade Estadual Paulista.

1. Psicanálise. 2. Abstinência. 3. Drogas - Aspectos psicoló-
gicos. 4. Drogas – Reincidência. 5. Toxicomanias. I. Título.

CDD 150.195
362.29

DADOS CURRICULARES

Nome: Clayton Ezequiel dos Santos

Data de Nascimento: 06/05/1977

Filiação: João Batista dos Santos e Elza Aparecida Ferreira Pinto dos Santos

Formação Escolar:

Curso de Psicologia – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Unesp – Campus de Assis
1996-2000

Pós - Graduação - Psicologia e Sociedade
Área de Conhecimento: Subjetividade e Saúde Coletiva
Unesp – Campus de Assis
2002 - 2005

Aos meus pais, João e Elza e meus irmãos,
Douglas e Betina, pelo amor, apoio e
confiança desde os primeiros passos...

AGRADECIMENTOS

Ao orientador, Dr. Abílio da Costa Rosa, por sua implicação no processo de construção deste trabalho e principalmente pela paciência.

Aos participantes da pesquisa, de certa forma co-autores deste trabalho.

Aos Professores Dra. Rosana Onocko-Campos (Unicamp) e Dr. Fernando Silva Teixeira Filho (Unesp – Assis), por suas fecundas contribuições no exame de qualificação.

Ao Departamento de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista – Campus de Assis/SP.

Aos meus queridos colegas de trabalho, dos quais sinto muita saudade, pelo respeito e parceria cotidiana na reinvenção de novas práticas.

A Jane, Josué e Grasielly, revisores.

Aos amigos Mônica, Vinícius e Fábía, que me recebem com todo carinho e alegria, sempre delicados com a Vida, amigos de todos os dias...

A Disete e Eneida, em embarcações diferentes, porém na mesma expedição desde o início.

A amiga Professora Dra. Cristina Amélia Luzio (Unesp – Assis).

Aos amigos Andréa, Carol, Cláudio, Débora, Deborah, Fabrizia, Giovana, Grasielly, Jane, Juliana, Maurício, Ricardo, Sander, Sofia e Verônica.

Agradecimento especial a Julio Cezar Corrêa.

RESUMO

SANTOS, Clayton Ezequiel dos. *A Reincidência na Drogadição a Partir da Visão do Adicto*. Assis, 2005. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Unesp.

Este estudo teve como objetivo examinar o fenômeno da reincidência na drogadição a partir da visão do adicto. O trabalho foi realizado em equipamento especializado no tratamento da dependência química e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, contando com a participação de onze sujeitos. O trabalho, dentro do referencial teórico psicanalítico, partiu da escuta da drogadição, com o enquadre das entrevistas preliminares dentro do referencial da clínica da urgência em psicanálise. Os resultados do trabalho de escuta e de reflexão apontaram a questão da reincidência como um falso problema para os sujeitos, já que estes demonstraram que a desintoxicação, concomitante à abstinência provocada pela internação, é somente um momento de privação do gozo propiciado pela droga, ao qual se segue, via de regra, um novo período de uso. A abstinência não significa que os sujeitos fazem uma renúncia correlata ao desejo da droga, é apenas uma parada provavelmente ligada à menor tolerância ao embate provocado pelo tipo de gozo em ação nos casos apresentados. A abstinência forçada, como estratégia presente nos tratamentos comuns da drogadição, mostrou-se de conseqüências altamente negativas para os efeitos obtidos pelos mesmos.

Palavras-chave: Psicanálise; Abstinência; Drogas - Aspectos Psicológicos; Drogas - Reincidência; Toxicomanias.

ABSTRACT

SANTOS, Clayton Ezequiel dos. *The Reincidence of drugaddiction from the addict's point of view*. Assis, 2005. Master Dissertation. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Unesp.

This survey is aimed at examining the drugaddiction reincidence phenomenon from the addict's point of view. The survey was held at the Chemical Dependence Attention Center of the Healthcare Service Dr. Cândido Ferreira in the city of Campinas/SP, counting on the participation of eleven subjects. The survey, within the psychoanalytic theoretical allusion, started from listening to the addict, with the focus on the preliminary interviews within the reference on the clinics of urgency in psychoanalysis. The results of listening and consideration activities pinpointed to the reincidence issue as a fake problem to the subjects, whereas these have manifested that the unpoisoning, concomitant to the abstinence triggered by internment, is only a moment of bereavement of delight propitiated by the drug, to which a new period of use commonly follows. The abstinence does not mean that the subjects reciprocally resign the desire of the drug, but it is only a pause probably linked to the minor tolerance to the onset provoked by the type of delight in action on the presented cases. The compelled abstinence, as a current strategy on common drugaddiction treatments, has shown highly negative consequences for the effects obtained from them.

Key words: Psychoanalysis, Abstinence, Drugs – Psychological Aspects, Drugs – Reincidence, Toxicomanias.

o tempo não pára

Disparo contra o sol
Sou forte, sou por acaso
Minha metralhadora cheia de mágoas
Eu sou um cara
Cansado de correr
Na direção contrária
Sem pódio de chegada ou beijo de namorada
Eu sou mais um cara

Mas se você achar
Que eu tô derrotado
Saiba que ainda estão rolando os dados
Porque o tempo, o tempo não pára

Dias sim, dias não
Eu vou sobrevivendo sem um arranhão
Da caridade de quem me detesta

A tua piscina tá cheia de ratos
Tuas idéias não correspondem aos fatos
O tempo não pára

Eu vejo o futuro repetir o passado
Eu vejo um museu de grandes novidades
O tempo não pára
Não pára, não, não pára

Eu não tenho data pra comemorar
Às vezes os meus dias são de par em par
Procurando agulha no palheiro

Nas noites de frio é melhor nem nascer
Nas de calor, se escolhe: é matar ou morrer
E assim nos tornamos brasileiros
Te chamam de ladrão, de bicha, maconheiro
Transformam o país inteiro num puteiro
Pois assim se ganha mais dinheiro

A tua piscina tá cheia de ratos
Tuas idéias não correspondem aos fatos
O tempo não pára

Eu vejo o futuro repetir o passado
Eu vejo um museu de grandes novidades
O tempo não pára
Não pára, não, não pára

(CAZUZA)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
A cocaína: um breve histórico	17
A modernidade e a sua transição para a “pós-modernidade”	23
A drogadição no contexto moderno e pós-moderno	26
Considerações Teóricas da Drogadição	32
MÉTODO	41
O que entendemos por método?	42
As implicações “do fazer pesquisa qualitativa”	44
O método psicanalítico	45
O TRABALHO DE REFLEXÃO	55
A experiência da Instituição da pesquisa	56
A clínica no contexto institucional	59
Aprofundando a discussão do tema da reincidência	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

INTRODUÇÃO

Neste trabalho, será abordado um aspecto pouco frisado pelos estudiosos da adicção e pela sociedade em geral: a reincidência na drogadição a partir da visão do adicto. Em relação aos estudos já realizados sobre o tema, é consensual a dificuldade de se trabalhar a questão das drogas sob um ponto de vista unilateral.

A questão das drogas é, aliás, por princípio, multidisciplinar: qualquer tentativa de abordá-la de um único ponto de vista corre um sério risco de ser empobrecedora e reducionista. Faz-se necessário uma abordagem médica, jurídica, sociopolítica, antropológica e psicológica; cada um destes pontos de vista lança luz sobre alguns aspectos do problema e traz em si também as suas áreas de cegueira, e o grande desafio é poder integrá-los sem que se perca a especificidade de cada um ou que sejam distorcidos e ‘fagocitados’ pelos campos visíveis (GURFINKEL, 1996, p. 225).

Além disso, quando a questão é o usuário de drogas, também há parcialidade, pois a tendência é focalizar o olhar neste como o protagonista do rompimento com a norma, ou seja, aquele que, por meio do narcotráfico, transgride a lei. Antes de tudo, faz-se necessário relembrar que nossa sociedade é uma árdua consumidora de drogas, desde o consumo mais banalizado, como o cigarro e o café, até o uso de álcool, que permanece como o mais fecundo objeto de prazer quando o assunto é festejar. Os comprimidos que trazem a promessa de felicidade, ou seja, os psicofármacos, também vêm alcançando destaque. Sua utilização, inicialmente proposta para o tratamento das “doenças mentais” através da prescrição médica, compõe um novo cenário diante do uso ilícito de uma droga lícita.

A problemática da drogadição vem ganhando espaço nas grandes discussões dos mais variados segmentos do conhecimento, porém a visibilidade que se dá a essa temática vem associada, constantemente, aos grandes índices de violência “provocados” pelo seu consumo. A imprensa e principalmente, a televisão, vêm trazendo para dentro da casa dos brasileiros o pavor “gerado” pelo submundo das drogas. No que se refere à cocaína e ao crack (derivação

mais atual), estas são substâncias cujo uso parece nascer nos primórdios da colonização da América pelos espanhóis.

Há um esforço na especulação dos motivos que levam as pessoas a usarem drogas, dentre eles, o lazer, a curiosidade, o sofrimento e as perdas ao longo de sua existência. Assim, a contextualização da relação do sujeito com a droga é complexa, pois pode compreender várias categorias como o uso indevido, o abuso e a adicção. Esta última, portanto, é o ponto que nos interessa neste trabalho, por atingir uma situação limite que implica a “escravidão” do indivíduo ante a droga, que se torna o objeto de um prazer sentido como necessidade. Mas afinal, o que podemos entender por adicção? Primeiramente, é importante destacar que a palavra “adicção” é inexistente na língua portuguesa e só encontramos aproximações do seu significado quando nos reportamos ao adjetivo *adicto* que quer dizer afeiçoado, dedicado, apegado ou mesmo dependente. A adicção, segundo Gurfinkel (1995), pode ser caracterizada muito mais como um modo de funcionamento do que propriamente como a construção desse conceito exclusiva e referida ao sujeito que se droga, ou seja, através de objetos diferenciados em contextos diversos. Dessa forma, muitos podem ser os objetos de uma adicção, desde a comida, pessoas do mesmo gênero ou gênero oposto, partes específicas do corpo, a informática, a televisão, o jogo, até a droga, enfim, qualquer objeto da nossa sociedade sustentado pela ótica do consumo compulsivo. Esta compulsão por drogas seria mais um tipo de ação impulsiva e sem limites no modo humano de agir. No caso das toxicomanias, Gurfinkel (1995) aponta a importância de não somente considerá-las como um tipo especial de uso de drogas, mas também como um modo particular de adicção.

Então, o que há de especial nas toxicomanias? Em primeiro lugar, diante do objeto que lhe proporcionou prazer, o sujeito toxicômano aponta a impossibilidade de parar. Fisgado por essa “escravidão”, o toxicômano demonstra sua incapacidade de pensar, dando, assim, lugar a uma ação que o alivie da tensão, a qual ele mesmo não consegue esvaziar através da

comunicação. Assim, logo após o alívio da tensão que a droga proporciona, pode aparecer a falta de prazer, pois a ingestão da droga torna-se pouco eficaz para os objetivos imediatistas que o sujeito busca por meio da sua impulsividade.

Considero que a droga enquanto objeto tem uma ‘ação específica’ sobre a estrutura adictiva que deve ser levada em conta. Por um lado, temos a materialidade da droga configurando um objeto que transcende a sua representabilidade para o sujeito. Em segundo lugar, temos o efeito farmacológico da droga sobre o organismo, especificamente sobre o sistema nervoso central, que realiza uma interferência direta no funcionamento do psiquismo. Em termos de relação de objeto, temos ainda alguns elementos a considerar: o modelo oral canibalístico, que é vivido concretamente com a droga, e também o fato de tratar-se de um objeto que, além de ser inanimado, está ora dentro e ora fora, caracterizando um tipo de relação indiscriminada eu-objeto. A especificidade da toxicomania em relação a outras adições não deve ser desconsiderada, caso contrário podemos cair em uma generalização excessiva e em uma negligência do poder do efeito da droga no organismo (GURFINKEL, 1995, p. 57).

Diante de tais considerações, o presente trabalho tem como objetivo realizar um estudo exploratório para se examinar o fenômeno da reincidência do uso de cocaína e crack, ou seja, momento em que o sujeito decide parar de usar a droga e depois retorna ao ato de drogar-se, recorrendo, na maioria das vezes, a uma nova internação. Nesse contexto, a pesquisa pretendia compreender quais as possíveis circunstâncias que contribuem para a volta ao uso de drogas e se fatores como a relação com pessoas usuárias, a sociedade, a família, o suporte psicológico familiar no processo de tratamento, o seu próprio tratamento e os métodos utilizados são relevantes para os sujeitos reincidentes. Além disso, o trabalho de pesquisa tinha como objetivo compreender as expectativas do sujeito durante a internação e expectativas futuras para sua reinserção social.

A pesquisa é respaldada pela psicanálise de Freud e de Lacan. Um ponto de partida

para se trabalhar a adicção é poder reconhecer o vínculo profundo da forma particular de prazer, denominada pela psicanálise lacaniana como gozo, que une o sujeito com a droga, sendo um operador importante para a temática da drogadição.

Além disso, é preciso compreender que o sujeito vinculado apenas à instituição de tratamento não terá subsídios suficientes para sua inserção novamente em sociedade. A “instituição” torna-se uma forma na qual o sujeito consegue uma organização que ainda não está vinculada diretamente às atividades cotidianas do mesmo na sociedade. Assim, não é apenas uma instituição de saúde destinada ao tratamento (clínicas, comunidades terapêuticas ou ambulatórios) que pode cumprir a função de inserir o sujeito novamente no convívio social.

Frente à grande variabilidade das causas e evoluções das drogadições, ressalta-se hoje, mundialmente, a importância de poder dispor de uma diversidade de modelos de terapia e de reintegração social. Contudo, os valores, normas e expectativas que norteiam as diversas ações contrastam muito entre si, em particular tocante ao objetivo da abstinência: a experiência mostra que o ideal de tornar-se totalmente livre de drogas não se deixa alcançar com todos os drogaditos, ou apenas gradativamente. Logo, muitas instituições terapêuticas são levadas a relativizar este ideal abstrato (senão fanático), adotando medidas mais pragmáticas, mais flexíveis e menos dracônicas, colocando a reintegração na vida social cotidiana como alvo prioritário (BUCHER, 1997, p. 190).

O toxicômano é um sujeito que, apesar do seu vínculo profundo com o objeto droga, não deixa de perceber sua realidade frente ao seu cotidiano e o que isso reflete no meio social em que vive. É através dessa percepção que o sujeito representa a sua própria experiência com a droga, daí a necessidade de introduzir elementos da ética social e de vida, para paulatinamente provocar a inserção do indivíduo no universo da cultura (GURFINKEL, 1995). Uma questão importante é considerar o modo dessa possível inclusão, não

desconsiderando a função de objeto da necessidade que a droga adquire no psiquismo. A droga tem a função de reavivar a pulsão em curto-circuito, não sendo esta facilmente levada a mudar seu caminho.

Separar o que é particular de cada sujeito e os fatores ambientais e sociais que atuam sobre o adicto é uma tarefa árdua;

Daí a dificuldade em discriminar, na eclosão de uma toxicomania, o que ‘vem de dentro’ – uma estrutura psíquica ou tipo de funcionamento mental adictivo – e o que “vem de fora” – o poder de persuasão e de sedução de objetos sistematicamente oferecidos como mágicos e redentores do sofrimento humano (GURFINKEL, 1995, p.52).

Portanto, parece interessante analisar as práticas existentes nas instituições de tratamento e ouvir o discurso e o pensamento dos sujeitos que se submetem às mesmas. Assim, a escuta dos sujeitos permeada pelo método psicanalítico com posterior reflexão do tema da reincidência passou a ser o principal objetivo da pesquisa.

Os usuários não devem ser vistos como, nem tratados como incompetentes. Ao invés disto, eles devem ser encorajados a ter uma palavra ativa nas suas próprias relações individuais com programas e projetos. Além disto, devem ser desenvolvidos mecanismos para procurar a inclusão de usuários de drogas ativos nos planejamentos e programas. Quadros consultivos compostos por usuários devem ser estabelecidos e os usuários devem ser também encorajados a servir nos quadros de diretores e em outras organizações que tenham autoridade sobre programas, projetos e políticas que afetem usuários de drogas (FRIEDMAN & NEAIGUS, 1997, p. 137).

Portanto, dar mais diretamente a palavra ao drogadito no processo de seu tratamento pode contribuir para que ele reflita sobre sua própria condição, e paralelamente contribua para a construção de conhecimentos úteis para a efetivação de uma transformação no processo de

tratamento e reinserção social.

A cocaína: um breve histórico

A proliferação do uso de cocaína faz parte de um processo histórico importante que deve ser revisitado, visto que a drogadição é um fenômeno complexo, que compreende áreas como a antropologia, a sociologia, a justiça, a medicina, a psicologia, a política entre outras já mencionadas.

A cocaína é o principal alcalóide do arbusto *Erythroxylon*, dividido em 200 espécies diferentes, sendo três tipos com altas concentrações dessa substância. Natural das encostas andinas, é cultivada nas regiões planálticas e no noroeste da Amazônia legal. Os arbustos possuem inimigos naturais, dentre eles larvas e insetos, sendo os mesmos combatidos com o uso de herbicidas. Inclusive há um herbicida que pode erradicar o plantio, mas a Bolívia tem leis proibitivas quanto ao seu uso. É através das folhas de coca que a cocaína pode ser extraída e o uso das mesmas, por meio da aplicação de rádio carbono 14, remonta a mais ou menos 3060 anos a.C. No litoral sul do Peru, o “Homem de Cabeça Larga” tinha junto a seu cadáver uma pequena bolsa ofertada para a mascção das folhas de coca. (PEREIRA e col., 1981). A Civilização Inca adotou sua produção e consumo e, no século XV, a prática de saqueios dominou muitas tribos. Além disso, a coca foi utilizada pelo povo de Paracas como anestésico nas trepanações cranianas (PEREIRA e col., 1981). Existem lendas que retratam da origem do consumo dessas folhas, uma delas é a dos índios Yunga, cuja crença afirma que o arbusto tornou possível a derrota de um deus maligno. A outra se refere aos Incas, quando Manco Capac presenteou a população com as folhas para suportar a fome e a fadiga (LEITE,

1999). Na civilização Inca, o consumo de coca era privilégio da oligarquia e caso o mesmo ocorresse sem autorização era considerado crime. Assim, aparece, pela primeira vez na história, o registro do consumo de coca dominado pelo poder, que determinava quais segmentos da localidade poderiam ter acesso sem restrições (LEITE,1999).

Por volta de 1530, o colonizador espanhol Pizarro encontrou o Império Inca, percebendo que a planta produzia efeito euforizante.

Segundo uma lenda indígena conta por Garcilaso de la Vega, os filhos do sol tinham presenteado o homem com a folha de coca após a formação do império inca, 'para satisfazer a fome, proporcionar novo vigor aos cansados e enfraquecidos, e fazer os infelizes esquecerem sua misérias'. É provável, contudo, que os índios já cultivassem a planta antes de formarem uma federação, e que os incas tenham inventado a história de sua origem divina com o fim de reservá-la para si próprios (LEWIN, 1924, p. 229).

O uso das folhas vetado, inicialmente, pelos espanhóis, por considerarem a planta como demoníaca quando usada nos rituais religiosos, e por desconhecerem seu efeito provocador de euforia, foi concedido, num segundo momento, para que os índios pudessem agüentar o forte ritmo de trabalho. Dessa forma, a permissão para a mascação das folhas de coca era trocada por riquezas locais. Foi com o uso de folhas de coca, que condições naturais como a altitude, baixa pressão e as baixas temperaturas puderam ser suportadas para a realização de trabalhos, reduzindo o cansaço, a fome e a sede. Nessa época, não há relatos de seu consumo na Europa, provavelmente devido à perda da substância contida nas folhas associada ao longo tempo de viagem despendido para chegar ao continente europeu. Torna-se importante ressaltar que sem a alcalinização não se tem a extração total da cocaína e a mastigação das folhas não se torna possível, na sua maior potência, alcançar os efeitos desejados. A cocaína é um estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC), provocando

basicamente euforia e ausência da fadiga, uma vez que aumenta a atividade mental, deixando o sujeito que a consome em estado de alerta. O uso da droga dá a sensação de poder, por conta da força física e a velocidade do pensamento serem aumentados. Porém, sua metabolização é rápida e seu pico de prazer curto, e após o desaparecimento dos efeitos, provoca sensações desagradáveis, desde dores de cabeça, exaustão e dificuldade de concentração (PEREIRA e col., 1981).

O isolamento da cocaína ocorre em meados do século XIX, segundo aponta Leite:

Em 1859, um cientista alemão de nome Albert Niemann extraiu o alcalóide a partir das folhas da droga e criou o termo cocaína. Rapidamente relatos enfatizavam os poderes miraculosos da droga, bem como sua capacidade de eliminar a fadiga. Porém a cocaína parece ter sido isolada inicialmente na Bolívia (1858), por Enrique Pizzi, um farmacêutico italiano radicado na América do Sul (LEITE, 1999, p.18).

Em 1880, Bentley & Palmer relatam, nos Estados Unidos (Detroit Therapeutic Gazette), o tratamento do vício da morfina com o emprego de extratos de cocaína. A droga também foi distribuída pela Europa com o intuito de fomentar, nos especialistas, alguns experimentos. Nessa época, Freud interessou-se pelo estudo da cocaína, pois havia em Viena uma condição denominada neurastenia. Além disso, Freud era jovem e procurava ganhar fama para que pudesse conseguir recursos e dinheiro para viabilizar seu casamento. Foi em abril de 1884, que Freud tomou cocaína pela primeira vez, iniciando em maio do mesmo ano o tratamento do seu amigo Ernst viciado em morfina. Já em julho do mesmo ano, publicou seu famoso artigo intitulado *Über Coca*, relatando a história da planta e fazendo menção a estudos sobre a substância naquele período. Esse artigo também narra a própria experiência de Freud com a cocaína, descrevendo algumas das indicações terapêuticas da coca, dentre elas: estimulante, tratamento dos distúrbios digestivos, do vício do álcool e da morfina, caquexia,

asma e anestésico. No mesmo ano, Carl Koller, colega de Freud, descobre a anestesia local, depois de experimentar cocaína em olhos de rãs e humanos. Em julho de 1887, Freud recua de certa maneira do ponto de vista inicial acerca da cocaína, com a publicação do artigo *Ânsia e Temor Pela Cocaína*, revendo sua opinião na indicação da substância para tratar viciados em morfina.

No entanto, o valor da cocaína para viciados em morfina perdeu-se por outros motivos. Os pacientes começavam a se agarrar à droga e se viciaram nela, da mesma forma que se viciaram em morfina. Para eles, a cocaína se tornou um substituto da morfina, e um substituto insatisfatório, já que a maioria dos viciados rapidamente alcançava uma tolerância à enorme dose de 1g por dia, injetada por via subcutânea. Como se verificou, a cocaína, utilizada dessa maneira, é um inimigo muito mais poderoso para a saúde que a morfina. Em vez de lento marasmo, temos rápida deterioração física e moral, estados alucinatorios de agitação semelhantes ao delirium tremens, mania crônica de perseguição, caracterizada, segundo minha experiência, pela alucinação com pequenos animais que se movem sobre a pele, e o vício da cocaína em lugar do vício da morfina – foram esses os tristes resultados de tentar expulsar o diabo por meio de Belzebu (FREUD, 1987, p. 170).

Paralelamente, por volta de 1855, a indústria farmacêutica declarava a cocaína como a descoberta mais importante da época. O vinho do Sr. Mariani criado por volta de 1863, que misturava cocaína na sua fórmula, também fez grande sucesso na Europa. Propagandeado como tônico revigorante, foi recomendado por pessoas importantes, como médicos, reis e príncipes. Até o primeiro ministro francês, Félix Méline, fez um anúncio propondo a revisão da política antialcool para consumir o vinho. Em 1886, John Pemberton patenteou um tônico com a promessa de cura para doenças nervosas, tendo como principal componente a cocaína. O remédio foi transformado em bebida mais tarde com o nome de Coca-Cola e somente, em 1903, a cocaína foi retirada da sua fórmula, sendo substituída pela cafeína, porém

conservando as folhas de coca sem o alcalóide, a fim de perpetuar o sabor do refrigerante. (LEITE,1999). No início de 1890, aparece nos Estados Unidos uma “euforia social” relacionada com o uso de cocaína e a imprensa norte-americana associava o consumo principalmente aos negros, estabelecendo relação com atos criminosos. Nesse período, não havia taxaço sobre o comércio legal de cocaínas, podendo ser obtida através do médico ou por meio do comércio nas ruas das cidades.

A visão social da cocaína transformou-se em 30 anos (a partir de 1884); de um tônico anunciado sem efeitos colaterais para a droga com as restrições mais severas da história atual; porém, no início de nosso século, a droga continuava a ser permitida para propósitos médicos. O período seguinte foi caracterizado pela extinção quase total do consumo da droga (LEITE, 1999, p. 20).

No Brasil, a Gazeta Médica de São Paulo faz propaganda da cocaína, indicada em 1910 para laringites e tosses. O vício tinha lugar garantido nos bordéis elegantes, com um grande número de prostitutas viciadas que colaboravam na propagação do tóxico. Já a partir de 1914, a droga passa a ser noticiada por importantes jornais brasileiros como muito potente podendo transformar seus usuários em “viciados” (CARDINI e col., 1996). No dia 06/07/1921, o Decreto-Lei nº 4292 estabelecia penalidades para as contravenções na venda de cocaína e outras drogas, criando dispositivos de tratamento para dependentes através da modalidade de internação, separando internados por indicação do judiciário e internados voluntários. A imprensa continuava a alertar a população sobre os problemas da droga, denunciando a entrega de cocaína pelas farmácias nos domicílios dos usuários (ALMEIDA, 1920).

Entretanto, depois de algumas décadas, sendo o problema do consumo de cocaína pouco debatido, nos anos 70 nova “onda” do consumo da droga invade os Estados Unidos.

Foi até o final da década de 70 consumida por atletas que acreditavam na obtenção de poder para alcançar o sucesso. Novamente a mídia aparece, e capas de revistas famosas narravam o resultado do consumo da coca, atribuindo aos efeitos dessa substância grande poder ao ser humano, tendo até o início da década de 80 lugar entre pessoas de grande prestígio e dotadas de alto padrão financeiro (LEITE, 1999). De fato, é questionável como em curto espaço de tempo o uso da coca voltou a ser vangloriado, inclusive pela própria psiquiatria norte-americana, que a caracterizava como um euforizante benigno (LEITE, 1999).

No Brasil, depois do Decreto-Lei de 1921, somente em 1962 foi realizado um levantamento com a constatação de apenas quatro pessoas internadas por conta do uso de cocaína, embora no mesmo ano a polícia tenha apreendido 3,4 toneladas da substância destinada à “exportação” (CARLINI e col., 1996). Na segunda metade da década de 1980, a mídia brasileira começa novamente a dar destaque para a problemática do uso de cocaína, localizando o consumo de maneira estereotipada nas favelas, que começaram a ocupar um lugar de vício e tráfico (CARLINI e col., 1996). O que a mídia esqueceu de elucidar é que a cocaína circulava em diversos segmentos da sociedade e, além disso, dava pouco destaque ao grande consumo de álcool no país, atribuindo à cocaína o lugar de principal droga de abuso no Brasil (CARLINI e col., 1996). Finalmente, em 1992, registra-se em nosso país o aumento expressivo do consumo registrado por dados de internação, porém bem menos significativo quando comparado com o uso de álcool, considerado hoje como um dos maiores problemas de saúde pública. É na década de 80 que o surgimento do crack na cidade de São Paulo foi datado, e mais uma vez, erroneamente, a imprensa relaciona seu consumo com o aumento da criminalidade, apontando a droga como a mais utilizada pela população. Nesse sentido, tem crescido o consumo de cocaína no Brasil e pesquisas na área também têm aumentado (CARLINI e col., 1993).

Portanto, sem a pretensão de abarcar de forma total a história do uso de cocaína, os

fatos arrolados, até agora, podem fornecer idéias importantes para a reflexão sobre o seu uso na contemporaneidade. É importante ressaltar que as folhas de coca continuam a ser transformadas em pó, principalmente na Bolívia, Colômbia e Peru e que as populações indígenas atuais, além do uso religioso e medicinal, gozam das propriedades psicoativas da substância, através do consumo de pasta de cocaína ao invés do costume de mascar folhas. (LEITE, 1999).

A modernidade e a transição para a “pós-modernidade”

Falar em pós-modernidade tornou-se senso comum, principalmente nos grandes pólos de pesquisas das ciências humanas e, muitas vezes na tentativa de compreender as principais mudanças presentes na sociedade atual. Como já exposto, a “descoberta” da cocaína e a disseminação do seu uso pelo mundo fazem parte de um processo histórico complexo. Assim, seria interessante tentar explorar o conceito de modernidade para, mais à frente, refletir sobre o aumento do consumo de cocaína nos últimos anos.

No contexto do século XVIII, os pensadores iluministas queriam a ciência objetiva, a moralidade e as leis universais, buscando a emancipação e o enriquecimento por meio do trabalho livre, propondo modos racionais de organização do pensamento e da sociedade. O Iluminismo abraçou a idéia de progresso, na tentativa de romper com a história e a tradição, pautando a dita modernidade na promessa de felicidade. As doutrinas de igualdade, liberdade e crença na razão universal surgem no processo da Revolução Francesa, apostando que através do domínio da natureza, o homem dotado de consciência e vontade tem condições de criar uma lei suficientemente boa para todos. Por volta de 1848 o modernismo se tornava um

fenômeno urbano explosivo, com altas taxas de crescimento, marcado por forte migração para os grandes centros da industrialização. As obras de arte, na era da mecanização, com capacidade de reproduzir e vender imagens, mudaram o papel político dos artistas, principalmente com a criação da fotografia e do filme. Isso gerou a valorização da técnica e da velocidade do sistema fabril, seduzindo o consumidor pela diversidade de mercadorias e conseqüentemente provocando um olhar especial, embora não no plano da consciência, para a questão estética. Desta forma, a modernidade começa a viver transformações, uma vez que as condições técnicas e sociais de comunicação começam a mudar, e ser moderno passa a carregar a conotação de movimento, sustentado por uma cultura vigilante do fazer sem demora.

A partir do século XX, as grandes guerras provocaram o questionamento das certezas levantadas pelo Iluminismo, que deixou como herança a racionalidade que afetou a economia, o direito, a burocracia, as artes, a cultura e a sociedade, podando a liberdade universal. As mudanças com as relações de classes feudais não foram suficientes para banir a luta de classes com seu principal expoente (a burguesia). A maciça oposição à opressão provocada pela racionalidade de base científica gerou o movimento da contracultura (1968), através de gestos anti-autoritários nos grandes centros, alcançando caráter transnacional, em oposição à hegemonia da cultura modernista. Assim, esse movimento pode ser considerado como marco cultural e político na virada para o pós-modernismo, momento contestador da promoção de integração entre a produção de cultura e mercadorias, ou seja, da lógica norteadora do capitalismo avançado. Podemos também melhor apreender os sentidos destas transformações lançando um olhar para a organização do tempo e espaço no capitalismo, quando, na verdade, o Iluminismo somente propôs uma nova organização do espaço para a aplicação de técnicas de controle e repressão do desejo, como aponta Harvey (2000):

A rapidez com que os mercados de moedas flutuam nos espaços do mundo, o extraordinário poder do fluxo de capital-dinheiro no que é agora um mercado financeiro e de ações global e a volatilidade daquilo que o poder de compra do dinheiro poderia representar definem, por assim dizer, um ponto alto da intersecção extremamente problemática do dinheiro, do tempo e do espaço como elementos entrelaçados de poder social na economia política da pós-modernidade (HARVEY, 2000, p. 269).

Principalmente através das telecomunicações, o tempo passou a ocupar cada vez mais o lugar de alta velocidade, instantaneidade e simultaneidade. O surgimento do telefone, do cinema, do automóvel e das aeronaves implicou, quase que automaticamente, a inserção de novos modos de pensar e vivenciar o tempo e o espaço. A recreação e a transição do consumo de bens para consumo de serviços aparecem como novas demandas, em consequência da supervalorização do tempo desenhado na sua efemeridade.

Esse caminho começa a descartar rapidamente valores, estilos de vida e apego a coisas e maneiras de agir e ser. O estado volátil da pós-modernidade começa a dificultar o planejamento a longo prazo e a imagem começa a ser associada com a idéia de respeito, qualidade, fama, confiança e capacidade de criação. Neste sentido os chamados executivos são levados pelas engrenagens do trabalho frenético, tentando produzir e vender suas imagens, insistindo em demonstrar estabilidade e equilíbrio, porém com dinamismo. A prevalência do fazer sobre “ser” é a base da construção de identidades, pois a vida pós-moderna procura evitar fixações identitárias, como se cada um da multidão pudesse ser um camaleão “multicolorido”. Assim, as diferenças tendem à segregação ao invés do extermínio (como no nazismo, por exemplo), embora nesta leitura, que aponta a crise da modernidade, na incessante tentativa da busca do padrão universal, não se reconheça outras formas de estar no mundo, desembocando num individualismo desenfreado na criação de um mundo protegido pelo território estabelecido dentro de suas próprias casas.

Portanto, enquanto na modernidade se declarou guerra à tradição a fim de coletivizar o destino humano, a denominada pós-modernidade sobrevive em estado permanente de pressão, tentando aniquilar as interferências coletivas em prol do destino individual.

A drogadição no contexto moderno e pós-moderno

Conforme já explorado anteriormente, o aumento do uso de cocaína faz parte de um processo histórico importante e, mesmo com a visibilidade que seu uso alcançou na década de 70, já se sabia, há muito, os efeitos provocados pelo seu uso, esclarecidos por Freud, em *Ânsia e Temor pela Cocaína* (1988) e também, como postula Lewin (1924):

A ação destrutiva sobre as funções cerebrais se torna mais evidente. A freqüente insensibilidade que muitas vezes alivia a miséria do morfinômano se mostra inteiramente ausente. Em contraste com o morfinômano, o cocainômano acha muito difícil esconder sua existência presente atrás da máscara que a sociedade, a tradição e as boas maneiras mantêm. Sua perda interna de equilíbrio se mostra clara e irreprimida. Como todos os narcomaniacos, o cocainômano apresenta uma miopia para com o seu destino, uma limitação de seu campo visual de futuro, mesmo quando esta abalado pela força da toxina. A fraqueza mental, acompanhada de irritabilidade, conclusões errôneas, suspeita, amargor para com o meio ambiente, uma interpretação falsa das coisas, ciúme infundado etc, ocasiona no indivíduo, que agora sofre de insônia, ilusões dos sentidos quando se acha totalmente consciente. Alucinações da visão, audição, olfato, paladar, distúrbios na esfera sexual e nas condições gerais dominam os que estão gravemente afetados. Em muitos cocainômanos se instala a insanidade confusa, antecedida por problemas mentais generalizados, vacuidade mental como no delirium tremens, pânico exacerbado devido a falsas impressões. Um cocainômano que tinha inalado 3,25g de cocaína se armou como

proteção para inimigos imaginários. Outro, num ataque de mania aguda, atirou-se na água. Outro ainda quebrou em pedaços o mobiliário e a louça e atacou um amigo (LEWIN, 1924, p. 235).

Na mesma época (década de 20), também já se combinava psicoterapia com tratamento médico, apontando alta taxa de reincidência e Freud já estava convencido, com suas experiências psicoterapêuticas, que o método químico contra o sofrimento era da mesma forma perigoso e nocivo. Atualmente, prosseguimos assistindo ao processo de psiquiatrização da sociedade, fortemente incentivado pelos grandes laboratórios farmacêuticos e, paralelamente, à construção do altamente rentável mercado do narcotráfico. Segundo Birman (1999), os dois processos mencionados são historicamente correlacionados pela cultura do narcisismo e do espetáculo, com uma direção do desejo marcada pelo exibicionismo e pelo autocentramento, desinvestido de trocas inter-humanas. Para o estudioso, na passagem da modernidade para a pós-modernidade, algo da ordem do sujeito se transformou, caindo este no descrédito da sociedade de que o mesmo possa transformar-se com seu desejo, de forma que reinvente assim a ordem social.

Hoje, mesmo com todos os avanços, a ciência ainda é chamada a responder ao desafio das toxicomanias pois, se as drogas pesadas visam a exaltação do eu para tornar as individualidades aptas para desempenhar seu papel e as drogas da medicina visam conter os sofrimentos, produzindo alívio para suportar as mazelas do cotidiano, estamos longe de dar conta da questão.

Outro aspecto importante do uso de drogas, é a proibição do seu consumo, gerador de culpabilização e distanciamento dos “drogados”, respaldados pelo narcotráfico que subverte o sistema de regras e valores impostos. O legado da lei e da ordem advindo da modernidade, no ideal de coletivizar os destinos do homem, trouxe de maneira incisiva a repressão em detrimento do prazer, procurando estabelecer identidades através de modelos que

valorizassem traços específicos fortificadores do modelo capitalista, permitindo conseqüentemente o uso do poder e do controle.

Dessa ordem que era o orgulho da modernidade e a pedra angular de todas as suas outras realizações (quer se apresentando sob a mesma rubrica de ordem, quer se escondendo sob os codinomes de beleza e limpeza), Freud falou em termos de “compulsão”, “regulação”, “supressão” ou “renúncia forçada”. Esses mal-estares que eram a marca registrada da modernidade resultaram do “excesso de ordem” e sua inseparável companheira – a escassez de liberdade. A segurança ante a tripla ameaça escondida no frágil corpo, o indômito mundo e os agressivos vizinhos chamados para o sacrifício da liberdade: primeiramente, e antes de tudo, a liberdade do indivíduo para a procura do prazer. Dentro da estrutura de uma civilização concentrada na segurança, mais liberdade significa menos mal-estar. Dentro da estrutura de uma civilização que escolheu limitar a *liberdade em nome* da segurança, mais ordem significa mais mal-estar (BAUMAN, 1998, p. 8-9).

Desta forma, o lugar de toxicômano é difícil de ser assumido, porque esboça o limite do ser humano em alcançar um controle que ele não consegue ter sobre a droga. A condição do usuário compulsivo de cocaína revela o limite e a falha quando nos reportamos às inúmeras tentativas do mesmo em abandonar o uso, condição esta que a sociedade não suporta. Esse fracasso diante da droga ocorre dos dois lados: o fracasso do usuário e também, porque não, do trabalhador de Saúde Mental que supostamente é o sujeito da competência e da eficácia, cobrado pela encomenda social de conduzir o sujeito à “cura”. A drogadição seria mais um fator a nos conduzir à psicopatologia da pós-modernidade, com os estudos das terapêuticas sobre depressões e a síndrome do pânico, todas elas reveladoras do fracasso do indivíduo em se adequar às exigências do mundo globalizante. Entretanto, o toxicômano reproduz de alguma maneira o movimento capitalista (já que o narcotráfico também o constitui), consumindo a mesma substância durante anos numa fidelidade absoluta e inserido

por outras vias na proposta do homem moderno, adaptando-se facilmente ao comando do outro, mesmo que o outro seja a própria droga.

No decorrer da história, o uso de cocaína sempre ocupou dois extremos: ou era vangloriada como uma substância poderosa capaz de conceder poderes a seus usuários com alto poder aquisitivo, ou uma droga com grande poder de destruição, desencadeadora inclusive de atos de violência, comumente associada a pessoas de grupos sociais menos favorecidos pela ótica capitalista, ou seja, com baixo poder de consumo.

A exclusão dos desocupados, bastante similar à posição do usuário de drogas dos nossos dias, mostra seus reflexos desde a Revolução Francesa quando a loucura era perseguida.

Segundo Fontanella (1991), até 1976, era proibido o tratamento de toxicômanos em domicílio, ou seja, a lei não condenava mais o uso de drogas, porém continuava mantendo seus usuários “protegidos” em instituições destinadas ao seu tratamento.

As transformações na experiência do espaço e do tempo ocorridas na pós-modernidade também podem fornecer contribuições importantes, quando o uso de cocaína e crack é abordado. O uso desenfreado de drogas ilícitas sempre remete a algum lugar secreto; nos banheiros de bares e danceterias, imóveis abandonados ou até mesmo o “beco” varrido pela escuridão dos grandes centros urbanos, quando não, dentro das próprias casas (ou escritórios, “barracos” e mansões?) de seus usuários. Por enquanto, muitos desses locais ainda não estão cercados de câmeras que denunciariam nas suas imagens a certeza do ato e prejudicaria com provas a manutenção da imagem tão cobrada pela sociedade, com suas rígidas normas de vigilância e controle atestadas como dispositivo de segurança. Quando pensamos no tempo, a utilização dessas substâncias não é muito diferente, pois elas têm uma intimidade significativa com o mesmo, proporcionando prazer entre um e dois minutos após o uso, no caso da cocaína intranasal, e praticamente imediato, no caso do crack fumado. Porém seu pico de prazer é

curto, estimulando o sujeito a administrar novas doses. O investimento na procura de prazeres a longo prazo não faz parte da rotina desses sujeitos, importando o êxtase do aqui e agora, demonstrando a sua incapacidade de adiar os mesmos, embora nossa sociedade promova cada vez mais a aparição de prazeres instantâneos como o lazer e a diversão, já citados anteriormente.

Assim, os atrativos para consumir são muitos, enquanto a estimulação para a produção de bens sociais é pequena demais. As demissões aumentam a cada dia, produzindo raiva e depressão e a chance de conseguir novo emprego parece estar atrelada à rede de relações. Nos grandes centros as pessoas procuram emprego próximo a suas residências porque falta dinheiro para a “condução”, desenhando um novo tipo de exclusão.

As propagandas apostam na velocidade do consumo retratando de forma sedutora as delícias do adquirir sem fronteiras. A luta contra o tempo alcançou amplamente o mercado da estética, apostando na eternização da aparência e o grande mundo das academias exalta o culto ao corpo mascarado por um ideal de saúde. O que era segurança, agora provoca medo através das incertezas produzidas pelas rápidas mudanças da era do livre mercado. A robotização condena uma multiplicidade de funções de trabalho à extinção e aumenta as estatísticas da população “desocupada” e não produtiva. As telecomunicações se desenvolvem e o surgimento da internet e da telefonia celular colocam quase simultaneamente corpos distantes em contato através da imagem e do som.

Seria errôneo atribuir a causa do uso de drogas à pobreza, porém é importante admitir que o desemprego e precárias condições de vida em muito fortalecem o lugar de excluído na sociedade do consumo, situações contribuidoras para desencadear altos índices de violência, não necessariamente vinculados ao uso de substâncias psicoativas. Por outro lado, não podemos ignorar as más condições de vida em nosso país e a desigualdade social existente, variáveis pertinentes na exclusão da grande maioria da população ao acesso de uma

variabilidade maior de prazeres e reconhecimento nos moldes do cenário contemporâneo.

A categorização entre drogas lícitas e ilícitas é uma questão polêmica. Se por um lado, a cocaína é vista como droga ilegal, assistimos ao sofrimento psíquico dos alcoolistas, comprando sua dose de cachaça em qualquer bar sem necessitar refugiar-se da polícia. Com efeito, visualizar com maior atenção o uso de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, está associado à magnitude do sistema econômico e político. É por meio da mídia que a violência é cada vez mais relacionada com o uso de drogas. Permanecer nas margens da globalização e ser vítima do desemprego também não seriam formas de violência? Será uma violência que faz vítimas da exclusão e ao mesmo tempo a produz?

Portanto, o consumo de crack e cocaína mudou ao longo dos tempos e parece estar em consonância com as diversas modificações processadas na história da humanidade. É elucidativo que as toxicomanias, além das variáveis perpetuadas pelo sistema, encontram-se enredadas por um aspecto que há muito vem sendo esquecido pela sociedade: o relacionamento entre as pessoas e sua capacidade de fazer laço social. Com todas as transformações trazidas pela modernidade e sua transição para a “pós-modernidade”, pouco espaço restou para o respeito à diferença, para as relações interpessoais e para a solidariedade. A busca obstinada pelo poder prossegue fazendo parte do menu, mesmo que seja no formato da sensação provocada pelo uso de drogas. Talvez, uma alternativa seria oferecer ao toxicômano outras possibilidades, que não a relação exclusiva com a própria droga. O que presenciamos nesse contexto é que a partir de uma concepção que a modernidade tem da consciência, a idéia de gozo encontra-se associada ao consumo, tendo uma ligação mais intensa com os conceitos de vontade e necessidade e não da ordem do desejo na dimensão do inconsciente. Ter e poder são conseqüentemente gozar; eis a lei da pós-modernidade.

Considerações Teóricas da Drogadição

Para situar uma discussão em torno do fenômeno da drogadição, é preciso entendê-la como uma forma particular de adicção. Para tanto, recorrer à teoria é trajeto necessário para situar as modalidades de gozo. Segundo Valas (2001), é através do entendimento de que o inconsciente é estruturado como linguagem, que podemos então compreender que a causalidade significativa do gozo produz diferentes modalidades de emergência deste, no campo do sujeito. Existem assim, quatro modalidades de gozo: o gozo do Outro, o gozo fálico, o mais-de-gozar e o gozo feminino. No gozo do Outro, devemos entender que o Outro se trata do corpo próprio e que, portanto, o gozo não passa pela linguagem, ou seja, trata-se de um gozo fora do simbólico. É um acontecimento que suprime a palavra e retira a falta, perpetuando a crença do gozo obtido somente no próprio corpo.

O gozo do corpo pode se manifestar como prazer dos sentidos, desde as suas formas mais sutis até a repulsa da saciedade. Em suma, o gozo pode ir das cócegas, passando pelo prazer refinado da dor, pela felicidade, pelo êxtase, até o horror que acompanha a grande chama mortal para o corpo. Mas falar do gozo nesses termos já é lhe dar uma coloração subjetiva. Entretanto, é impossível falar de um gozo puro, que seria o do corpo próprio, a não ser dizendo que o sujeito o experimenta sem saber. Lacan define esse gozo como o gozo do Outro (J(A)). O Outro se entende aqui como o corpo próprio, o que pode causar confusão, na medida em que Lacan define primeiro o Outro como sendo o lugar da palavra e da linguagem, isto é, um lugar desertado pelo gozo (VALAS, 2001, p. 43).

De acordo com o mesmo autor, o gozo fálico é o gozo ligado à linguagem, se manifestando como uma satisfação verbal e sendo produzido no nível das formações

inconscientes do sujeito, através da cifragem do gozo corporal pelo significante, referente aos traços mnêmicos constitutivos do aparelho psíquico, supondo um modo de constituição subjetiva através do recalçamento.

O mais-de- gozar é o objeto *a* definido como o resto de gozo que escapa ao processo de significância, ou seja, o que a fala sempre deixa de significar, porque o sujeito está impossibilitado de esgotar sua significação pelo significante, resultando numa perda para o sujeito, uma perda constitutiva, portanto correlata da constituição por recalçamento.

Já o gozo feminino é um gozo não tomado na linguagem, estando além do falo e sendo-lhe suplementar, sem dever inteiramente ao processo da significação.

Assim, estando minimamente esclarecidas as modalidades de gozo, podemos entender que a toxicomania reporia o que a entrada no universo da linguagem expropriou, sendo fortemente marcada pelo gozo do Outro, ou seja, um gozo no corpo onde o sujeito não passa pela linguagem e só lhe interessa gozar, provocando um curto-circuito do simbólico. Quando falamos do toxicômano, estamos falando de uma figura de gozo que não se submete aos valores fálicos, ou seja, ao gozo generalizado da nossa civilização. O toxicômano é um sujeito dominado pelo seu gozo, um gozo do corpo, ainda, diferente do gozo consumista.

Ele não o sabe, ou seja, é alguém que se recusa a entrar no que chamamos de o gozo fálico, visto que o gozo fálico não é apenas o gozo do órgão, mas também o gozo que sustenta toda competição social, toda a circulação da competição no mundo social (SOLER, 1988, p. 50).

O toxicômano na sua relação compulsiva com o uso da droga acredita que o objeto supostamente perdido pode de fato ser reencontrado, buscando uma completude e uma plenitude que ele crê alcançáveis, além do princípio do prazer. Nesse caso, a pulsão de morte não se reduz ao desejo de morrer, pois à medida que o corpo visa a homeostase, o desejo de morte que alimenta a fantasia de morrer do sujeito está de fato fundamentado no desejo de

abolição do ser, para que através da memória ele possa ser amado.

A pressão da necessidade e a ausência do objeto que a satisfaça são as duas fontes de tensão que precisam ser eliminadas para atingir o nível zero; a radicalidade da pulsão de morte se faz presente quando ela não se contenta com a descarga contingente, parcial e incerta da experiência de satisfação e busca a eliminação da própria fonte de perturbação (GURFINKEL, 1995, p. 214).

Trata-se de um gozo que evita a castração, prescindindo da passagem pelo corpo do Outro, se afirmando no corpo do sujeito como independência no mundo que o cerca. Assim, o sujeito toxicômano serve-se da droga para tamponar sua incompletude, fazendo uso direto do próprio corpo na sua relação narcísica com o objeto.

A introdução no corpo de substâncias farmacodinâmicas, dopantes, estupefacientes e outros produtos diversamente terapêuticos ou tóxicos pode modificar o funcionamento do aparelho homeostático do corpo próprio, estimulando o sujeito a solicitá-lo mais. Mas, com a repetição dos abusos, o corpo se esgota e pode ser levado à morte, ligada a um prejuízo fisiológico irreversível. Passamos aqui do registro do corpo gozando de si mesmo ao do gozar do corpo, no sentido objetivo desse genitivo (VALAS, 2001, p.46).

Dessa forma, podemos entender que o sujeito toxicômano tenta por meio da droga, fugir das determinações impostas pela função fálica, com um gozo no corpo que se não é limitado pelos valores fálicos, pode ser limitado apenas pela morte. Na toxicomania o sintoma é abolido, surgindo um vazio à medida que o desejo desaparece, dando espaço ao gozo mortífero. Assim, a droga substitui o sintoma, propiciando ao sujeito um acesso direto ao gozo, sem passar pelo sentido simbólico, funcionando no registro do real e do imaginário, por isso goza do próprio corpo. Podemos aqui notar que, enquanto para a medicina o sintoma

seria um sinal de doença, para a psicanálise o sintoma funcionaria como um substituto da doença, representado através da pulsão numa relação com a linguagem. Segundo Inem (1998), o gozo do toxicômano é um gozo auto-erótico porque não passa pelo corpo do Outro como sexual e sim pelo próprio corpo, tendo em comum com a pulsão a anulação do outro. Portanto, nomear um sujeito de toxicômano seria um modo de excluí-lo socialmente e designá-lo por uma forma específica de gozo.

A contribuição da psicanálise dentro da discussão e tratamento das toxicomanias seria percorrer um caminho que apontasse para a divisão subjetiva, já que o toxicômano entende que só ele detém um saber diante da experiência de drogar-se e por isso nada quer saber. O sujeito da toxicomania só aparece representado como ser enquanto pessoa, no lugar de indivíduo e ausente de uma performance desejante, como se fosse um “eu existencial”, fazendo do seu corpo lugar da experiência e do prazer, embora o que ele diz é que ninguém além dele sabe o que acontece.

No discurso analítico, que faz trabalhar a posição subjetiva do analisando, ou seja, o que ocorre com a sua castração, é o gozo fálico que é consumido pelo sujeito. O analista, que ocupa a posição de semblante do ‘ser de gozo do sujeito’, não goza. Ele presentifica o objeto a como causa do desejo do analisando. A psicanálise é um discurso de renúncia ao gozo do sintoma, que pode permitir ao sujeito encontrar um outro gozo, contíguo ao desejo (VALAS, 2001, p. 77).

Por esse motivo, seria vital para a psicanálise provocar a divisão do sujeito, para que esse possa viver dentro de uma realidade em que ele não tenha certeza absoluta, abrindo espaço para conviver em outro registro do gozo, a fim de suportar a angústia, possibilitando que a frustração e a incompletude possam ser toleradas. O contraponto seria permitir a

fantasia como organizador do psiquismo, algo que correlaciona o objeto *a* que funciona como causa do desejo, podendo fazer emergir de fato um sujeito desejante e aberto para o novo, e que através do discurso possa provocar rupturas para outros agenciamentos, ou seja, outras possibilidades de relação com o objeto. O que se espera com a divisão subjetiva é que o sujeito dito toxicômano possa se abrir ao inconsciente, permitindo que o mesmo goze do objeto, de modo que seria característico do desejo e não do gozo. O desejo seria então, não o que nomeamos como falta, incompletude ou angústia, mas a própria faculdade de poder estar usufruindo do objeto com o maior grau de liberdade possível. O toxicômano tem um objeto como mais-de-gozar e não como causa do desejo, por isso trata-se de um objeto que goza direto na carne, deixando-o sem liberdade, colocando o sujeito numa fronteira muito próxima com a morte. O desejo funciona como um condensador de gozo e o objeto alcançaria um outro estatuto na passagem pelo simbólico, coisa que não acontece com o gozo repetitivo em que o sujeito não emerge. Nesse contexto, a psicanálise estabeleceria uma ligação que possibilitasse transitar da experiência da droga para a questão do sujeito, certamente anterior à droga, mas que o toxicômano busca sua resposta no ato de experimentá-la. Trata-se de introduzir o sujeito na linguagem para que, através das demandas trazidas, surjam significantes e o sujeito seja conduzido ao desejo, marcando sua relação com o falo através da interpretação. Introduzindo o sujeito no universo da linguagem, a psicanálise propiciaria que a questão do desejo se infiltre no vazio da experiência do sujeito do inconsciente, a experiência que eles dizem que não temos e que se realiza num fazer. É a experiência da intoxicação, como aponta Tarrab (1998):

Ainda que se trate de uma experiência, trata-se de uma experiência vazia do sujeito ou, ao menos, vazia do sujeito do inconsciente. Certamente uma experiência tão vivida quanto vazia do Outro, inclusive do outro (com

minúscula) que poderia se fazer parceiro (TARRAB, 1998, p. 150).

Assim, a experiência toxicômana esvazia qualquer processo de significação, por isso é possível dizer que os sujeitos nomeados de toxicômanos estão fora da palavra, numa experiência vivida e vazia da droga que não carrega sentido, mas que se afirma pelo argumento de não poder deixar de se fazer e de que não há o que falar. Por isso, assumir a identidade de toxicômano equivale a uma tentativa como vimos, de encobrir ou mesmo ocultar o sintoma, fazendo da droga a razão da sua demanda, a fim de esconder a causa que faz com que ele busque a droga como resposta. Miranda (1998) fala do engano entre a junção de frase e substância, que confere ao toxicômano a ilusão de deter um saber sobre a causa do seu gozo, à medida que concretiza um gozo na droga, atribuindo ao gozo a causa do ato de drogar-se. A partir do momento que o drogadito coloca-se numa posição de não falar, permanece na satisfação, carente de significação, daí a importância de no tratamento das toxicomanias o sujeito passar do ato para o dizer. Sem dúvida que passar do ato para o dizer, processa-se diferente do dito, ou seja, que a dimensão do dizer extrapola o enunciado, resultando na enunciação, entendendo que o sujeito através da linguagem fala muito mais do que o dito. Isso se verifica, por exemplo, através de um lapso durante a sessão. É através do processo de análise que a identidade “sou toxicômano” pode ser desconstruída e que, no encontro com o analista, sejam demandadas outras identificações de um sujeito desaparecido. Inicialmente, é importante que o analista possa ocupar a posição de Mestre, à medida que a transferência se dá no imaginário de um suposto saber, mas que posteriormente deve ser abandonada para que o sujeito possa encontrar suas próprias respostas e produzir um saber próprio. Assim, a questão não é, na ação do analista, normalizar o gozo, mas fazer com que o sujeito se responsabilize por ele. Essa mudança de posição por parte do analista certamente poderá dar ao sujeito o estatuto de responsável pelos seus atos, a fim de evitar um engodo, como é o caso da ciência que fornece respostas ao sujeito através dos fármacos ou pela ótica

do consumo. Nogueira (1998) fala do discurso capitalista:

Uma coisa é certa: tanto a ciência quanto o discurso do capitalismo, cada um a sua maneira, pregam a revogação do inconsciente. A ciência pela vertente significante, evacua a responsabilidade do sujeito. É o caso atual das depressões; ao serem formuladas como doença, déficit de neurotransmissores retira a responsabilidade do sujeito, apagando sua subjetividade, ignorando sua singularidade e determinando um mesmo tratamento para todos (NOGUEIRA, 1998, p. 93).

Por outro lado, podemos compreender onde reside a diferença dos toxicômanos, pois o objeto de consumo não participa dos valores fálicos, sendo esses sujeitos cerceados por uma identidade fora da linguagem, muito semelhante à primeira identidade do eu do espelho. Portanto, o significante droga acoberta o sintoma e estando fora dos valores fálicos não permite que um objeto se suceda a outro. A cultura do consumismo parece ter um estilo que coincide com a performance do indivíduo, de forma que ter equivale a ser, associado a valores como prestígio e fama, permitindo a troca constante de objetos que a drogadição parece não “autorizar”.

Desta maneira, ao contrário da medicina que coloca a toxicomania no lugar de doença, a psicanálise fará uma outra leitura entendendo que se trata de um fenômeno. Assim, a toxicomania não é uma estrutura porque não recorre ao registro do simbólico, não é um sintoma, pois rompe com o gozo fálico e não pode ser reduzida a uma perversão porque não é mediada pela fantasia. O toxicômano é alguém que não suporta barrar o gozo, o que reflete sua incapacidade de lidar com a frustração e que é suprimida pela droga.

Trata-se de um uso do tóxico, que permite fazer um curto-circuito da fantasia. É ele que faz, graças à Ciência e à Indústria, com que possa industrializar esse gozo e, com um único produto, inundar o mercado (LAURENT, 1995, p. 195).

Pela lógica, na toxicomania o sujeito não usa do corpo como apoio para a fantasia como o perverso, pelo contrário, trata-se de um gozo totalitário no corpo, de modo que para o sujeito só interessa gozar através de sucessivos gozos. Assim, podemos agora questionar: o toxicômano existe ou o que existe é o tóxico? Parece claro que a toxicomania só existe no momento do ato, momento em que somente o que ocorre é o gozo do corpo e para lembrar dele, somente outro gozo. Se pensarmos do ponto de vista da estrutura, poderíamos dizer que o toxicômano é um sujeito de estatuto perverso, só que mais precário, à medida que ficou prejudicado porque não tem o recurso da fantasia. No perverso, o recurso psíquico da fantasia pacifica o gozo, enquanto que no toxicômano sua relação com a droga o leva a um gozo mortífero. Uma outra vertente teórica considera que o sujeito toxicômano é constituído como qualquer outro, ou seja, pode ser um psicótico, um perverso ou um neurótico. Essa abordagem entende que não haveria pontos fracos no processo de subjetivação, onde a droga insistiria em entrar no funcionamento subjetivo.

Concomitantemente, não se propõe uma nova estrutura psicopatológica ao lado da neurótica, da perversa, da psicótica: a toxicomaníaca. Mas, outro sim, teoriza-se a respeito de uma função particularmente perturbadora, derivada do uso de drogas, que não repousa no esplêndido berço do passado, apesar de pertencer à história, e não é deduzida das estruturas clínicas definidas apesar da obviedade que há em afirmar que são os neuróticos, os perversos e os psicóticos os sujeitos que, porventura, usam drogas (NOGUEIRA FILHO, 1999, p. 45).

A vertente mais aceita do ponto de vista da psicanálise lacaniana parece ser a de um sujeito de estatuto perverso, com a diferença de que alguma coisa não se processou na passagem do imaginário para o simbólico. Essa passagem diz respeito ao primeiro momento do narcisismo, através da intermediação da instância terceira, ou até mesmo do desejo

materno, o que a torna muito próxima da Forclusão, e desta só se escapa porque o sujeito entra no simbólico. No toxicômano até o imaginário foi prejudicado quando ele cristaliza sua identidade em “sou dependente” ou “sou toxicômano”. Parece que algo foi problemático na constituição subjetiva e que deixou o sujeito mais suscetível ao tipo de gozo no corpo, ou seja, diante de um gozo absoluto o sujeito encontra a solução do enigma do universo e por isso quer recair na experiência de drogar-se.

A toxicomania é efeito do discurso capitalista -segundo Lacan, uma distorção do discurso do mestre-, não podendo ser chamado de discurso por não deixar lugar para a falta, neste discurso, o sujeito tem acesso ao objeto a sem passar pela fantasia, ou seja, os efeitos do objeto não passam pela fantasia e estabelecem uma colagem com o gozo, driblando a divisão do sujeito (OLIVIERI, 1988, p. 176).

Enfim, através das considerações realizadas em torno das toxicomanias, podemos compreender um efeito peculiar no ato de drogar-se, ou seja, um ato que deixa marcas, numa relação particular com o sintoma, o prazer e o gozo. Trata-se da repetição de um mesmo ato, ou seja, sem a permissão para a troca de objeto, ligado à primeira experiência de satisfação. Se entendermos que o objeto causa de desejo detém o gozo particular de cada um, na toxicomania o que se observa é que a droga passa a ocupar causa de gozo, provocando um processo de homogeneização, apagando o sujeito enquanto desejante. Pensar que o pedido de tratamento parte de um drogadito pode abrir caminhos para compreender que talvez ele não esteja se queixando do gozo, mas da sua falta e das conseqüências que esse gozo produz num mundo estabelecido pelos valores fálicos. Assim, cabe à psicanálise questionar os aspectos do coletivo em cada sujeito, de forma que possa manejar o seu gozo.

MÉTODO

A pesquisa foi realizada com usuários de drogas ilícitas (crack e cocaína) com história de tentativa de abandono do uso e posterior retomada, seguida de pedido por internação em instituições de tratamento. Foram realizadas entrevistas com onze sujeitos. As entrevistas não foram gravadas, mas relatadas na seqüência dos seus términos. O número de encontros não foi definido, dependendo da relação que cada sujeito estabeleceu com o “pesquisador” e das variáveis cotidianas, não somente de caráter institucional. As entrevistas foram realizadas em equipamento de saúde especializado para tratamento da dependência química ou problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, situado em município do Estado de São Paulo, com autorização prévia do comitê de ética da instituição. O convite para participar da pesquisa foi feito pessoalmente, acompanhado, no caso de resposta positiva, de um documento “consentimento livre e esclarecido” indicando que os sujeitos estão cientes das condições de todo o processo.

O que entendemos por método?

A construção do método é, na maioria das vezes, uma questão polêmica. A ciência vem cobrar sistematicamente nas presentes formas de conhecimento, o rigor e a objetividade advindos da tradição positivista.

Por outro lado, cabe mencionar que produzir conhecimento remete às diferentes formas de abordar a realidade. É claro que a prática da pesquisa deve estar respaldada por uma teoria, a fim de importar para o objeto as conexões de sua relação com a realidade. Por isso, torna-se uma tarefa árdua construir um “desenho do método”, à medida que pretendemos estudar o homem em sua complexidade e implicado nas relações sociais: eis o desafio da

pesquisa em ciências humanas. Sem essa objetividade, difícil se torna aceitar os resultados como verdade no campo intelectual.

Ora, essa questão remete às próprias entranhas do positivismo sociológico que apenas reconhece como ciência a atividade ‘objetiva’, capaz de traçar leis que regem os fenômenos, menosprezando os aspectos chamados ‘subjetivos’ impossíveis de serem sintetizados em dados estatísticos (MINAYO, 2000, p. 10).

Diante dos aspectos supracitados, podemos dizer que o objeto das ciências sociais é histórico, passível de mudanças de acordo com a intensidade de forças que incidem nos acontecimentos. Além disso, não podemos esquecer que pesquisar significa ao mesmo tempo ser autor e resultado de seu tempo histórico, o que possibilita questionar a identidade entre o sujeito e o objeto de investigação. Assim, pesquisar é explicitar o tipo de ser-no-mundo manifestado diante de sua relação com o objeto. “*A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho* (Minayo, 2000, p.21)”.

Portanto, fazer ciência pode ser tomado como uma forma dominante de abordagem do saber e da verdade, porém não exclusiva e/ou conclusiva. O método tende a incluir, além do conjunto de técnicas, teorias que permitam uma apreensão da realidade, juntamente com a singularidade do pesquisador na construção de sua obra.

As implicações “do fazer pesquisa qualitativa”

A construção da pesquisa social coloca de forma imediata o problema da intervenção. Fazer pesquisa desconectada de alternativas surgidas do repensar de forma permanente, pouco ou nada contribuiria para o principal alvo a ser beneficiado: o homem. E propor intervenção não é algo simples, pensando que, nos dias atuais, somos receptores e simultaneamente agentes de transformação, enredados pela lógica do mundo globalizante. Fazer pesquisa social é, antes de tudo, resultado do processo histórico que, tanto nos países mais ricos como nos subdesenvolvidos, nasce do interesse do Estado de conhecer, regular e controlar a sociedade civil, como aponta Minayo (2000). Por isso, a saúde não institui uma disciplina ou campo separado das outras instâncias da realidade social. Assim também acontece quando se aprecia o conceito de Metodologia Qualitativa. Esta não deve ser vista como alternativa, mas dentro de um aprofundamento do caráter social e das barreiras na construção do conhecimento, na maioria das vezes, de forma inacabada. Deve haver uma interdependência entre o que é dito objetivo e a sua significação no cotidiano. Por isso, nomear uma metodologia de qualitativa traz em si o risco de uma cisão inexistente.

Outra conturbada questão de pesquisa é a posição de neutralidade que o pesquisador “deve” ocupar. Colocar-se fora do processo é contraditório, pois uma temática de pesquisa surge a partir das experiências vividas pelo pesquisador, e principalmente do desejo em aprofundar algumas questões e produzir novos conteúdos como dispositivos transformadores de uma dada realidade. A resposta aos questionamentos sobre a seriedade e a validade da pesquisa diante das normas do “tradicional rigor científico” verifica-se através da inclusão de concepções teóricas de abordagem. Além disso, deve conter técnicas que possibilitem a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. Como já mencionado, o

ser humano é autor e fruto do seu tempo histórico. Pensando assim, o método não deve resumir-se à forma de coletar e dar tratamento aos dados; sejam eles quais forem, pedem necessariamente todo o contexto e suas implicações na realidade. Desta forma, a metodologia ocupa um lugar abrangente que reúne os capítulos do trabalho. Resgatando essas considerações para a pesquisa em pauta, esta deve trazer as questões culturais que se relacionam com o tema, assim como as “modalidades” de tratamento para a dependência química até então colocadas em prática, além de outros temas que possam emergir como pertinentes no processo.

Introduzindo a cultura na definição do conceito de Saúde demarca-se um espaçamento radical: ela amplia e contém as articulações da realidade social. Pensada assim, cultura não é um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário (MINAYO, 2000, p. 15).

A cultura torna-se o lugar onde se coadunam as tradições, os conflitos e as mudanças, ganhando vários sentidos, sem um único e restrito significado.

O método psicanalítico

Conceber o método como algo acabado e definido antes mesmo de considerar a pesquisa como um todo recai num erro. Assim, antes de tudo, faz-se necessário narrar o percurso do presente trabalho. O objetivo é examinar o fenômeno da reincidência na drogadição a partir da visão do adicto. Para tal, a análise (o trabalho de reflexão) dos dados das entrevistas (do trabalho de investigação) seria qualitativa segundo os parâmetros do

método clínico com referencial teórico na psicanálise. Primeiramente, falar de “análise dos dados das entrevistas” corre um sério risco de situar o trabalho de pesquisador numa lógica de pesquisa, que embora não se sirva exclusivamente de tabelas, gráficos e números, ainda esteja inserida na ordem da ciência dita moderna. Eis um dos tópicos discutidos mais à frente.

Além disso, depois nos demos conta que havia outros métodos clínicos com outros autores que não são psicanalistas. Dizer que a análise seria dentro do referencial teórico da psicanálise implicava desde o início o entendimento de método clínico como sinônimo de método psicanalítico. Esta foi outra problemática na construção do método.

Começamos com uma boa discussão quando falamos de psicanálise. Embora na psicanálise o objeto de pesquisa seja o próprio sujeito, poderíamos dizer que no método psicanalítico a situação do investigador (psicanalista) que ainda não está no trabalho de lapidação do material clínico (pesquisador) é a de quem escuta da forma mais livre possível, para que seu objeto (sujeito) possa produzir um saber. É o que nos ensina Fábio Herman em entrevista para Silva (1993):

Quando o pesquisador se lança numa pesquisa psicanalítica, ele faz também o papel de *Therapon*, quer dizer, ele não vai descobrir, ele vai permitir que se descubra, permitir que algo tire a cobertura por cima de si próprio, vai permitir que se dê uma *aletheia*, um desesquecimento, já que as águas do rio Lethes eram as águas do esquecimento. Uma *aletheia* era uma espécie de desvelamento, de desesquecimento para os gregos (SILVA, 1993, p. 143).

Assim, mais do que sujeito, o objeto da psicanálise é o inconsciente, de modo que no processo de investigação o psicanalista deva abster-se de respostas, conhecimentos ou hipóteses. Este deve valorizar mais a escuta do que a fala, no exercício da espera para que o inconsciente possa emergir. Nesse sentido, adotamos a postura de falar em método psicanalítico e não mais em método clínico, à medida que a “pesquisa em psicanálise”

pressupõe uma prática (o próprio método psicanalítico) seguida de um segundo momento do pesquisador que “bebe” da teoria para refletir sobre o momento singular com seu objeto de pesquisa: o sujeito que fala.

Mas Fábio Herrmann novamente contribui com nossa discussão, fazendo uma distinção importante durante a mesma entrevista a Silva (1993) do trabalho no consultório e do trabalho de pesquisa:

Simplemente porque são duas coisas que não se comparam: um trabalho psicanalítico não é uma pesquisa, pois a cada momento se renuncia à sua própria estrutura de saber (consolidada), ao próprio acervo de conhecimento conseguido pesquisando o paciente, para começar tudo de novo, constantemente. Não tem o caráter de uma pesquisa. A pesquisa psicanalítica de uma análise de um paciente posso fazer, mas separada da análise (SILVA, 1993, p. 134).

Esta passagem nos elucidada, a partir do momento em que Herrmann parece promover uma distinção entre o que seria a investigação dentro de um processo analítico, que produz sim um saber, e a pesquisa dentro do referencial teórico da psicanálise, mas que não deixa de estar sustentada pela experiência clínica que a antecede. Embora o autor faça a distinção entre o trabalho psicanalítico e a pesquisa psicanalítica, reafirma mais à frente na mesma entrevista que a pesquisa não acontece sem essa prática, pois ao falarmos de psicanálise nos remetemos ao inconsciente e esse só pode surgir na situação analítica: *“É impensável o inconsciente sem a existência do método psicanalítico: o método revela o que constrói”* (SILVA, 1993, p.135).

Por outro lado, mesmo tendo o entendimento de que no trabalho psicanalítico não se tenha diretamente a finalidade de pesquisa, ou seja, o psicanalista não vai para a clínica com o propósito de fazer pesquisa, a atitude do profissional que trabalha na Rede Pública de Saúde deveria ser antes de tudo ética, ocupando um lugar que extrapole a posição de técnico. Mesmo porque, na clínica, não se dissocia técnica de teoria, e se temos profissionais que promovem

esta cisão seria admitir o não reconhecimento da produção de conhecimento diante do seu próprio trabalho. No atual momento histórico no contexto da saúde pública poucas pesquisas existem e a temática da drogadição na sua imaturidade “solicita” a produção de conhecimento pelos profissionais atuantes na rede. Safra (1993) reafirma nossa discussão:

Sem essa atividade de pesquisa, o analista arriscar-se-ia a transformar-se em um técnico, que só repetiria fórmulas já conhecidas. A qualidade do trabalho que o analista fornece ao seu analisando dependerá da atividade de investigação e conceituação que realiza sobre a sua prática (SAFRA, 1993, p. 126).

Tendo realizado considerações pertinentes acerca da psicanálise, podemos entendê-la como produção de conhecimento em dois sentidos: o primeiro deles aponta que no método psicanalítico o que se busca é o encontro do recalcado no inconsciente, e aqui embora de forma mais usual o método psicanalítico seja visto como método de tratamento, não podemos negar o processo de investigação e descoberta que deste decorre. O outro sentido seria reportar-se à metapsicologia, momento em que há o encontro da teoria psicanalítica e a própria prática clínica. Nesse sentido a universidade pode ser considerada como um dos lugares que sustenta a reflexão de uma prática, embora esta se dê em outros contextos. Birman (1994) fala da experiência psicanalítica e da sua realização em diferentes espaços clínicos, mantendo os princípios básicos de funcionamento do modelo psicanalítico, mas da impossibilidade de instituir esse modelo *ipsis literis* como se ele fosse a materialização da psicanálise. Para este autor a distinção que cabe estabelecer é entre a experiência psicanalítica pensada como sendo um modelo teórico ideal e diferentes formas da clínica psicanalítica. Além disso, para Birman (1994), a clínica psicanalítica é o lugar da pesquisa psicanalítica.

Acompanhando o raciocínio de Birman, uma vez que a experiência psicanalítica pode ser realizada em diferentes espaços clínicos e a clínica psicanalítica é o lugar da pesquisa

psicanalítica, portanto, pode haver pesquisa psicanalítica em diferentes espaços clínicos, contanto que se respeite a condição da transferência.

Conforme já explicitado, a pesquisa, para além da investigação analítica, pressupõe a reflexão a partir de um dado “material clínico”. É neste material que o pesquisador se debruça, e não lhe é um material estranho, à medida que o constituiu numa relação em que existe um outro sujeito que fala:

É o momento em que o analista já não se dirige ao seu paciente, já não deseja encontrar a interpretação adequada do que escutou, ou mesmo do que pensou a partir do escutado, mas busca dar conta, em termos conceituais, do modo pelo qual puderam se produzir tanto o que ouviu como o que o fez ouvir assim (MEZAN, 1993, p. 58).

Enfim, é o que nos revela Safra (1993), quando o autor remete o modelo de pesquisa em psicanálise à origem e história do desenvolvimento psicanalítico, apontando a importância do diálogo permanente entre teoria e clínica.

Retomando a questão da “análise dos dados das entrevistas” depois de discorrer sobre a psicanálise, agora podemos compreender melhor porque fazemos referência à ciência moderna. Entretanto ainda é preciso resgatar a trajetória da “pesquisa”. Ao escrever as primeiras linhas do trabalho, este trazia na sua proposta narrar sobre um aspecto de uma dada prática. Por outro lado, essa construção da narrativa se reportava ao meio acadêmico como espaço de criação. Desde então foi demonstrada a importância de esclarecer da forma mais transparente possível os objetivos do trabalho e a sua “metodologia”. Assim, o estudo contava com um roteiro de conteúdos que caso não surgissem espontaneamente na situação de entrevista, deveria ser explorado pelo pesquisador. Este roteiro tinha como pergunta inicial: *Desconheço porquê as pessoas que começam a se tratar voltam a fazer uso de drogas. Você poderia me contar como foi o seu caso?* Praticamente no mesmo período o pesquisador foi

integrado à equipe de trabalho do equipamento de saúde especializado em dependência química, mencionado como campo da pesquisa. Neste contexto começamos a discutir qual o sentido de realizar uma pesquisa cerceada por uma escuta dirigida por um roteiro outrora “reivindicado”, se já estava iniciada uma prática que vinha de encontro ao estudo, uma vez que no método psicanalítico, conforme destacado, o analista se despe de qualquer intenção que não seja a escuta. O método psicanalítico trabalha com a investigação, mas não se preocupa com o imperativo da ciência moderna em elencar objetivos a priori que não a escuta. Por isso dizer que o rigor acadêmico advém da ciência moderna, persistente em saber como posso provar *sistematicamente* os “resultados” apresentados. Além disso, realizar um trabalho atravessado por um roteiro de conteúdos seria uma contradição nesse desenho, uma vez que o objetivo da pesquisa buscava examinar o fenômeno da reincidência a partir da visão do adicto e não de contextos pré-estabelecidos que não fossem vivenciados nas situações de entrevistas. Nesse caso, um roteiro poderia direcionar os sentidos e conteúdos trazidos pelos sujeitos. Também foi percebido nas entrevistas que os sujeitos queriam falar de outras questões que não propriamente da reincidência. Todos estes argumentos fizeram o pesquisador abandonar o roteiro de conteúdos que definitivamente se opunha à ética do método psicanalítico, de forma que os objetivos previamente estabelecidos serviram de base para o trabalho de reflexão do pesquisador. Os objetivos eram da pesquisa e não das entrevistas. Após os esclarecimentos acima fica mais evidente que não falamos de um trabalho que realiza um estudo das teorias que falam da drogadição. Trata-se de uma experiência enquanto profissional da Saúde Pública, que se identifica com a psicanálise e na escuta se respalda não só no seu referencial teórico para a “análise dos dados” dessa prática, mas antes mesmo, se utiliza do método psicanalítico que produziu esta teoria. Persistir num roteiro de conteúdos traria o risco de produzir de antemão categorizações pretensiosas e verdades incontestáveis e absolutas da reincidência, o que reforçaria o paradigma da ciência moderna. Esta reconhece no pesquisador

um produtor de conhecimento, mas de certa forma “desvaloriza” o seu objeto (o outro sujeito desta relação) como potente para dele emergir um saber. Eis a crítica feita por Copit & Hirschzon (1993):

Enquanto marcamos a analogia entre a psicanálise e a ciência, sublinhamos a diferença entre o trabalho acadêmico, por um lado, e o psicanalítico e científico pós-moderno, por outro. A produção acadêmica, a partir da institucionalização do saber, cristaliza-se em torno do paradigma moderno, isto é, constrói um modelo totalitário de racionalidade, separa totalmente natureza e ser humano, desconfia das evidências da experiência imediata, expulsa a subjetividade, quantifica e reduz a complexidade, concebe o mundo dotado de ordem e estabilidade e busca um determinismo mecanicista (COPIT & HIRCHZON, 1993, p. 100).

Por isso, poderíamos interrogar juntamente com os autores citados se a psicanálise se encontra no contexto pós-moderno, pois o método psicanalítico é um método que reconhece no sujeito um produtor de conhecimento, dando a este, na relação analítica, a condição de produzir um saber. Então, por que nomeamos de “entrevistas” o “instrumento” de investigação? Esta nomeação faz referência às entrevistas preliminares segundo Lacan. A investigação é um processo, sendo que as entrevistas preliminares têm a mesma estrutura da análise, mas são distintas desta. Eis como as descreve Quinet (1993):

A expressão *entrevistas preliminares* corresponde em Lacan ao tratamento de ensaio de Freud. Essa expressão indica que existe um limiar, uma porta de entrada na análise totalmente distinta da porta de entrada do consultório do analista. Trata-se de um tempo de trabalho prévio, à análise propriamente dita, cuja entrada é concebida não como continuidade, e sim – como o próprio nome tratamento de ensaio parece sugerir – como uma descontinuidade, um corte em relação ao que era anterior e preliminar. Esse corte corresponde a atravessar o umbral dos preliminares para entrar no discurso analítico (QUINET, 1993, p. 14).

Aqui podemos estabelecer um paralelo das entrevistas preliminares com a clínica da urgência. Segundo Soares (1996), no contexto hospitalar, não podemos falar de um processo analítico, mas de uma escuta analítica que propicia a articulação significativa, de modo que o sujeito possa aliviar ou se proteger da carga pulsional transferindo-a para uma cadeia significativa. Neste momento, o trabalho de escuta busca a recuperação do ancoramento simbólico, através da articulação significativa, para então viabilizar a formulação de uma demanda e a possibilidade da clínica do inconsciente. A clínica da urgência poderia ser caracterizada como: “... un llamado, de carácter urgente, a una palabra que opere restituyendo un lazo discursivo que há visto interrumpido bruscamente” (GAMSIE, 1998, p. 20). Nas entrevistas preliminares o analista se coloca no lugar de suposto saber apenas para daí se deslocar, permitindo ao sujeito manifestar-se, no sentido de questionar-se. O técnico é ético porque nos dirigimos ao sujeito. Segundo Miller (1997), a pergunta “Que você quer dizer com isso?” é a garantia que dimensiona o sujeito-suposto-saber, podendo mostrar ao paciente que ele mesmo não se entende. A transferência é vista não como função de saber, mas sim como busca do objeto causa do desejo. É o momento em que o analista coloca o sujeito no lugar de interrogador. O processo deve seguir a regra primordial da psicanálise, ou seja, a associação livre, de modo que o sujeito possa falar livremente, tudo o que “lhe vier à cabeça”. A associação livre deve fluir, permitida pelo psicanalista como “bom escutador” que deve ser. Por esse motivo o psicanalista não deve traduzir o que o sujeito diz, pois adotar esta postura de mostrar ao outro que está entendendo o que ele diz remete à não suposição de saber do outro, reafirmando-a. O psicanalista estaria aí abandonando a posição de suposto saber, transitando para o lugar de mestre. Caso o analista ocupe o lugar de suposto saber, este pode proporcionar o emergir do inconsciente na situação analítica, através, por exemplo, de um lapso na sessão. Neste momento, o sujeito produz um saber. Poderíamos neste contexto dizer

que a psicanálise transgride o “trabalho metodológico” porque introduz uma situação triádica entre dois sujeitos (S-S) e o Outro como campo simbólico. Um outro esclarecimento faz-se necessário. Tratando-se de psicanálise, porque não “a entrevista” e sim “entrevistas”? Mezan (1993) aponta que no trabalho de pesquisa em psicanálise o que tentamos é apreender as singularidades de cada caso, mas ao mesmo tempo extrair a dimensão universal. Por outro lado, Safra (1993) defende que não há em psicanálise um saber que possa ser aplicado a todos os indivíduos. Realizar um trabalho psicanalítico dentro do contexto da saúde pública e uma pesquisa “regulada” pelos prazos estabelecidos pelo meio acadêmico, nem sempre sustenta a viabilidade de utilização de um único caso no momento da reflexão. Assim, decidimos conservar a riqueza dos diferentes aspectos nas diversas entrevistas. Após o momento da prática clínica, surgia a etapa de parar e refletir sobre o que as entrevistas podem dizer da temática da reincidência, como afirma Safra (1993):

Ao iniciarmos uma investigação a partir de um material clínico, realizamos um recorte, que é delimitado pelo aspecto ou fenômeno que estamos interessados em pesquisar, e também pelas concepções teóricas que utilizamos em nosso trabalho (SAFRA,1993,p. 129).

Portanto, a pesquisa não trata apenas da análise dos dados, mas utilizar-se da experiência de escuta da drogadição permeada pelo método psicanalítico, com o enquadre das entrevistas preliminares dentro do referencial da clínica da urgência, no contexto do local da pesquisa e refletir sobre esta prática dentro do referencial teórico psicanalítico. É evidente que na velocidade do contexto institucional, as entrevistas demandam do investigador o desejo da descoberta juntamente com o sujeito e nesse contexto o trabalho de pesquisa ganha vida para além da clínica, ou seja, se dá na universidade, fora do contexto institucional. Por outro lado

não podemos negar que o trabalho de reflexão da investigação psicanalítica não ocorra com os profissionais da equipe no cotidiano, nas reuniões de equipe e, no caso da pesquisa, com o orientador. O trabalho de reflexão somente acontece com a prática. Antes que a reflexão possa criar, é o método psicanalítico que revela. A pesquisa consiste em revelar o já revelado. Só assim é possível realizar um destaque e refletir; um trabalho do pensamento que somente materializa a experiência, elevando-a à categoria de saber compartilhável entre os pares.

O TRABALHO DE REFLEXÃO

O projeto institucional

O serviço de saúde caracterizado como contexto da pesquisa constitui uma das unidades de uma instituição referência no atendimento a usuários com alto grau de sofrimento psíquico, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o que implica estar num processo de redimensionamento constante das suas práticas. Foi através de vários estudos que no ano de 2001 esta unidade de atendimento nasceu, pensando que a demanda de usuários dependentes de substâncias psicoativas era diferenciada das apresentadas por sujeitos que sofriam outros transtornos psíquicos. Neste sentido, foram visualizados os fatores mais evidentes no processo de tratamento, dentre os quais, adesão ao tratamento no pós-alta, comprometimento clínico, índices de reinternação, o movimento diferenciado do usuário que faz uso abusivo ou apresenta dependência, seja de álcool ou outras drogas. Assim, o serviço disponibilizou duas modalidades de tratamento: a internação e o ambulatório.

A internação oferece vinte e cinco leitos de atenção integral para o município e região da Direção Regional de Saúde (DIR), sendo quatro deles, leitos femininos. No município, existe uma “Central de Vagas” com a função de distribuir as mesmas, sendo o encaminhamento realizado pelos centros de saúde e pronto-socorros. A proposta da internação é breve, durando em média um período de quinze dias, visando a desintoxicação e a realização de um trabalho com o usuário que o leve a pensar sobre sua relação com as drogas e a importância de sua implicação com o tratamento, tendo seqüência no pós-alta em equipamentos extra-hospitalares.

O trabalho é multidisciplinar, constituído por uma equipe de auxiliares de enfermagem, administração, enfermeiros, estagiários, médicos (clínico e psiquiatras), psicólogos e terapeutas ocupacionais. É cotidianamente que diversas atividades são

realizadas, dentre as quais: cuidados clínicos e de enfermagem, atividades terapêuticas ou que visam a informação, reuniões com as famílias, reuniões de equipe, assembléias de usuários, atendimentos individuais, atividades físicas, dentre outras. A equipe é dividida em duas mini-equipes de referência para os cuidados com a clientela internada, com o objetivo de pensar cada caso através das reuniões de projetos terapêuticos individuais (PTI). O esquema de referências visa fortalecer o vínculo junto ao paciente, construindo com o mesmo propostas de continuidade do tratamento no pós-alta. Nas reuniões de PTI, discutimos cada caso que está internado, tentando compreender os motivos pelos quais o sujeito busca esse recurso de tratamento e suas expectativas no pós-alta, para junto com o mesmo pensar estratégias que possam auxiliá-lo. É evidente que esbarramos com muitas dificuldades para construir um bom PTI, pois na grande maioria das vezes, o paciente que apresenta sofrimento associado ao uso de drogas chega à unidade referindo muitas perdas, dentre elas, o rompimento com o vínculo familiar, o desemprego, a falta de moradia, entre outras.

Além disso, cessar o uso de drogas não é o motivo exclusivo que faz com que os pacientes busquem ajuda através da internação. Muitas vezes estar internado, e conseqüentemente em ambiente protegido, significa para o sujeito estar distante do traficante com quem contraiu dívidas e, não tendo dinheiro para pagar, está sendo ameaçado. Outros casos buscam uma internação para “aliviar” problemas com a justiça, no pedido incessante por atestados e declarações que garantam sua condição de “doente”. Muitos pacientes ficam internados porque a pressão familiar é grande e, no caso de menores de idade, a determinação judicial fala mais alto, apostando que a melhor saída para o adolescente é ficar “preso” no hospital do que ser encaminhado para a Fundação do Bem-estar do Menor (FEBEM). Existem também os pacientes que ficam durante dias usando drogas e, para não perderem o emprego, permanecem internados para conseguir um atestado. Isso não quer dizer que inexistem situações em que de fato os sujeitos buscam o tratamento, mas, nestes casos, na sua quase

totalidade, a frase mais expressiva é: “Cheguei no fundo do poço”. Enfim, garantir um bom projeto terapêutico para o sujeito que chega à unidade pelos mais diversos motivos não é uma tarefa fácil, pois além do desejo de tratar-se configurar uma peça chave para o tratamento, é muito difícil a interlocução cotidiana com os outros equipamentos de saúde que compõem a rede. E, se dialogar com a saúde não é simples, tampouco são fáceis as parcerias com outros setores no processo de trabalho, dentre eles, a cultura, a justiça, a habitação, a assistência social e a educação. A falta de recursos para cuidar da demanda do município é um discurso presente, mas não podemos esquecer que o usuário de drogas é alguém que também ocupa um não-lugar, ou seja, são pessoas rotuladas de marginais pela sociedade e a grande maioria dos profissionais que trabalham com essa demanda alegam não saber lidar com esses sujeitos. Isso não significa que a equipe não alcance bons resultados com muitos pacientes, mesmo que a abstinência não seja conseguida.

Já o ambulatório oferece atendimentos periódicos através do encaminhamento no pós-alta, da rede de assistência do município ou através de demanda espontânea. Inicialmente é feita uma “triagem” pelo chamado pronto-atendimento, construindo com o usuário, através da escuta, propostas que possibilitem pensar o padrão de consumo atual e sua relação com a droga. Atualmente, o ambulatório oferece grupos de terapia ocupacional, grupos psicoterápicos, atendimento aos familiares, grupos de prevenção à recaída, atendimentos médicos e psicoterapia individual. O Pronto-atendimento, além da triagem, atende às chamadas “intercorrências” e a usuários que já estão inseridos no programa ambulatorial e que vão até o serviço buscando escuta e acolhimento.

Enfim, é importante mencionar que a atitude de repensar os projetos terapêuticos individuais é uma constante no cotidiano institucional, considerando os momentos de crise e a vinculação do usuário ao tratamento ambulatorial.

A clínica no contexto institucional

Após realizar o trabalho de investigação a partir do método psicanalítico com o enquadre das entrevistas preliminares, é hora de refletir sobre o que esta experiência pode contribuir para a temática da pesquisa. Ao contrário do psicanalista que vive a experiência da clínica e, num dado momento do seu percurso, identifica uma temática importante, resolvendo refletir e produzir um conhecimento sobre ela, no caso deste pesquisador o que era tema virou pretexto para exercer a escuta dos sujeitos que usam droga e que poderiam ou não reincidir nesse uso. Assim, o investigador, mesmo não dirigindo o discurso do sujeito para a questão da reincidência, estava atento ao que desta o mesmo poderia dizer. Além disso, no momento atual em nosso contexto, o tema da reincidência, enquanto um correlato da abstinência, é um problema real que traduz uma parte importante da representação social do tratamento da drogadição, na medida em que este atribui ao abandono prévio do uso da droga, a solução para esta problemática.

Para a análise e reflexão neste estudo vou tomar como fio de raciocínio a história construída com um dos “entrevistados” intercalando aí as reflexões referentes ao conjunto dos casos.

C. como tantos outros sujeitos, na sua maioria jovens, chegou com olhar atento pedindo, pela primeira vez em nossa unidade, uma internação. Este é um dos aspectos do

cotidiano do trabalho: abrir sua porta para pessoas que, no auge do descontrole do uso de drogas, buscam tratamento. Assim, C. foi internado, trazido pela família ansiosa por nova tentativa de tratamento. Aqui temos de fato o primeiro momento em que o sujeito parece reconhece-se toxicômano, pressionado pela família e tendo que se admitir como “fracassado” diante da prática dos valores fálicos. Desde sua chegada, C. não sabe fazer outra coisa que não se queixar da “fissura”, da falta da droga, dizendo ser “dependente”.

O reforço da identidade tautológica. A atribuição do rótulo “eu sou adicto” ou o “eu sou dependente” como traço de identidade também aparecem em outros entrevistados. R., por exemplo, conta que o dependente nunca aceita que está irritado, dizendo: “... continuo tendo comportamento adicto e tô com medo... o dependente não precisa estar mal pra voltar a usar”. I. diz: “... parece uma necessidade que seu corpo precisa... nunca vou deixar de ser adicto”. A auto-identificação dos sujeitos da pesquisa como “dependentes” parece estar em consonância com um imaginário que a própria sociedade criou, através dos dispositivos de tratamento que reforçam sua postura de impotência diante do controle do uso de drogas, como por exemplo, o discurso dos Narcóticos Anônimos (NA) e da própria medicina que coloca o uso de drogas no lugar de doença. Nesse sentido, os sujeitos parecem, sem se darem conta, dizer que a forma como a sociedade visualiza o uso de drogas acaba reforçando sua postura de desresponsabilização pelo ato. Talvez, um ponto interessante seria problematizar que os ditos “drogados” nunca estiveram fora da sociedade, pelo contrário, circulam das mais diversas formas, mas na dificuldade de “administrar” o gozo do corpo, no auge do descontrole, acabam sendo rotulados e se localizando numa espécie de “borda” do contexto social.

O fato da maioria dos entrevistados adotarem a identidade de “dependente” ou “drogadito” demonstra como experiências de tratamento fora da psicanálise, como exclusivamente a psiquiatria ou os narcóticos anônimos funcionam na mesma frequência do

drogadito, congelados no mesmo discurso. É como se a nomeação “dependente ou drogadito” estivesse previamente determinada geneticamente, ou como se a partir do momento que esses sujeitos assumissem a posição de impotência perante a droga, dizendo “eu sou adicto”, isso tornasse sua condição inquestionável e natural. Assim, não abrir outras possibilidades de discurso mantém e conduz o sujeito a um processo de desresponsabilização pelo ato de drogar-se. E mais do que isso, significa deixá-lo encerrado em seu beco sem saída. Nesse sentido, seria interessante repensar se o sujeito na emergência do abandono do gozo do corpo, no auge de uma abstinência, acaba não permitindo que o tamponamento seja desfeito, justamente à medida que se cristaliza um discurso de impotência em paralelo com a memória da sensação sedutora que o gozo do corpo oferece, fechando-se qualquer via que permita transitar para outros gozos.

Aproveitamos para colocar uma questão que pretendemos desenvolver mais adiante: se o gozo é tão sedutor, desejado e bom, por que aparece como assustador ao mesmo tempo? Seria apenas a dificuldade de administrar o gozo do corpo em paralelo com o dos valores fálicos, em princípio antagônicos?

De qualquer maneira, priorizar modalidades de tratamento que perpetuam o discurso “uma vez dependente, dependente sempre” abre a discussão de uma possibilidade de aprisionamento do sujeito, de modo que mesmo abstinente, ele invista somente na procura incessante de “viver em função de não usar”. Seria como se o sujeito sentisse que o tamponamento foi desfeito independente do seu desejo na eclosão de novas recaídas.

Uma vez que a definição de um sujeito como toxicômano, parece reforçar o risco de retorno à droga, não seria mais coerente falar em circunstâncias toxicômanas?

A nomeação do sujeito como dependente e, sobretudo a auto-nomeação, cristalizado-o num discurso de que sua condição é algo imutável, parece estar, por outro lado, associada aos intervalos de uso, na vigência da abstinência. Parece que, definir-se como “eu sou

toxicômano”, na abstinência, está associado também à sensação de derrota e recaída. Torna-se um momento complicado para o sujeito, em que este nos relata não suportar a potência do gozo do corpo, mas também não poder viver sem ele.

Por outro lado, o discurso “eu sou dependente” parece contrapor-se ao “eu sou eu”, mais associado ao momento da experimentação, marcando o sujeito num gozo que ele diz ser o único a ter. Mas isso parece mera pretensão denegatória que indica sua identificação tautológica. Essa reflexão nos conduz a pensar que o sujeito em circunstâncias toxicômanas é muito parecido com a posição do perverso que se acha proprietário de um gozo que o outro não tem. No momento da experimentação da droga, esses sujeitos parecem não querer questionar-se como toxicômanos, tamanha força atrativa que o gozo do corpo oferece. Quando estão no exercício do gozo do corpo e dizem, por exemplo, “quero que o mundo se exploda” os sujeitos se utilizam da droga para suprir uma falta que não podem esvaziar pela linguagem.

Na situação de uma abstinência, o drogadito, estando fora do gozo do corpo, pode demandar constantemente respostas e soluções para o analista que o escuta, apoiado pelo clichê “sou dependente”. Na abstinência, parece surgir um vazio e abrir-se espaço para que esses sujeitos possam falar, pode propiciar o trânsito do lugar de indivíduo considerado pelo gozo da droga para o de sujeito desejante. Por outro lado, a partir do momento em que a transferência se dá, na figura do analista como mestre suposto, estes sujeitos, não alcançando uma resposta que os leve a um processo de abdicação das suas responsabilidades pelo ato de drogar-se, podem partir para uma atitude provocativa, inclusive perguntando se o mesmo já fez uso de drogas. E não tendo uma resposta positiva, podem colocar-se como proprietários de um gozo que o analista não tem e por isso dele nada sabe.

O trabalho de escuta se abre como uma possibilidade do sujeito sair do registro da certeza absoluta. Na abstinência, os sujeitos querem certezas e ficam desesperados quando

elas não vêm, reforçando a única certeza que têm: o gozo do corpo que é justamente o que a sociedade condena. As formas vigentes de tratamento centram seu discurso em torno do objeto droga, como é o caso da ciência que coloca a “dependência” como doença, ou partem para o extremo oposto, numa postura de não falar da droga, de forma que o usuário reconheça sua impotência diante da “química” ou assuma o lugar de culpa, pautado nas religiões reforçadoras do pecado.

Assim, um trabalho com propostas de fazer surgir um sujeito questionador, seria falar de muitas coisas, e porque não, inclusive da droga, o que pode ocorrer a partir das entrevistas preliminares.

A escuta em situação ambulatorial. Ao contrário da maioria das entrevistas, a escuta no enquadre da psicanálise, no caso de C., iniciou-se no pós-alta. C. começou a vir para os atendimentos, mas não falamos mais em pesquisa. Estava sempre bem vestido, seguro de si. Fez questão de mostrar sua mais nova aquisição, um telefone celular novíssimo. Dizia estar bem, longe das más companhias e ansioso para voltar ao trabalho. Tinha uma fascinação pelo consumo e relatava o quanto foi ruim desfazer dos seus “tênis” e outros objetos quando fazia uso de crack, tudo que se esforçava tanto para conseguir. No início, ressaltava a abstinência como um troféu, pois estava responsável e também não podia decepcionar a família, afinal já havia sido internado mais de cinco vezes, todos estavam “de olho” nele.

O bem estar relatado por C. parece estar vinculado à abstinência, que mesmo não fazendo menção a qualquer vontade mínima de usar a droga, deixa escapar o quanto estar abstinente corresponde ao imaginário da “cura” para a família. Pensando no caso de C. em que o tratamento tem início na desintoxicação através da internação, como seria escutar previamente à experiência da abstinência? No momento, vamos ficar ainda sem respostas para esta questão.

No mesmo período, conta que conversou no trabalho, recebeu muito apoio do chefe para voltar a trabalhar, mas faltava a liberação do perito. Dizia que queria ser alguém, subir na vida e ter filhos. C. disse em um dos atendimentos: “... nasci pra ser cacique, não pra ser índio”. Essa referência fazia alusão inclusive ao domínio que tinha no momento de não estar fumando crack. Gradativamente, C. deixou de falar diretamente da abstinência. C. dizia: “... isso acaba com a minha saúde, meu médico já falou e eu quero viver”. C. prosseguia demonstrando o quanto estava “seguro” quanto ao abandono do uso do crack. Depois começou a faltar dos atendimentos. Uma semana vinha, a outra não. Argumentava que suas faltas aconteciam porque não tinha o que falar, C. estava bem. Quando ficava um tempo sem aparecer, eu telefonava e muitas vezes não o encontrava.

Nesse contexto, precisamos fazer um apontamento importante. O caso de C., ao contrário de outros casos, foi atendido fora da abstinência forçada da internação. O seu comparecimento aos atendimentos, pelo menos inicialmente, parecia ocorrer muito mais por pressão familiar do que propriamente por questões de tratamento. Embora o caso de C. não configure o referencial da clínica da urgência, como os outros casos da pesquisa, utilizaremos este caso inclusive para demonstrar que o tratamento se constitui em etapas e o trabalho de escuta não fugiu das propostas das entrevistas preliminares. Além disso, neste caso, ocorreram alguns avanços de modo que pudéssemos trabalhar outras questões mais descoladas do objeto droga.

Um gozo como nenhum outro de que não se pode falar? Ao dizer que nasceu para ser cacique, C. transita para a posição onipotente muito parecida com o momento marcado pela experimentação da droga. Esta onipotência reforça, pelo contrário, a identidade tautológica do “eu sou eu”. A partir do momento que o sujeito se nomeia drogadito, ele demonstra a impossibilidade do outro experimentar as sensações produzidas pelo gozo do corpo ou mesmo

identificar quando ele está nesse gozo. Se o outro não se relaciona com o objeto droga, não há o que dizer ou conversar sobre esse gozo, mesmo porque esse abole a dimensão da palavra. Esta idéia também aparece quando alguns entrevistados no contexto da internação relatam diretamente a impossibilidade do outro que está fora da experimentação alcançar a “compreensão” do gozo do corpo. M., por exemplo, sorri dizendo: “... eu nem usava cocaína mais, tava fumando crack...” quando relatava a ocasião em que o pai o acusou de ter “cherado” na casa dele, dizendo que o pai estava por fora. M. dizia que quando queria usar crack tranqüilamente conseguia dinheiro. Eis um outro trecho da fala de M: “... cheguei com palavras difíceis, sem um jeito malandro, é diferente de alguém que tá cheirando álcool, quem usa crack as pessoas não percebem”. V. supõe durante a escuta minha incompreensão acerca do que é o gozo do corpo, comparando o prazer de usar crack com o orgasmo, argumentando que usou esse exemplo para que eu pudesse entender. Assim, os sujeitos da pesquisa acabam se “orgulhando” de um gozo que quem não usa drogas não tem, como se fosse uma espécie de enfrentamento com a sociedade normatizadora e sustentadora dos valores fálicos. Cabe analisar se isso se dá diferencialmente ou não, para aqueles em que a droga é necessária e para aqueles em que ela parece contingente. Essa discussão será feita posteriormente.

Neste sentido, também é importante apontar a dificuldade desses sujeitos falarem sobre o gozo. Em referência ao momento da experimentação só aparecem alguns flashes, ainda assim quando indagados do “como” é usar a droga. Parece que a experimentação permite retirar a maioria dos sujeitos do conflito com os valores fálicos que parecem não sustentar.

Alguns trechos dos entrevistados ilustram muito superficialmente o gozo da droga. J. relata que quando usa crack a sensação que tem é de ser dono das coisas: “... vejo aquele prédio e sou o dono dele, daquela casa de praia... só que quando o efeito passa caio em si que não é verdade”. I. relata que a sensação de usar é muito boa, porque tira a pessoa desse mundo: “... a questão é que a gente volta muito rápido pra realidade”. A. diz: “... me deixava

disposto e eu trabalhava normalmente... usar dá poder pra dizer pra certas pessoas o que não consigo dizer”. S. fala do gozo no corpo dizendo: “... lembro que um dia andei com a seringa na boca dirigindo e olhando para o céu, imaginando que seria impossível viver sem a droga... quando uso dá uma coisa aqui dentro, a gente cresce, se sente maior”. Este acrescenta: “... se mistura com o sangue e antes mesmo de acabar já sente o efeito... dá uma sensação de vigor ... é se sentir poderoso, sentir o corpo totalmente energizado”. Quando pergunto a H. o que este sente quando usa crack, ele diz: “... aumenta a amplitude, não escuto nem penso em ninguém...”. Para usar, H. amassa e mistura a bala com um pouco de cocaína, viagra e anfetamina e diz: “... é o que mais bate em mim”. R. conta que quando usa crack lhe provoca euforia e esquece de tudo, mas sabe que faz mal e é uma ilusão.

Além disso, o gozo do corpo parece ser um tipo de gozo que para falar dele só gozando novamente, pois subtrai a experiência da linguagem. V. relata que usar é um prazer indescritível. Perguntei a R. se ele percebia que em todos os momentos que ele fala do uso de crack, ele não fala de como é usar crack. Este responde: “não consigo falar, minha mãe já me perguntou, mas eu não consigo...”. Assim, a relativa posição de silêncio a respeito do gozo do corpo também chama a atenção. Por que os sujeitos falam pouco a respeito do gozo? Seria cabível questionar se existe fantasia mediando a relação do sujeito com os objetos de gozo?

Pretendemos discutir esta questão mais adiante, porém já é possível antecipar que ela deve ser pensada levando em consideração a singularidade dos casos. Há sujeitos que falam pouco e outros que se estendem mais sobre a questão, estes não deixam de associar esse gozo à onipotência narcísica que os poria como objetos privilegiados do olhar do outro.

Por isso, na hora que passa o efeito da droga, o sujeito logo quer repetir a experiência, seria o momento em que o significante encarna. O primeiro momento pós-efeito do uso é aquele em que o sujeito tem outra relação com o gozo que não é mais diretamente pelo corpo, porém sendo o gozo do significante também insuportável para o indivíduo, este tenta escapar

dele, rememorando o gozo do corpo através de nova experiência de uso da droga.

A nostalgia dos valores fálicos. A nostalgia dos valores fálicos aparece na fala de C., só que de forma mais otimista se misturando com o lugar de poder almejado, ao contrário de outros entrevistados que destacam este aspecto de forma mais enfática e menos onipotente durante a internação. O gozo fálico no momento da abstinência, ligado a “ideais de ser” como, por exemplo, ser pai de família ou trabalhador, aparecem. Seus relatos demonstram aspirações voltadas para os valores como o prestígio e o respeito. O entrevistado M. diz: “... me sentia inferior com o que ganhava na época, em torno de 2800 reais, achava que não ganhava à altura para dar o que ela merecia”. E acrescenta: “... não conseguia ficar lá, o orgulho bateu forte”, não conseguindo olhar para as pessoas no lugar que ele trabalhava e fez tratamento. I. diz: “... quero recuperar minha dignidade, quero fazer parte da sociedade”. Quando pergunto o que é ter uma vida normal ao entrevistado R., este responde: “trabalhar, estar com minha família, ir numa praça com minha esposa e minha filha e ouvir os pássaros cantar, fazer amor com minha esposa, mas eu não sei lidar com meus sentimentos...”.

Nas entrevistas, alguns drogaditos aparecem como sujeitos que apresentam o conflito entre os valores fálicos e o gozo do corpo. Os relatos permitem avançar teoricamente e supor dois grupos distintos de casos com relação a drogadição através de sutilezas surgidas nas entrevistas. A maioria do entrevistados parece utilizar a droga para viabilizar a fantasia da sua entrada no mundo comum. J., por exemplo, considera uma humilhação ganhar tão pouco, ficando muito nervoso e falando: “...desconto na droga meu nervosismo, não quero agredir, bater nas pessoas, por isso vou lá e uso”. A. relata que não consegue entender como, mas, no período que ficou em São Paulo, permaneceu abstinente, mas quando retornou para sua cidade atribui a retomada do uso ao fato de estar à procura de emprego e isso o fazia sentir-se “potente” para continuar procurando. Conta que a droga que gostou foi a cocaína; “...me

deixava disposto e eu trabalhava normalmente”. P. relata não conseguir fazer as coisas se não beber ou cheirar; “...me deixa desinibido, falo muito, tenho idéias”. Conta que quando usa fica agitado, elétrico, “tudo dá certo”. Além disso, durante a internação, P. fala de projetos para depois da alta, como trabalhar, voltar a estudar, fazer aulas de inglês. Relata que em todos os momentos que tentou parar, quando tinha qualquer problema, sentia uma falta que não sabia o que era, que só tinha vontade de usar a droga; “...queria só sentir paz”. As queixas de R. também ilustram a discussão: “... desde que comecei a usar crack não sou mais feliz”. Este começa a chorar muito falando da filha que está doente e ele não pode fazer nada porque ele está internado e, acrescenta: “você pensa que eu gosto de ficar aqui?... tem gente que adora, tudo certinho, um hotel cinco estrelas, mas que quero ter uma vida normal”. R. diz: “...tenho que descobrir outros prazeres.”, dentre eles relata o prazer de cozinhar, estudar, ficar com a filha e acrescenta: “...e nada vai me dar o mesmo prazer que a droga, um prazer exclusivo...”. Neste grupo, os sujeitos parecem apresentar a nostalgia dos valores fálicos, mas paralelamente ficam sensíveis à nostalgia da completude do gozo do corpo.

A relação desses entrevistados com os valores fálicos demonstra o quanto esses sujeitos sabem, que para serem reconhecidos na sociedade depende de atitudes voltadas para a norma e o trabalho que “dá dignidade” ao homem. O discurso dos entrevistados parece indiretamente demonstrar a percepção da crítica de uma sociedade, que aponta a impossibilidade de reconhecimento social concomitante com o gozo do corpo, mas indicam, sobretudo, a aspiração ao reconhecimento do outro. Assim, as expectativas futuras pós-alta apontam na direção de sujeitos que querem viabilizar um reconhecimento através da concretização dos valores fálicos, mesmo que, na maioria das vezes, conflitante com a exclusividade oferecida pelo gozo do corpo. Sob tal perspectiva, é que parece justo falar em reinserção social, porém sem deixar de notar que os entrevistados demonstram claramente como sua condição de “drogado” não exclui, evidente que de forma diferenciada, sua

participação no circuito social.

Os “entrevistados” demonstram uma nostalgia fálica e fazem isso em paralelo com o gozo na droga. O gozo do corpo parece ser o gozo da promessa e da dívida. Os drogaditos mostram claramente o sonho de estar no gozo do corpo, mas ao mesmo tempo fora desse gozo, ou seja, queriam estar na sociedade, mas a mesma diz que estar nesse gozo é estar fora dela, uma vez que esse gozo não faz laço social.

O outro grupo, ou não demonstra uma nostalgia dos valores fálicos, ou fala disso superficialmente, como é o caso de I. Este se refere aos seus compromissos com o trabalho e as regras do albergue. Ele argumenta: “não gosto de me sentir preso”. Ao mesmo tempo em que I. diz: “quero recuperar minha dignidade, quero fazer parte da sociedade”, num outro momento, relata que a sensação de usar é muito boa, porque tira a pessoa desse mundo; “...a questão é que a gente volta muito rápido pra realidade”. A droga, no caso de I, parece funcionar como fuga da realidade, mas sobretudo fuga para outra realidade. O caso de I. parece demonstrar um horror da realidade e não um conflito do gozo do corpo em paralelo ao desejo de viabilizar os valores fálicos, como a grande maioria dos sujeitos da pesquisa. Esta segunda modalidade parece mais próxima daquilo que a teoria psicanalítica define como toxicômano, propriamente dito.

O sujeito dito toxicômano não faz cultura, faz experiência! Trata-se de uma experiência vazia do sujeito do inconsciente, estando derrotado no gozo e sofrendo quando o gozo não acontece. Nesse sentido, poderíamos dizer que o toxicômano produz um saber pela experiência, mas que recai na extinção do gozo fálico, pois na experimentação “se usamos” há a suposição de que o saber é o mesmo para todos, então “não precisamos conversar”. O toxicômano atribui ao gozo do corpo a causa do ato de drogar-se, e a rapidez com que a droga age o exime de pensar. No entanto nos intervalos de uso os sujeitos apresentam dificuldade em pensar e produzir outras identificações diferenciadas do lugar de “dependente”.

Quando a auto-nomeação “adicto” desaparece do discurso, os sujeitos migram para o extremo oposto, tentando escamotear o desejo de usar a droga, garantindo a quem os escuta o bem-estar e a ausência de questões a trabalhar.

Na abstinência, o sujeito coincide com a performance da sociedade contemporânea que vem trazendo para a vida das pessoas informações e soluções prontas que eximem a todos da atividade do pensamento. O resultado deste processo na vida do toxicômano em abstinência, mesmo que este razoavelmente consiga temporariamente compor o cenário do cumprimento do dever para com os valores fálicos, camufla o sujeito que nunca saiu da droga e caracteriza a reincidência como um falso problema. A velocidade exigida para a obtenção de resultados concretos na sociedade, em paralelo ao tempo curto de ação da droga, parece permitir ao sujeito sair do tamponamento, aliando o desejo de usar a droga à frustração como boa justificativa para tal. Mesmo assim, a maioria dos sujeitos da pesquisa demonstram claramente aspirações referentes aos valores fálicos. É como se pudessemos pensar em sujeitos produzidos por recalçamento, mas que dentro de uma estrutura neurótica demonstrassem um fascínio pela perversão. Isto daria à maioria dos drogaditos da pesquisa a ilusão de ser um sujeito voltado para os valores fálicos e ainda ter um gozo a mais: o gozo do corpo.

Abstinência e culpa, uma característica comum? Parece que C. ao falar dos valores fálicos, nos dá um indicativo de que mais do que a abstinência é a internação (confinamento), como demonstram trechos de outros entrevistados, a reforçadora da culpa presente nos discursos, à medida que na internação o discurso da “dependência química” e das perdas advindas do uso do crack são lembradas a todo o momento. A segurança de C. concomitante a suas faltas terá realmente ligação com o abandono da droga ou traduz a satisfação por estar livre das conseqüências desagradáveis do gozo no corpo?

C. justifica suas faltas por estar bem, sem conteúdos para trabalhar, pois estar na abstinência parece geralmente remeter ao imaginário de que o problema está resolvido. Aqui, temos um outro diferencial na fala de C., à medida que este está neste momento mais distanciado (abstinente ou não) da identificação de “dependente” e a culpa não aparece, justamente porque ele se sente realizando os valores fálicos.

Neste sentido, o gozo fálico que aparece nas entrevistas parece apontar algo diferente da exclusividade do gozo do corpo. Quando os sujeitos estão fora do gozo do corpo, aparecem sentimentos como culpa, angústia e mortificação. J. diz que quando usa acorda mal no outro dia, deprimido e culpado por ter usado, relatando que a realidade continua a mesma e não consegue nem ir trabalhar, sentindo-se envergonhado por usar drogas, inclusive a maconha, assim como P. que relata culpa quando o efeito da droga passa, estabelecendo relação entre o uso de cocaína e bebida alcoólica. S. fala do dia em que a filha o viu injetando e conta um fato novo que ele diz não se perdoar, quando vendeu a boneca da filha para usar droga, sentindo culpa porque vendeu objetos da filha de sua esposa e que isso o faz sentir raiva da droga. Já R. relata que se continuar vai morrer, dizendo: “... ou com a droga ou por causa da droga”. H diz que não suporta a solidão e que está na família, mas não se sente parte dela porque sente muita culpa.

A culpa é um elemento passível de surgir associado ao momento da abstinência, se contrapondo ao gozo que a droga oferece. Os sujeitos chegam para tratamento e certamente não é por causa do gozo, mas muito mais por seus derivados e inconvenientes. Qual o estatuto da culpa no grupo dos sujeitos da pesquisa?

Novamente podemos supor a existência de dois grupos de casos com relação a drogadição. Alguns sujeitos parecem que mesmo no tempo do uso da droga estão preocupados ou apoiados pela ilusão de serem amados narcisicamente. P., por exemplo, fala que quando o efeito passa a realidade volta; “...quando estou usando penso em voltar a

estudar, trabalhar, mas, às vezes, penso se vale a pena viver, penso em me matar”. J. também relata que muitas vezes quando usa crack, não quer sair da cama, sente mal estar no corpo e nos pensamentos. Quando pergunto sobre o mal estar, relata que fica pensando no serviço, que todo mundo está trabalhando, lembra que os colegas estão almoçando ao meio-dia, sentindo-se muito culpado; “...o tráfico acaba com a sociedade, mas a sociedade compra... essa droga acaba com as pessoas”. Nessa mesma ocasião pergunto a J. se ele também faz parte dessa sociedade e ele responde: “pois é, eu também, se tiver um caminhão de crack eu uso”. Ao mesmo tempo em que J. fala da sociedade que compra a droga, fala o quanto as pessoas se distanciam do drogadito. Estaria a droga nestes casos a serviço da liberação de um supereu tirano, como ocorre com os alcoolistas, sendo uma das boas razões de seu uso o fato simples de que ela está presente e disponível no contexto de vida do indivíduo?

O outro grupo de casos, quando fala da culpa, a refere de forma a nos permitir supor um discurso racionalizador, devido muito provavelmente ao contexto da internação ou das condições “impostas” para continuidade do tratamento. I., por exemplo, relata que antes usava crack direto, mas agora quando usa, depois que iniciou tratamento, logo em seguida para de usar, porque fica mal de perceber a decepção que provoca nas pessoas que estão o ajudando. Aqui é interessante retomar alguns trechos em que I. faz referência ao momento da experimentação: “...você se torna poderoso, pra você nada é impossível, se torna deus... você não liga pra nada, quer que o mundo se exploda”. O caso de H. também ilustra a discussão. Este diz que sente culpa quando recebe visita e se lembra do passado. Retomando um dos momentos em que pergunto a H. o que sente quando usa crack este diz: “aumenta a amplitude, não escuto nem penso em ninguém...”.

Assim, enquanto no primeiro grupo de casos podemos supor sujeitos neuróticos afeiçoados ao gozo do corpo e sedentos por gozar dos valores fálicos, no segundo grupo de casos, podemos supor sujeitos mais próximos de uma perversão, e que acabam sofrendo as

conseqüências de não contarem com o recurso da fantasia.

Ao invés da culpa, não poderia surgir a procura violenta da droga? Assim, a instituição parece se caracterizar muitas vezes num “abrigo” que distancia temporariamente o sujeito do gozo mortífero. Mas se esse gozo é por outro lado tão querido, por que se abrigar dele?

A culpa em paralelo ou não com o conflito entre o gozo do corpo e o dos valores fálicos parecem também reafirmar a hipótese da reincidência como um falso problema, porque nas entrevistas os sujeitos não se queixam do gozo, mas da sua falta “forçada” pela internação. Quando se queixam da droga, e não do gozo, é porque sabem que a sociedade condena o seu uso e a instituição reitera seu abandono, mas eles próprios nunca chegam a abandoná-lo de fato.

A mágica da desintoxicação e da abstinência. Durante a internação e, portanto, fora do gozo do corpo, os sujeitos reconhecem sua condição de toxicômanos, reforçados pela tarefa da desintoxicação. Cumprida essa tarefa, os sujeitos parecem não querer se recordar do passado preferindo partir para uma tentativa efetiva ou meramente alusiva de dedicar-se à “mentira” das promessas dos valores fálicos que não conseguiram exercitar. Os seus discursos são, na maioria das vezes, para apagar a dor produzida pelo passado; é como se retirando a droga os entrevistados acreditassem no nascer de um novo sujeito, em concordância com os valores cobrados pela sociedade e com o modelo de tratamento fundado no paradigma doença-cura. Durante a internação, o aspecto mais emergente seria livrar-se das conseqüências desagradáveis do momento que se sucede ao gozo do corpo. A partir do momento que o sujeito se desintoxica - o que não retira sua condição de doente, mas apenas o põe na condição de alguém que depois desse primeiro momento “objetiva” a manutenção da abstinência - não atender suas expectativas e vontades parece reforçar o retorno ao ato de drogar-se. A atitude da abstinência já seria um esforço enorme para que alguém pudesse entrar em desacordo ou

desencontro com suas expectativas. Diante da condição de “dependente”, não seria como se dissessem “já estou fazendo muito em não usar drogas?”. Os pontos até aqui discutidos nos fornecem pistas fecundas para aprofundar a temática da pesquisa. Assim, a reincidência parece um falso problema, lembrando que pretendemos refletir sobre o tema a partir da visão do adicto. Para os sujeitos o movimento de voltas e paradas não é percebido como reincidência, pois quando estavam na abstinência, os sujeitos não consideravam que estavam fora da droga. No entanto a abstinência foi exaltada por C. no início das entrevistas por um bom tempo, promovendo o deslocamento da intensidade da identificação inicial de “dependente” para a de um sujeito que corresponde às expectativas familiares de permanência na abstinência. O termo tratamento parece estabelecer ligação com o discurso da abstinência. Para os sujeitos, o distanciamento do gozo do corpo parece resultar em sinônimo de tratamento. Inclusive, a grande maioria dos usuários do serviço têm um discurso orgulhoso, desde o primeiro dia da internação, da somatória dos dias em que não usaram drogas. C. não se queixa diretamente da falta da droga como no período em que ficou internado, pelo contrário, aclama a abstinência como uma vitória. Qual seria o sentido de exaltar a abstinência no caso de C. se o desejo “proibido” de usar o crack aparentemente não mais o “assombrava”?

Após algumas semanas, consegui falar com C. e ele confirmou que apareceria. C. veio para o atendimento, mas desta vez já se mostrava revoltado com a família que queria controlar aonde ele ia ou deixava de ir. A abstinência tão exaltada por C. já não aparecia mais. Falava da desconfiança da família e do controle que queriam ter sobre ele. No atendimento seguinte não compareceu e na outra semana C. dizia que no meio da sua ida para o atendimento foi para a “boca”. Atribui o uso ao fato de ter “dinheiro na mão”. Na mesma hora perguntei: “como?”. C. olhou para mim e sorriu dizendo: “... é, tava com dinheiro na mão e deu vontade de usar, aí usei”. Foi interessante como C. deixou de vir para o atendimento no mesmo período em que este esboçava sua raiva da família e das brigas ali ocorridas. Sempre que

convidado a refletir sobre seus movimentos nas relações que estabelecia, economizava nas repostas, desconversando. No mesmo atendimento em que justificava sua última falta, dizia estar faltando muito porque estava esperando a “poeira baixar”. Nesta ocasião perguntei: “de que poeira está falando?”. O silêncio se instalou na sala concomitante com tímido movimento de sorriso de C. olhando pra mim. Logo em seguida C. disse que precisava esperar as coisas ficarem mais tranqüilas na sua casa. O tormento no meio familiar existia, mas não “dramatizar” os acontecimentos fazia parte da dinâmica de C. Construir este percurso de alguma forma o colocava em contato com a problemática do gozo concomitante com os conflitos familiares. C. parece tentar justificar sua saída da abstinência, tentando atribuir ao funcionamento familiar o motivo de ter voltado a fumar crack. Na fala de C. não fica explícito se suas brigas com a família de fato contribuíram para que o tamponamento provocado pela internação fosse desfeito ou se as brigas começaram a acontecer quando a família começa a perceber que C. voltou a usar a droga. A abstinência de C. também parece reforçar a hipótese da reincidência como um falso problema para os sujeitos. Em todo caso há uma parada e uma reincidência não inteiramente associada à internação. Tanto no caso de C. como nos outros entrevistados nos deparamos com paradas temporárias e/ou “forçadas”. Os sujeitos saíram momentaneamente do uso da droga, mas mantém uma nostalgia velada do gozo do corpo.

A família, um fator relevante. O tratamento da família como concomitante ao processo de tratamento não é mencionado por C. nem pelos outros sujeitos. Mas os entrevistados destacam sempre a situação familiar, e, em alguns casos, o quanto seus sentimentos em relação aos pais são ambíguos. J. conta que seu pai o culpa sempre pela morte da avó nos momentos de brigas e desentendimentos e quando está tudo bem o pai já tem uma postura de desculpabilizá-lo pelo ocorrido, dizendo: “... uso drogas porque eu quero, não fico culpando os outros por isso”. Este começa um dos atendimentos falando da sua infância e desde cedo, aos quatro anos de

idade, lidando com a separação dos pais. A cada hora o referido entrevistado morava num lugar, com o pai, com a mãe ou com a avó. Este diz: “... nunca vi meus pais juntos... só quando minha mãe tentou matar ele com uma faca”. Retoma fala sobre os pais, dizendo tanto para a mãe quanto para o pai que eles nunca foram pais de verdade. Na seqüência, prossegue dizendo do seu amor em relação aos pais: “... eles me dão de tudo, tudo dependendo deles”. O entrevistado R. também fala sobre o relacionamento com a família. Fala que quer contar com a família, acreditando que eles sempre estarão do lado dele. Ao mesmo tempo em que valoriza a família, relata que é muito cobrado e sempre “jogam na cara” dele o fato de usar drogas. Conta que quando ele está sem usar drogas, o pai faz tudo que ele quer e isso provoca inveja principalmente do irmão caçula, dizendo: “... sou o filho mais querido e disso tenho consciência”. Este conta que sempre sofreu muito quando era criança, e que isso é a culpa do seu pai, e ressalta: “... ele tem culpa de eu usar drogas, eu também tenho culpa”. O entrevistado S. se refere à família, por exemplo, quando relata que sua primeira internação foi por quinze dias num hospital geral, contra sua vontade por pressão familiar. Já G. refere que tem uma irmã mais nova que nasceu quando ele tinha dez anos, momento em que sua mãe ficou grávida do seu pai, que já estavam separados há seis anos. I. conta que seu pai bebia muito e era violento tanto com sua mãe quanto com sua madrasta, pois antes dos 7 anos de idade seus pais se separaram e o seu pai conseguiu a guarda dele e da irmã. Também relata que seu pai era violento, e diz: “... batia minha cabeça na parede, ele era muito agressivo quando estava bêbado, já tentou até matar minha madrasta, jogando álcool no colchão”. W. refere uma infância normal, com bom relacionamento com a família. Este diz: “... sempre fui amado, não entendo porque isso aconteceu comigo”.

A família aparece tanto como protetora e continente como contribuindo para a causa do uso de drogas para os indivíduos, mas em todo o caso é um valor cultivado, o que coincide com o cultivo dos valores fálicos pela maioria dos indivíduos entrevistados. Embora C. não

nos forneça detalhes da dinâmica familiar, é nítido seu descontentamento em relação a como a família se relaciona com ele.

O caráter mítico do gozo do corpo. C. nunca deu detalhes sobre os momentos de experimentação, e neste momento das entrevistas deixa claro não querer falar sobre o gozo do corpo. C. parece nesse momento da sua história temeroso com a possibilidade (certamente não cogitada por ele) de abandonar o uso da droga. Logo em seguida, C. deixou de comparecer aos atendimentos, abandonou a possibilidade de tratamento. Em outros entrevistados o caráter repetitivo do gozo é um ponto importante, pois à medida que o gozo do corpo, para se manter, precisa da repetição, podemos estabelecer um paralelo da memória da primeira experiência de satisfação com o fato de alguns sujeitos ficarem em busca do primeiro gozo, ou seja, da sensação do primeiro uso. I. diz que o grande problema é a compulsão e afirma: “... você usa a primeira e não quer parar (...) com a droga, você nunca vai conseguir o prazer da primeira vez”, dizendo que com a droga vai sendo cada vez pior, com perda da auto-estima. Este diz: “você não liga pra nada, quer que o mundo se exploda”. V. ilustra esta nostalgia dizendo: “... a grande questão do crack é a busca do prazer obtido na primeira paulada, enquanto tiver crack por perto vou continuar usando pra ter o prazer que tive com a primeira pedra”. Este diz que se o usuário de crack conseguisse adiar o uso com um espaço de trinta minutos, conseguiria o prazer obtido na primeira paulada e acrescenta: “... o grande problema é que não consegue, você pode fumar três vezes a quantidade inicial que não dá o mesmo prazer”.

A rememoração através da repetição acentua no gozo do corpo seu caráter mítico. Isso significa dizer que o gozo do corpo é algo apenas postulado como tendo existido, sendo um dos efeitos da inscrição do corpo na linguagem (simbólico). A propósito, o drogadito é um sujeito que se aferra à idéia desse gozo mítico, desde sempre e para sempre perdido, tentando resgatá-lo na experiência com a droga. Assim, os drogaditos não se dispõem a ir ao gozo

fálico como solução estabilizada, devido justamente a sua forma particular de inscrição no campo do simbólico.

Baixa tolerância à frustração. Continuando, quando C. telefonou para falar comigo, eu já sabia do acidente, pois ele estava visitando o psiquiatra da nossa unidade em uso de medicação. A queixa de C. era dizer que estava “de saco cheio” da sua família, orientada pelo médico neurologista que C. sempre saísse de casa acompanhado. C. relatava que sempre foi dono de si, nunca precisou de alguém. C. sempre chegava num misto de ansiedade e raiva para o atendimento, para falar do “porre” que estava sendo viver na “barra da saia” da família, principalmente da namorada. C. dizia: “... tudo me irrita, qualquer coisinha que acontece me tira do sério”. No atendimento, também ficava irritado por conta dos problemas da fala, por não conseguir falar na velocidade de costume. Ao contrário dos momentos anteriores ao acidente, C. falava livremente o que sentia, sem controlar o que ia dizer, mas ao mesmo tempo, sempre demandava respostas e conselhos meus, buscando uma solução que aliviasse sua irritabilidade. C. dizia não poder usar crack por conta dos problemas advindos do acidente, mas sempre que se irritava tinha vontade de fumar a droga. C. dizia que se fosse em outra época, já teria fumado crack há tempos, relatando falta de paciência e que tudo tinha que ser do jeito dele. C. dizia que agora tudo mudou e depende da boa vontade dos outros pra fazer o que quer. E acrescentou: “... dá vontade de fumar, rapidinho você quer que o mundo se foda”. Apontei para C. que eu o percebia mais livre para falar dos acontecimentos da sua vida. Nesta situação C. esbravejou dizendo: “por que você não fala alguma coisa?”. Respondi: “o que?” e C. retrucou: “...fala alguma coisa”. Em seguida perguntei a C: “... você está mandando eu dizer alguma coisa?” e C. respondeu: “...desculpa...sempre tudo tem que ser rápido, na hora que eu quero”. Perguntei: rápido igual à droga?”. C. permaneceu em silêncio. Este período inicial de retomada foi difícil para C. que parecia almejar nos atendimentos

alívio com a mesma rapidez que a droga já proporcionara. Neste atendimento, C. mostra que está abstinente, embora deseje usar a droga. Mesmo desejando usar a droga, lamenta não poder usá-la, pois está sempre acompanhado. Aí temos um exemplo de que C. nunca saiu da droga e tampouco mudou seu jeito de agir por conta da ausência da mesma. Além da reincidência não se caracterizar como tal, os sujeitos não questionam os “métodos” utilizados e a importância do tratamento; na sua grande maioria, centram o discurso no uso da droga e mantém o processo identitário do drogadito. Os intervalos de uso, ou seja, a abstinência com posterior retomada do uso de crack e cocaína, parecem ocorrer mais por condições da vida dos sujeitos, do que propriamente por condições de tratamento, momento em que se supõe que os sujeitos fariam de fato uma renúncia da droga. O baixo limiar à frustração seria uma condição para que o suposto tamponamento fosse desfeito, sendo um aspecto importante que também aparece em outros entrevistados. Os acontecimentos apontados como disparadores nos momentos de retomada do uso ou de sua exacerbação, poderiam ser caracterizados mais como pretextos do que propriamente como motivos, uma vez que defendemos a hipótese do tamponamento. I., por exemplo, relata que se tiver dinheiro na mão pode sair do trabalho depois de um dia difícil e usar “pedra” ou “bebida”. S. fala da frustração, associada ao conflito com os valores fálicos. Este conta que novamente foi desligado da comunidade terapêutica porque havia falta de recursos financeiros para lhe pagar pelos serviços prestados, e diz: “... eles exploram, você trabalha e depois eles mandam embora”. Morando com essa nova companheira, ele volta a fazer uso de crack e álcool. Já R. diz que um dia acordou e sua namorada não estava mais lá, dizendo: “... ela deixava de fazer alguns programas pra ficar comigo”, atribuindo ao uso de cocaína um meio para lidar com a solidão. O baixo limiar à frustração também aparece relacionado com os afetos, como por exemplo, no entrevistado M., quando conta que sua mulher queria ficar com a família dela no Natal. Este conta que passou no banco e retirou trezentos reais, indo encontrar-se com um primo, gastando o dinheiro todo

em cocaína e crack. No mesmo sentido, R. diz: “... quando ela chegou, virei um bicho, quebrei tudo...”, momento do atendimento em que relata seu descontentamento com a esposa quando descobriu que ela estava no bingo. R. pegou o cartão de crédito e foi para a favela, sacando dinheiro várias vezes no caixa eletrônico, gastando cerca de mil reais em dois dias. J. fala claramente da frustração relatando que teve várias recaídas e atribui às mesmas a frustração, impulsividade e culpa que sente pelo que fez no passado e as perdas que isso trouxe.

A abertura subjetiva num contexto adverso. A aproximação com C. não foi tarefa fácil. Quando não falava da fissura, ficava calado pelos cantos, observando os acontecimentos na unidade. Tentei me aproximar algumas vezes “pra quebrar o gelo”, uma vez que ali estavam muito bem estabelecidos os papéis: ele era um usuário internado orientado a respeito do compromisso terapêutico que esclarecia as regras do “setor”, e eu o profissional da equipe como extensão daquele território. Ocorreram conversas rápidas, sem grandes aberturas por parte de C., mas parecia sempre desconfiado das minhas intenções. Mesmo assim, C. concordou em participar da pesquisa. Era resistente a participar das atividades coletivas, sempre se atrasando ou dizendo que estava mal. Estamos num contexto em que temos, na prática, a abstinência como carro chefe do tratamento. O sujeito só parece se reconhecer toxicômano quando privado totalmente da droga? A abstinência está incluída no tratamento e mesmo que a política de saúde queira estar mudando seu discurso, as práticas não mudaram. Estas parecem colocar o usuário de drogas no isolamento, como garantia do controle da abstinência através da internação. A desconfiança de C. não parece ser por acaso, porque estar internado já reforça o estigma de “fracassado” no que tange a cuidar da sua própria vida. Era necessário da minha parte respeitar a sua vontade de não falar. A grande maioria das

atividades realizadas reforçava o fracasso dos sujeitos, dando sustentação ao clichê “sou dependente”, trabalhando na perspectiva da abstinência.

Aos poucos C. foi conhecendo os outros usuários internados. A história começou a mudar, pois estava sempre conversando e transitando pelos espaços da internação. C. era o “descolado da turma” e nos grupos, ao menos nos grupos em que eu era “facilitador” para a circulação da palavra, estava mais participativo, principalmente no *grupo de expressão*. Logo após minha chegada à instituição procurava criar uma estratégia para me aproximar das pessoas ali internadas.

O grupo de expressão tinha algumas características específicas, como a discussão de temáticas não diretamente ligadas à “dependência química”, acontecendo ao ar livre, para além dos espaços limitados pela internação. No horário do grupo, a grande maioria se aglomerava, demonstrando ansiedade pela abertura da porta. C também ansiava por esse momento. As atividades eram respaldadas por temas como DST’s/aids, sexualidade, consumo, família, prazer e/ou propostas que pudessem favorecer a interação e o coletivo. Na liberdade propiciada pelas saídas das paredes e portas (e não mais muros) do hospital, era provocada uma inquietação e não era simples trazê-los para a proposta inicial. Mas depois “tudo rolava”, o grupo acontecia e era a liberdade de opinar e falar livremente sobre o que pensavam e sentiam, que fortalecia meu vínculo com eles, inclusive com C. Nesse sentido, o grupo de expressão buscava uma abertura do discurso por parte dos sujeitos, o que não é simples, pois a Rede e a sociedade reiteram a abstinência, o que pode estar refletido nos altos índices de reinternação. A “familiaridade” conseguida na internação com outros usuários do serviço parecia colocar C. numa ambivalência que ora o situava no lugar de “derrotado” (e isso acontecia nos grupos e nos momentos que sentia falta da droga), ora no lugar de quem exalta as delícias de usar a droga (e falavam disso entre si, no pátio, por exemplo).

Na internação, o que se vive é um ambiente diversificado de situações. A piada, a risada, o engraçado, misturados à pressão, tensão e às problemáticas do individual no coletivo. Depois de tantas outras atitudes provocadoras para com a “norma”, C. foi pego no quarto de uma colega internada, o que não é permitido, recebendo alta. Até então, a internação tinha sido útil para provocar algo que não somente a abstinência? Creio que não. Isto não impediu que eu propusesse ao mesmo “atendimento”, visto que a alta não é uma punição, mas a possibilidade de trabalhar suas questões em outros contextos.

É necessário retomar que o local de pesquisa está caracterizado dentro de uma ótica inclusive hospitalar. A internação pode servir para que o sujeito dê uma pausa no gozo que a droga produz, entendendo que muitas vezes o sujeito não tem porque parar, o que o define em condições toxicômanas no período da internação, mas que no pós-alta muito provavelmente marcará um sujeito da experimentação do gozo de que só ele é proprietário, isento do desejo de livrar-se desse gozo. Mas neste caso é também a oportunidade que o sujeito se dá de alguma abertura subjetiva, contanto que se possa fazer ofertas compatíveis de possibilidades transferenciais. O sujeito que pede ajuda dizendo estar “no fundo do poço”, por exemplo, apresenta mesmo que de forma paradoxal, uma manifestação do sujeito do inconsciente.

A psicanálise, e nessa medida a psicanálise no contexto hospitalar, postula a transferência como função da oferta de escuta e não o contrário. A instituição não constitui uma exceção às demais instituições de saúde quanto às possibilidades de escuta analítica. Por isso, uma escuta só pode ter sucesso se produzir algo diferente do confinamento (abstinência numa internação), se o sujeito chega a se dividir, produzindo um questionamento do tipo “será que não sou outra coisa que toxicômano?”. Caso o sujeito desejante não apareça, muito provavelmente o tamponamento propiciado pela abstinência se desfará na primeira oportunidade que o mesmo tiver para gozar novamente.

Os drogaditos parecem desconfiar da realidade, o que os leva a ignorar ou mesmo a

não encarar os processos que conduzem à conquista dos valores fálicos, tendo garantido um gozo do corpo que traz à tona o agora, ou seja, permeado pelo imediatismo que a droga produz. Assim, o trabalho de quem escuta é o de conduzir o sujeito ao questionamento, permitindo-lhe falar livremente das suas questões. O espaço de escuta deve afastar-se do lugar de confessor, prestação de “satisfações” ou mesmo de produção de “roteiros de cura”. Na pesquisa, a tentativa de realização desta proposta com os entrevistados não foi simples. Os sujeitos ora ocupam a posição de doentes e solicitam respostas ou se mostram detentores do saber de um gozo somente experimentado por eles.

Justificando suas faltas ao atendimento, C. esclarecia sem se dar conta o quanto estar ali o ameaçava na postura onipotente que outrora relatava. Reiterava indiretamente não querer falar sobre o uso do crack, pois isto podia colocá-lo no lugar oposto do “eu sou eu”, ou seja, na posição oposta à de toxicômano provocada pela abstinência da internação. Conta que encontrou “amigos da antiga” e voltou a usar. Eu perguntei: “mas você não foi sozinho outro dia?”. C. diz: “fui, é que já tinha voltado a usar”, dizendo que ser dependente é “foda”.

C. já se mostrava distante, pois falar da sua vida naquele momento estabelecia relação direta com sua história do uso de crack. Aqui o clichê “dependente” também aparece, só que concomitante aos episódios de experimentação que ameaçavam sua “autonomia”, o que reforça a desresponsabilização do sujeito pelo ato. C. reafirma com sua postura que, se reconhecer toxicômano na abstinência, através da internação, pode ser somente para fazer jus ao discurso institucional, que coloca a drogadição no lugar de doença.

Transcorridos vários meses, a assistente administrativa veio me dizer que C. tinha telefonado, perguntando por mim (na ocasião eu estava atendendo) querendo um horário para retornar. Fiquei surpreso com o recado e logo em seguida, retornei a ligação agendando um horário. C. compareceu acompanhado da namorada. Contou do acidente que sofrera neste período em que não nos vimos e das seqüelas advindas deste. Apresentava alguma dificuldade

de locomoção, mas andava sozinho. Além disso, apresentava problemas na articulação da fala. No primeiro encontro depois de tanto tempo, contava que não estava vindo mais aos atendimentos porque tinha voltado a usar muito crack. Chegaram a tentar uma reinternação na unidade, mas não conseguiu vaga. Assim, sua família o internou num outro lugar, pois reclamavam da sua agressividade e C. não tinha mais como disfarçar o descontrole do uso. Logo que saiu de alta (pediu alta) voltou a fazer uso, foi só uma questão de dias. Neste contexto aconteceu o acidente.

É interessante notar que nas últimas vezes em que C. compareceu ao atendimento não estava mais abstinente. Ao justificar o motivo de não vir mais aos atendimentos, C. aponta a “escravidão” que o gozo no corpo provoca ou a impossibilidade de prosseguir o tratamento, uma vez que estava fora da abstinência? Mesmo fora da abstinência, C. veio algumas vezes para o atendimento, mas o vínculo parece não ter sido suficiente para a continuidade do trabalho, à medida que já tinha sido construída uma história que se iniciou na internação reforçadora da abstinência como sucesso do tratamento.

C. demonstra que a retomada do uso de crack o desautoriza, colocando-o no conflito do gozo do corpo com os valores fálicos no momento que antecedeu sua nova internação.

No decorrer dos atendimentos, C. trazia uma outra questão que se conectava com a nova fase da sua vida. Relatava sentimento de impotência quando, por exemplo, ia assistir ao jogo de futebol próximo à sua casa. Depois de muito insistir com sua namorada para ir sozinho ao campo (o que era uma luta), ficava triste porque não podia jogar por conta dos seus prejuízos nos movimentos. C. relatava não aceitar aquela situação, dizendo que antes do acidente podia correr e ir para onde queria, sem ter que dar satisfação a ninguém. Além de não poder correr, ficava constrangido quando as pessoas se aproximavam para falar com ele, afinal estava falando mais lentamente e com certa dificuldade em pronunciar as palavras. E ainda tinha que lidar com as brincadeiras das crianças do bairro. C. contava que sempre foi

muito respeitado no lugar onde mora e agora sentia raiva do estado em que se encontrava. Relatava constantemente insatisfação com o dia a dia, cansado de tanto ficar em casa jogando vídeo game, sem interesse sequer para ler um livro. C. não conseguia ter paciência com seu processo de reabilitação física, mesmo porque sabia da impossibilidade “de ficar como era antes”. Falava que tinha muito medo de morrer quando pensava no que sua vida se transformou (nostálgico com relação ao uso do crack?). C. disse em um dos atendimentos: “...tem dia que acordo e parece que vai dar um negócio na minha cabeça e vou morrer... tenho muita dor de cabeça”.

C. às vezes faltava aos atendimentos e quando retornava parecia voltar à posição inicial de querer encontrar soluções imediatas para suas questões. Em um dos atendimentos, fala de um tênis que tinha visto no shopping. Sabia que estava com pouco dinheiro para comprar, mas mesmo assim acabou comprando. C. diz: “... sabe, fiquei manipulando, me fazendo de coitadinho”. C. relata que quando quer algo fica manipulando para conseguir, ficou triste por causa do tênis e aí sua namorada ficou com pena. Um outro dia compareceu ansioso novamente por respostas e disse: “... fico irritado, todo mundo na sala querendo resolver meu casamento, os parentes vieram me visitar e ficaram me olhando como coitadinho. Inclusive, nesta ocasião C. diz que estavam escolhendo as fotos de quando eram crianças para colocar no telão. A minha mãe me tratava como um bebê. Perguntei: “como?” e C. respondeu: “ ... é, como um bebê que faz birra...”. Eu respondi: “igual ao dia do shopping?”

C. começou a falar mais de si e queixar-se menos dos outros, percebendo o quanto ele alimentava o movimento das pessoas de colocá-lo no lugar de coitado que precisava de cuidados 24 horas/dia. A droga foi perdendo espaço nos atendimentos. C. até relatou o episódio em que teve a oportunidade de usar crack, mas recusou. C. diz que pela primeira vez recusou e não sentiu vontade de usar. C. estava diminuindo cada vez mais a medicação e no

percurso dos atendimentos falava do seu cotidiano, narrando com mais tranquilidade os acontecimentos. Trabalhamos a minha saída da unidade e pedi para C. sua autorização para que eu pudesse utilizar “nossos atendimentos” para minha pesquisa. C. foi encaminhado para atendimentos com outro profissional, mas esta outra parte nós nunca saberemos...

Uma relação com o gozo, ora facultativa ora necessária. Mesmo com suas insatisfações e irritações acerca do convívio familiar, C. permanece abstinente porque usar crack coloca sua vida em risco neste momento posterior ao acidente. Nos outros entrevistados, também podemos perceber uma relação com o gozo ora facultativa ora necessária. Na relação facultativa com o gozo, o uso da droga é interrompido à mercê de certos acontecimentos, não necessariamente fatores como a angústia ou o processo de tratamento. A interrupção do uso se dá através de vicissitudes próprias da vida do sujeito. A presença da mulher na vida dos sujeitos, por exemplo, parece funcionar como um apaziguador do gozo. P. relata ter ficado por mais ou menos dois anos sem usar cocaína e se envolveu nesse período com uma garota que fazia “programas” na boate, o que parece caracterizar uma abstinência mesmo que sem motivo de tratamento. Já S. diz que sua namorada também usava cocaína esporadicamente e quando ele já estava morando com a mesma no apartamento ela propôs que S. parasse de usar. Conta que ficou dentro de casa um mês fumando maconha com a namorada. Isto leva a pensar sobre o estatuto da drogadição para estes indivíduos. Nestes casos, o gozo do corpo não parece ser algo que organiza a vida dos sujeitos, o que, por hipótese, os deixaria mais suscetíveis à abertura subjetiva.

Mas em outros casos, a relação com o gozo parece necessária, sendo possibilitado ao sujeito na abstinência, quando muito, tamponar uma fissura que se faz constante. É como se nos intervalos de uso houvesse uma tampa permitindo que a droga ficasse ausente, de modo que na primeira oportunidade o sujeito permita que a tampa saia e o ciclo de uso recomece.

Vejamos, por exemplo, como I. fala disso claramente: “... depois que usei crack pela primeira vez, nunca mais parei, só o tempo que fiquei internado e três meses depois que saí”. I. diz que nunca deixou de pensar na droga: “... dá uma coisa por dentro, não sei explicar o que é, é uma falta terrível...”. Tendo uma relação necessária com o gozo as paradas só acontecem forçadamente, por exemplo, numa internação. A abertura subjetiva seria mais difícil em casos desse tipo, porque os sujeitos parecem não se interessar por outros gozos que não o oferecido pela droga.

O contexto da pesquisa: uma instituição típica? A unidade de tratamento caracterizada como contexto da pesquisa, traz em si uma experiência singular, utilizando o recurso da internação para pessoas com prejuízos advindos do uso de substâncias psicoativas em paralelo com o equipamento ambulatorial. Esse último funciona como “porta de entrada” para o tratamento ou dá seguimento no pós-alta para os pacientes que chegam à unidade por meio de uma internação. Mesmo dentro da sua singularidade e seu processo constante de invenção, a instituição parece estar permeada pelo discurso da medicina. No cotidiano institucional, parece paradoxal ocupar a posição de quem escuta o sofrimento psíquico do sujeito e concomitantemente tem de realizar grupos informativos que ressaltam o saber médico e atribuem ao uso de drogas o estatuto de doença (dependência). Por isso a psiquiatria parece ocupar uma posição central no discurso institucional. Se acrescentarmos à visão da drogadição os pressupostos evidenciados neste estudo talvez seja pertinente uma desconstrução dos saberes, de modo a não reforçar uma terapêutica médica que transita num lugar destacado das outras formas de abordagem da questão. O saber psiquiátrico tem seu valor, mas reforçar o discurso medicamentoso que alivia o sofrimento da abstinência do sujeito pode trazer ambigüidades numa escuta que visa a aproximação do indivíduo à sua história e à relação com o uso de drogas. Nesse sentido, podemos questionar se os sujeitos são

ou não lacônicos como parecem demonstrar nos primeiros momentos do contato. Estes falam pouco sobre o uso da droga porque o gozo não está intermediado pela linguagem, ou porque o discurso institucional restringe o espaço, através da abstinência e da medicação como formas principais do tratamento, provocando uma inibição para outras práticas discursivas?

Talvez os sujeitos possam ser lacônicos porque o discurso dominante opera em torno do objeto droga que a princípio não faz falar, e sim faz gozar, criando condições ótimas para extirpar o aparecimento do sujeito do inconsciente. Por outro lado, os sujeitos falam de muitas coisas para além da droga e o fato de estarem internados, e conseqüentemente privados da droga no momento das entrevistas, pode sustentar o imaginário da “proibição” de falar das delícias do gozo. Se o trabalho parte da desintoxicação e ressalta os efeitos nocivos da droga valorizando a abstinência, por que o sujeito haveria de se expor? Falar do como é bom usar a droga não seria uma forma de mostrar desinteresse pelo tratamento? Ficar atento para buscar aberturas nos discursos é vital, a fim de não cair no risco de repetir a performance das instituições que contam basicamente com uma internação que somente protela o uso da droga, ao invés de criar outras formas de relação objetal, que permitam o aparecimento de um sujeito que produza dúvidas e questionamentos.

Assim, é preciso considerar que os entrevistados estão dentro do hospital e no contexto da saúde pública. Os sujeitos parecem ter da instituição a representação como aquela que medica e propõe o tratamento através da desintoxicação e abstinência na internação. A medicina parece atribuir ao remédio o papel da “cura”, e o médico que deveria deixar lugar para a emergência do Sujeito de Suposto Saber, parece deixar-se confundir com o lugar, de mestre, detentor do saber, não deixando abertas quaisquer possibilidades de ofertas de possibilidades transferenciais. A “cura” referida advém da medicação para tratar os sintomas da abstinência, colocando a “dependência química” no estatuto de um transtorno mental, só existindo tratamento para esta problemática através da manutenção da abstinência no pós-alta.

A figura do analista, que na representação social ocuparia o lugar de quem escuta, acaba se misturando com o papel do hospital que oferta o remédio na desintoxicação e reitera a manutenção da abstinência, pouco podendo interferir na forma inicial da transferência, deixando de operar na identificação de “dependentes” dos sujeitos.

Nestas circunstâncias, a transferência inicial só pode manifestar-se de acordo com a representação que os sujeitos têm da oferta de possibilidades de tratamento.

Portanto, muito é necessário ser mudado, tanto na forma como opera a instituição, quanto no modo como se apresenta para seus possíveis usuários, para que se criem outras condições de ver e tratar o problema da drogadição dentro de um paradigma que não seja mais o discurso médico como elemento central.

Aprofundando a discussão do tema da reincidência

Para continuarmos o trabalho de reflexão a partir da escuta dos sujeitos, faz-se necessário retomar a temática da pesquisa.

A reincidência no uso de crack e cocaína seria entendida como o momento em que o sujeito depois de parar de usar a droga retorna ao ato de drogar-se, recorrendo após isso, na maioria das vezes, a uma internação.

Respaldados pelas considerações teóricas e pela própria escuta que se suporta na teoria psicanalítica, a reincidência inicialmente definida, pode ser reescrita em outras palavras. Desta forma, a reincidência seria entendida como o momento em que o sujeito, após sair do gozo do corpo, ou seja, após ter feito uma renúncia ao gozo que o leve à extinção do ritual de experimentação reiterada, volte a viabilizar, posteriormente, essa mesma modalidade

de gozo, retornando ao descontrole e à exclusividade que este oferece, desencadeando, na maioria das vezes, um novo pedido de internação.

Desse modo, torna-se urgente, claro que não em sua abrangência, elucidar o leitor a respeito dos princípios básicos de tratamento no serviço caracterizado como local de pesquisa. Quando comecei a trabalhar na unidade, o serviço tinha como tratamento o modelo médico que parte da desintoxicação e da abstinência associadas à Prevenção da Recaída. O manual de Prevenção da Recaída utilizado pela equipe segue os princípios básicos de Marlatt & Gordon (1993) numa abordagem cognitivo-comportamental, trabalhando o reconhecimento consciente da problemática com posterior capacidade de controle de situações da vida potentes para conduzir ao retorno do uso de álcool e outras drogas. Segundo Knapp & Bertolote (1994), a Prevenção da Recaída é um programa de tratamento que conscientiza a pessoa e a instrumentaliza para lidar com situações de risco para a recaída, ou seja, situações em que ela volte a consumir álcool e outras drogas. A prática deste modelo começou com a equipe inicial do projeto, respaldada por trabalho de supervisão.

Ao refletir sobre os achados desta investigação, foi evidenciada a hipótese de que a reincidência é um falso problema para os sujeitos, já que os entrevistados demonstraram que a desintoxicação concomitante à abstinência provocada pela internação é somente um momento de privação do gozo do corpo. A abstinência não significa que os sujeitos faziam uma renúncia que caracterizasse o desejo de distanciamento da droga, mas sim uma parada que, ao contrário do conceito inicial de reincidência, muito provavelmente está ligada às conseqüências negativas provocadas pelo gozo, e num grupo dos casos, de forma mais enfática, à impossibilidade de administrar o gozo do corpo em paralelo ao exercício dos valores fálicos.

Aqui caberia uma reflexão: como seria estudar a reincidência a partir de um caso clínico em que o sujeito busque o analista, da perspectiva de quem escuta e não de quem está

na instituição que medica e interna para fugir das pressões provocadas pelo descontrole?

Na prática, a escuta dos sujeitos demonstrou que estes também alimentam o imaginário de que para sair do gozo do corpo só é possível pela desintoxicação aliada à internação. Nenhum dos entrevistados chegou à instituição com o pedido de controlar o gozo da droga. Para os sujeitos, ou se permanece no uso descontrolado da droga ou partimos para a abstinência. E mesmo no período de abstinência, nos grupos realizados durante a internação, a fala dos entrevistados mostra o afastamento do objeto droga e as perdas advindas do uso e sistematicamente cobradas pela sociedade, não aparecendo uma recusa ou questionamento dos momentos de experimentação. Nos episódios em que, ao invés da internação, é proposta a desintoxicação ambulatorial, os usuários normalmente recusam esta proposta, o que reforça a idéia da presença, por parte deles, de uma demanda de desintoxicação com conseqüente abstinência, aliada à internação. Creio que esse é um aspecto que merece ser sublinhado pois ilustra, para estes sujeitos, o estado inicial das possibilidades de transferência; ponto de partida de qualquer abordagem que pretenda ampliar o discurso médico.

Embora o discurso da instituição esteja centrado na abstinência e na sua manutenção, as práticas dos trabalhadores foram comportando outros settings que fogem a este imperativo, tanto na internação quanto no tratamento pós-alta. A abstinência exigida na internação pelo modelo, no pós-alta não é condição para a continuidade do tratamento. Por outro lado, a prática marca uma contradição, minando outras abordagens que ocorrem em paralelo, potentes para provocar outras identificações que não somente a de toxicômano. Os sujeitos, quando não retomam imediatamente o uso da droga, até permanecem abstinentes, mas não prosseguem tratamento pós-alta. Os que continuam o tratamento, retornam reiterando a permanência na abstinência, mas provavelmente depois de algum tempo voltarão a usar a droga e desaparecerão. Mais à frente, voltarão à instituição apontando novamente o descontrole no uso da droga, o que não se dá de imediato ao início dos momentos de retomada

da experimentação, ou seja, retornam pedindo internação, “queixando-se” das conseqüências desagradáveis que a permanência na exclusividade que o gozo do corpo provoca, e, posteriormente, durante a internação, falam da falta que sentem do gozo com a droga. Esta reflexão confirma que a maioria dos protagonistas, na construção dos modelos de tratamento (e nesse sentido toda sociedade é), são permeados pelo discurso médico ou por outras abordagens que partem da abstinência através de internação (isolamento), reforçando o abandono definitivo da droga como solução. Todos os sujeitos tinham histórico de tentativa de abandono da droga, mas sempre estas experiências foram marcadas por uma internação como porta de entrada, isto é, em consonância com o imaginário social e os modelos hegemônicos de tratamento.

Os sujeitos parecem ficar relativamente silenciosos a respeito de possíveis fatores da reincidência, embora apontem indiretamente aspectos associados à retomada do uso. Além de não falarem da reincidência, não questionam os “métodos” utilizados no tratamento. Também não aparece no discurso dos entrevistados menção à importância do tratamento. O termo tratamento parece estabelecer ligação com o discurso da abstinência. Para os sujeitos, o distanciamento do gozo do corpo parece resultar em sinônimo de tratamento. Inclusive, a grande maioria dos usuários do serviço tem um discurso orgulhoso desde o primeiro momento da internação, da somatória dos dias em que não usou drogas. Um aspecto importante, é que a relação com usuários de drogas (na ativa), depois de um período na abstinência, parece reforçar a retomada do uso de drogas.

Caso entendêssemos que tratamento é sinônimo de abstinência, seria importante que os entrevistados pudessem se distanciar de grupos de amigos que usam drogas, mas não é esse o caso. Por outro lado, retomar o uso de drogas não parece estar associado à presença concreta da droga, à medida que muitos voltam a usar em outros contextos não associados ao contato com amigos usuários.

Assim, é vital retomar a hipótese do tamponamento que a abstinência pode trazer, caso não seja provocada a divisão do sujeito. O contato com amigos usuários poderia ser considerado apenas como um facilitador no desfazer do tamponamento, ou seja, um bom pretexto e não a causa do retorno ao uso. Em síntese, os sujeitos escutados deixam entrever com certa clareza que sua relação com as drogas é um contínuo, às vezes, interrompido temporariamente, tanto por situações corriqueiras, quanto agonísticas (internação). A partir do tratamento padrão oferecido pela instituição, não houve, entre os entrevistados, casos que tenham postulado um desejo perseverante de interrupção do uso.

Enfim, a forma da reincidência encontrada foi bem diferente da previamente vislumbrada como objetivo da pesquisa. Os intervalos de uso, ou seja, a abstinência com posterior retomada do uso de crack e cocaína, parecem ocorrer mais por condições da vida dos sujeitos, do que propriamente por condições de tratamento, momento em que por suposição os sujeitos fariam uma renúncia à droga.

A clínica contemporânea destaca muito mais o silêncio do que a narrativa, pois na drogadição é justamente a economia da linguagem que chama a atenção. Na pesquisa, embora os sujeitos não falem diretamente da reincidência, o gozo fálico aparece e muitos aspectos já discutidos disparam uma reflexão em torno da drogadição. De qualquer maneira, é preciso ressaltar que os entrevistados estão numa situação de tratamento, passando pelo viés da abstinência. O relativo emudecimento subjetivo devido aos efeitos da droga e os motivos de uma recaída merecem destaque, porém não pode ser esquecido que o tratamento partiu da desintoxicação como primeira etapa, portanto prévia à utilização das experiências mediadas pela palavra.

É claro que podemos supor a existência de uma certa representação social do tratamento que leve o indivíduo a pleitear como tratamento a própria desintoxicação. Isso não deixa de estar em concordância com a psiquiatria, que pretende substituir uma toxicomania

descontrolada por outra sob controle.

As políticas de saúde podem estar tentando se deslocar do discurso da abstinência, mas se pensarmos, por exemplo, no Programa de Saúde da Família (PSF) não podemos negar que os agentes de saúde, enfermeiros e médicos ainda reiteram o abandono da droga. O PSF funciona segundo o discurso médico, medicando prioritariamente para a abstinência, sem a preocupação de “modular” o gozo para que o sujeito fique aberto a outras formas de abordagem. Poder-se-ia sustentar que no trabalho do PSF existe um trabalho de escuta?

Além disso, as entrevistas e o cotidiano com os usuários do serviço demonstram o caráter intersetorial das toxicomanias e por isso não parece indicado remetê-las ao tratamento somente ligado a instituições de saúde, ao contrário do que a atual política fez “colocando” os usuários de droga isolados num lugar diferente. Assim, os dados nos levam à apreensão de diversos modos de atender a clientela.

Seria a redução de danos o limite do paradigma da psiquiatria psicossocial?

A redução de danos aposta principalmente na intervenção junto à população usuária de drogas injetáveis (UDIs), trabalhando com a distribuição e troca de seringas, a fim de diminuir os riscos de infecção provocados pelo compartilhamento de seringas. Pensar na execução de um programa como esse no Brasil indiscutivelmente provoca sérias resistências, pois estamos primeiramente falando de uma população que é discriminada pelo uso de drogas ilícitas, ou seja, proibidas por lei. É vital levantar o quanto ser usuário de drogas injetáveis esbarra na questão do preconceito, à medida que a discriminação da diferença os leva ao apagamento do seu lugar de cidadãos.

Assim, poderíamos compreender as ações de redução de danos como medidas de saúde pública com o objetivo de diminuir os prejuízos provocados pelo uso de drogas. Essa atitude demonstra que seu princípio seria o de respeitar a liberdade das pessoas que não querem parar de usar drogas, ou até de usuários que querem cessar o uso, mas não

conseguem. Nesse sentido, pensar em ter o risco de infecções pelo HIV e hepatite tipo C diminuídos é importante. Conforme o Manual de Redução de Danos (2001), os estudos epidemiológicos demonstram que a transmissão de DSTs/AIDS por usuários de drogas injetáveis para as pessoas com quem têm relações sexuais e para os filhos é preocupante. Inclusive, do ponto de vista dos gastos que se tem para promoção de tratamento para portadores do vírus HIV e outras DSTs, é muito menos dispendioso os custos para se manter um programa desta natureza. Além dos pontos levantados, existem algumas evidências associadas ao programa de redução de danos, como diminuição do consumo, menor índice no compartilhamento de injeção, aumento do sexo seguro e maior adesão dos usuários em serviços de tratamento. Falar de sexo seguro pode parecer estranho, mas o programa de redução de danos desenvolve ações voltadas para a comunicação, informação e educação, distribuindo e ensinando a população como usar o preservativo corretamente, com estratégias de aconselhamento e vacinação da hepatite tipo B. Os encaminhamentos para serviços da rede e o acompanhamento do usuário constituem frentes de trabalho do programa. Mesmo se abrindo como uma perspectiva para além da abstinência, a redução de danos até onde tem sido exercitada parece interferir nos efeitos secundários da drogadição, não problematizando com o sujeito usuário de drogas sua relação com o objeto, mantendo uma abordagem lateral do problema. Por outro lado, os chamados *redutores* estão mais circulantes no campo, menos institucionalizados do que os profissionais atuantes em equipamentos de saúde.

No cotidiano, é muito nítido o discurso dos sujeitos internados que falam da repulsa que sentem pela droga, mesmo porque é o hospital o local reforçador de que a mesma deve ser deixada. Outra hipótese acerca do abandono do tratamento seria que na retomada do uso, os usuários do serviço não retornem para tratamento, porque dizer que estão usando drogas parece contrário ao que a instituição propôs no momento da internação. Durante esse processo, se não produzirmos a abertura do discurso desses sujeitos, muito provavelmente na

abstinência ou mesmo na eclosão de uma nova intoxicação pós-alta, sob os efeitos do uso ou mesmo nos seus intervalos, estes não tenham questões a trabalhar, não vendo sentido para retornar aos seus atendimentos. E mesmo que nos intervalos de uso possam surgir alguns questionamentos, podemos estar alimentando o imaginário de que uma vez intoxicado, não há mais espaço para eles no contexto institucional. Muito provavelmente eles só voltarão a procurar a unidade quando as condições de vida se tornarem insuportáveis, o que recairá num novo pedido por internação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho explorou o fenômeno da reincidência na drogadição, entendendo que o uso de drogas é uma problemática que, embora provoque grandes discussões, a ciência ainda prossegue sem dar grandes respostas. O esforço permanece no desafio em eliminar o flagelo provocado pelas toxicomanias, associadas constantemente a situações como a delinquência, marginalidade, violência e o crime. Hoje, a Saúde permanece muito solitária diante dos seus primeiros passos no estabelecimento de parcerias com outros setores da sociedade, entre os quais, polícia, justiça, educação, assistência social, habitação, cultura e a comunidade. Se anteriormente o uso de drogas ilícitas era destacado pelo incômodo provocado na sociedade, atualmente está na transição dessa concepção para ser tratado como um problema que ultrapasse a concepção de Saúde.

Infelizmente, os equipamentos do Sistema de Saúde ainda reiteram o discurso e a prática do problema do uso de drogas centrado na idéia de doença; aliás, isso não é uma exclusividade da relação com as drogas, embora esteja em andamento uma transformação dessa visão. Nesse sentido, a transição do usuário de droga no ápice de sua problemática para instituições que propõem tratamento ainda é incipiente, pois se anteriormente a resposta a esses sujeitos era, por exemplo, a exclusão no sistema carcerário, nos dias atuais assistimos quando muito, a suas passagens por serviços que centralizam o tratamento no discurso da dependência e da abstinência. Poderíamos questionar se o grande índice de evasão do tratamento no pós-alta tem uma relação com a manutenção da abstinência, e conseqüentemente com uma particular concepção de “cura” para esses indivíduos. A desintoxicação e internação de curta permanência proposta pela instituição propicia um espaço de criação de outras possibilidades para a vida das pessoas atendidas, mas paradoxalmente reforça o discurso do saber médico, enfatizando o objeto droga.

Agora podemos retomar as perguntas feitas ao leitor e arriscar algumas repostas.

Se o gozo é tão sedutor, desejado e bom, por que aparece como assustador ao mesmo

tempo? Por que os sujeitos se abrigariam de um gozo tão prazeroso? Além da dificuldade de um grupo de sujeitos exercitar os valores fálicos, podemos apontar que mesmo sedutor, desejado e bom, o gozo do corpo também pode ser assustador considerando o caráter mortífero desse gozo, um gozo muito próximo da morte. A pesquisa mostrou alguns elementos indicativos de que para estes indivíduos o gozo do corpo é simultaneamente amado e temido, o que poderíamos atribuir a seu caráter ao mesmo tempo fulgurante e mortífero. Naturalmente um gozo além do princípio do prazer.

Ao invés da culpa - na abstinência - não poderia surgir a procura violenta da droga? Poderia. Mas o caso é que para estes indivíduos o embate com o gozo da drogadição parece ter um limite nomeado por eles de “fundo do poço”. Constituirão eles um subgrupo particular de drogaditos “selecionados” pelo fato de estarem numa instituição cuja estratégia de tratamento se funda no paradigma doença-cura (abstinência)? Os indivíduos que aparecem na instituição parecem ser aqueles que tem uma tolerância menor ao gozo do corpo, não significando o desejo de abandonar a droga e sim de viabilizar um intervalo temporário.

E a existência de fantasia mediando a relação com a droga? Algumas entrevistas evidenciam a existência de fantasias como onipotência e amor narcísico enquanto outras falam de um gozo diretamente na carne. Por se tratar de um gozo que faz curto circuito do significativo e do outro, para se manter o gozo do corpo exige sua repetição.

Pensar a desintoxicação como princípio do tratamento é investir numa modalidade que parte da premissa da abstinência. Como seria pensar um viés de tratamento que não partisse dessa premissa? A escuta analítica, aliada à inserção na rede intersetorial apoiada ao recurso da medicação como suporte poderiam se constituir como boas estratégias.

Podemos estabelecer uma ligação entre a drogadição e a psicose para ilustrar a questão, entendendo que muitas terapêuticas estabelecem a “tiragem” do delírio do psicótico para que o mesmo entre em psicoterapia. Pensar na desintoxicação como ponto de partida não

seria promover uma neurotização do drogadito? Atuar segundo a crença de que tirando a droga o sujeito volta a funcionar no registro do gozo fálico pode ser absurdo, porque na realidade ele continua funcionando do mesmo jeito. Assim, como seria tratar o sujeito intoxicado? Seria uma hipótese plausível, pois o mesmo não está fora de si, podendo até falar desse gozo desejado e temido ao mesmo tempo. Poder escutar o sujeito intoxicado é, ao invés de priorizar a desintoxicação, entender que o tratamento pode ser construído em etapas, ou seja, que se deve escutar desde o primeiro momento e que os eventos da vida ocorrem em paralelo, o que não impede de colocar a abstinência como meta final.

Outra questão é o exemplo cotidiano em que presenciamos a troca de objeto, de modo que o sujeito substitui a droga. A substituição da droga seria a todos facultada ou somente a alguns? Nas toxicomanias, a polêmica de entender se temos uma personalidade de base nos conduz ao questionamento. Será que os sujeitos que realizam a troca por outro objeto não seriam justamente os neuróticos? Partindo da hipótese de que drogaditos com base neurótica mantêm a nostalgia dos valores fálicos, é possível pensar que isso permitiria uma troca de objeto em que o sujeito volta a produzir socialmente e se sentir na condição de cidadão, mas sem alterar radicalmente sua relação com a modalidade de gozo.

A Rede como um todo, mas principalmente a Saúde, o judiciário e a assistência social permanecem recorrendo à internação como saída para o tratamento das toxicomanias. Conforme já mencionado, a internação da instituição tem uma proposta de curta permanência, e a equipe que trabalha na unidade, muitas vezes, é questionada quando anuncia a alta dos seus usuários, ou por profissionais de outras localidades ou pelas famílias dos sujeitos internados. Os familiares alimentam a crença em uma internação prolongada que retire o sujeito do circuito do gozo, e que no pós-alta mantenha o seu familiar nessa condição. A desconstrução das toxicomanias no estatuto de um problema que diz respeito exclusivo à Saúde deveria acontecer.

Por que os “dependentes químicos” não poderiam ser “tratados” nos Centros de Saúde das suas comunidades? Esta questão é um desdobramento daquela colocada anteriormente a respeito da Redução de Danos como possível limite da Psiquiatria Psicossocial. A princípio não parece haver razão para não estender às demandas provenientes do uso toxicômano de drogas, as premissas do Paradigma Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000), consideradas, evidentemente, as características particulares da questão; o que, de imediato, não implica na criação de locais para seu tratamento exclusivo. Por que distinguir, a priori, as drogadições, das compulsões em geral e das depressões? Não serão apenas os perigos iminentes associados ao objeto droga que permitem isola-la de uma série de problemáticas presentes de forma intensa no contexto social atual? A manutenção de equipamentos destinados a tratar exclusivamente dos problemas advindos do uso de drogas não estaria reforçando processo de identificação do “drogadito” e todo o imaginário social a respeito da questão?

Os conteúdos apresentados pela pesquisa conduzem à problematização da proposta inicial. Seria a reincidência um falso problema nas toxicomanias nos casos apresentados? Reiterar o entendimento da reincidência para os sujeitos como desejo de abandonar o uso da droga não seria uma ilusão? A idéia de reincidência não recairia no reforço da abstinência como padrão de sucesso no tratamento?

A pesquisa tinha como objetivo explorar o fenômeno da reincidência, porém no trabalho de escuta os participantes falaram também de outras coisas, contribuindo para a reflexão das práticas no que tange ao atendimento do toxicômano. Seria ingênuo pensar que o sujeito numa abstinência tenha trabalhado suas questões, se é que chegou a produzi-las. Nos casos apresentados nota-se apenas o distanciamento momentâneo da droga, e uma tendência futura à retomada do uso. Por outro lado, a internação pode ser um recurso para mobilizar o sujeito a exercitar sua relação com a linguagem, já que estamos distantes de compreender que se deve escutá-lo desde o primeiro momento. Daí termos considerado a oportunidade de

refletir sobre os conceitos de clínica da urgência e de entrevistas preliminares como dispositivos apropriados para a abordagem dos sujeitos neste momento e contexto específicos.

Os intervalos entre as paradas e voltas não são reincidência para os sujeitos porque nunca houve de fato uma renúncia ao objeto droga, ou seja, as queixas são referentes aos problemas advindos da exclusividade do gozo do corpo e não uma recusa dos efeitos e sensações que o gozo proporciona.

Além disso, o trabalho de reflexão supõe a presença de grupos distintos quanto ao funcionamento subjetivo. A nostalgia dos valores fálicos e a culpa não aparecem da mesma forma no discurso dos entrevistados. Por um lado, temos um grupo nostálgico do gozo do corpo e ao mesmo tempo desejante de colocar em prática os valores fálicos, aproximando-se mais do funcionamento neurótico. Por outro lado, outros casos parecem estar voltados exclusivamente para o gozo da droga, fazendo menção à culpa e almejando reconhecimento social provavelmente para corresponder ao modelo mais veemente praticado no discurso da instituição.

Os dados apresentados parecem não se aplicar para contextualizar as toxicomanias na sua complexidade, mas sobretudo na extensão de sua variabilidade, uma vez que supomos, a partir das entrevistas, pessoas mais sensíveis à potência do gozo do corpo e que chegam à instituição para pedir um “barramento” temporário desse gozo, através de uma internação. Talvez pudéssemos deixar aqui a hipótese de que a instituição, tal como está estruturada no momento, está perfeitamente incluída na lógica de funcionamento psíquico destes sujeitos.

O trabalho de escuta na instituição marca a ética do profissional, atravessada por interferências muitas vezes conflitantes com a própria equipe, a instituição e toda a rede de serviços de atenção ao toxicômano da qual fazemos parte. A universidade trouxe à tona a possibilidade de reflexão da prática do cotidiano permeada pelo investimento da escuta particularizada dos sujeitos. Neste momento, o “técnico” que passou pela universidade a esta

retorna e juntamente ao orientador, produz um saber. A captura pela lógica do trabalho cotidiano promove a preguiça de pensar ou o sistema não nos dá condição para tal? Assim, o método psicanalítico, ou se preferirem, a pesquisa em psicanálise, mostrou-se capaz de promover a “dupla” produção de conhecimento, na intersecção do trabalho clínico de investigação com os sujeitos das entrevistas e posterior produção teórica na reflexão com o orientador.

Enfim, não podemos deixar de destacar as falhas existentes na rede de assistência ao toxicômano. A necessidade de contratação de mais profissionais é uma fala da equipe e conquistar outros parceiros da rede através de capacitações e discussões de casos, é uma constante. A fala dos trabalhadores, muitos deles da saúde, recai na crença de que se o sujeito voltou a usar drogas o tratamento fracassou, o que não deixa de estar marcado pela representação que estes têm do tratamento. A equipe do serviço vem repensando cotidianamente o modelo de tratamento proposto e vagarosamente aposta no processo de invenção e produção de outros “settings” junto aos usuários do serviço.

A Reforma Psiquiátrica, mesmo com o avanço nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, demonstra o quanto as práticas e os discursos ainda estão centrados na atenção ao “louco”, como se na atenção aos usuários de drogas fôssemos “importar” o modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ainda numa versão em que operam como possíveis reforçadores da institucionalização desses cidadãos.

Mas será possível pensar em qualquer cidadão que não esteja dentro da lógica da institucionalização? A questão é saber de que modalidade de institucionalização se trata. Propor a desinstitucionalização dos drogaditos teria que partir da possibilidade de sua circulação por outros lugares provocadores de outras identificações diferenciadas da afirmação corrente e auto-assumida: “sou dependente”. Portanto, faz-se necessário construir uma rede de outras possibilidades, em que o sujeito experimente outras coisas além da própria

droga. As políticas atuais de saúde estão dando seus primeiros passos para ultrapassar a lógica da cura, da “resolutividade” e dos gastos, prosseguindo numa luta árdua para redimensionar nas suas práticas. Quanto às toxicomanias é pertinente introduzir e realizar práticas no sentido da sua intersetorialidade, e procurar assim, atingir o imaginário social para uma efetiva transformação.

Finalmente não podemos deixar de mencionar algo que também permeou nossas considerações teóricas iniciais. A drogadição, ainda mais do que as outras problemáticas psíquicas, tem um certo caráter de objeção aos rumos assumidos pela formação social em sua feição neoliberal. Não se poderia pretender jamais esgotar tal caráter, em qualquer modalidade de ação setorial ou intersetorial, por melhor arquitetada e politicamente correta que fosse. Ou seja, temos que escapar à ingenuidade que vê a deriva das relações com o gozo, em nosso contexto e momento, como uma condição privada dos sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, S.V. Cocaína e cocainomania. **Brasil – Médico**. (RJ), 34: 235-9, 1920.
- BAPTISTA, M.; INEM, C. (orgs.). **Toxicomanias: uma abordagem clínica**. Rio de Janeiro: NEPAD / UERJ / Sette Letras, 1997.
- _____. (orgs.). **Toxicomanias: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: NEPAD / UERJ / Sette Letras, 1997.
- BARRETO, F. P. **Reforma Psiquiátrica & movimento lacaniano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.
- BAUMAN, Z. **O mal estar da pós modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BENTES, L.; GOMES, R.F. (orgs.). **O brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1998.
- BERTOLOTE, J. M.; KNAPP, P. **Prevenção da Recaída**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a Psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- _____. A Clínica na Pesquisa Psicanalítica. In: **Atas do 2º Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise**. São Paulo: Núcleo de Pesquisa em Psicanálise da PUC/SP, 1994.
- BUCHER, R. Discriminação, cidadania e ajuda à sobrevivência. In: BAPTISTA, M.; INEM, C. (orgs.). **Toxicomanias: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: NEPAD/ UERJ/ Sette Letras, 1997.
- BYCK, R. **Freud e a Cocaína**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989.
- CARLINI, E. A.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos. **ABP – APAL**. 4 (15): 121-7, 1993.
- CARLINI, E. A.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R. Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente. Rio de Janeiro/São Paulo, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 45: 227-36, 1996.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COHEN, C.; FERRAZ, F. C. ; SEGRE, M. (orgs.). **Saúde Mental, crime e justiça**. São Paulo: Edusp, 1995.

COPIT, M.S.; HIRCHZON, C.L.M. Psicanálise: Uma ciência pós-moderna? In: SILVA, M.E.L. (coord.). **Investigação e Psicanálise**. Campinas: Papyrus, 1993.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

FONTANELLA, B. J. B. **Tratamento das toxicomanias: impasses na medicina, tentativas de respostas**: dados sobre Campinas (SP). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, (Dissertação de mestrado), UNICAMP, 1991.

FONSECA, G. A maconha, a cocaína e o ópio em outros tempos. **Arquivos da polícia civil de São Paulo**, 34: 133-45, 1980.

FREDA, H. **Toxicomania**: uma das formas da modernidade. In: BAPTISTA, M.; INEM, C. (orgs.). **Toxicomanias**: uma abordagem clínica. Rio de Janeiro: NEPAD / UERJ / Sette Letras, 1997.

FREUD, S. Ânsia e temor pela cocaína. In: BYCK, R. (org.). **Freud e a cocaína**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989a.

_____. Über Coca. In: BYCK, R. (org.). **Freud e a cocaína**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989b.

FRIEDMAN, S. R.; NEAIGUS, A. Organização de usuários de drogas, conceitos sobre usuários de drogas injetáveis e o HIV. In: BAPTISTA, M.; INEM, C. (orgs.). **Toxicomanias**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: NEPAD / UERJ / Sette Letras, 1997.

GAMSIE, S. La urgencia de intervenir. **Psicoanálisis Y El Hospital**. Buenos Aires: V. 13, 1998.

GURFINKEL, D. A droga e a coisa: sobre a delimitação do conceito toxicomania. In: COHEN, C.; FERRAZ, F.C.; SEGRE, M. (orgs.). **Saúde Mental, crime e justiça**. São Paulo: Edusp, 1996.

GURFINKEL, D. **A pulsão e seu objeto-droga**: estudo psicanalítico sobre a toxicomania. Petrópolis: Editora Vozes, 1995.

HARVEY, D. **Condição pós moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 2000.

INEM, C. L. Eclipse do desejo. In: BENTES, L.; GOMES, R. F. (orgs.). **O brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1998.

LAURENT,E. **Versões da clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar,1995.

LEITE, M. C. História da cocaína, In: LEITE, M. C., ANDRADE, A. G. **Cocaína e crack.:** dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LEWIN, L., Cocainismo. In: BYCK, R. (org.). **Freud e a Cocaína**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989a.

LOWENKRON, T.S. Questão da pesquisa em psicanálise: “Prova-se do pudim comendo-o” ? In: **Revista Brasileira de Psicanálise**, vol. 34, nº 4, 2000.

MELMAN, CH. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania**: uma outra forma de gozar. São Paulo: Escuta, 1992.

MEZAN, R. **Escrever a Clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

_____. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: SILVA, M.E.L. (coord.). **Investigação e Psicanálise**. Campinas: Papyrus, 1993.

MILLER, J.-A. **Lacan elucidado**: palestras no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Manual de redução de danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

MIRANDA, M. L. M. Toxicomanias: onde opera o analista? In: BENTES, L.; GOMES, R. F. (orgs.). **O brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1998.

MORGADO, A. F., IGUCHI, T. Quimeras e verdades: o consumo de drogas no Brasil. **A Saúde no Brasil**. 1: 178-87,1983.

NOGUEIRA, C. S. P. O social e as novas formas do sintoma: as toxicomanias. In: BENTES, L.; GOMES, R. F. (orgs.). **O brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1998.

NOGUEIRA FILHO, D. M. **Toxicomanias**. São Paulo: Editora Escuta, 1999.

OLIVIERI, F. A psicanálise diante da toxicomania. In: BENTES, L.; GOMES, R. F. (orgs.). **O brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: Edusp, 1997.

PEREIRA, M.; .M; PEREIRA, V. K. M.; PEREIRA, V. M.; PEREIRA, R. .M. Perspectiva antropológica para o estudo da coca (Erythroxyton Coca L.). **Arquivos da Polícia Civil de São Paulo**. 36: 63-95, 1981.

QUINET, A. **As 4+1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1993.

SAFRA, G. O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: Silva, M.E.L. (coord.). **Investigação e Psicanálise**. Campinas: Papirus, 1993.

SILVA, M. E. L. (coord.). **Investigação e Psicanálise**. Campinas: Papirus, 1993.

SOARES, C. P. Uma tentativa malograda de atendimento em um Centro de Tratamento Intensivo. In: MOURA, M. D. (org). **Psicanálise e Hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

SOUZA, M. A cordialidade como mal estar ou a violência como o recalcado. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Vol. II, nº 4, 1999.

SOLER, C. Sobre a segregação. In: BENTES, L.; GOMES, R. F. (orgs.). **O brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1998.

TARRAB, M. Uma experiência vazia. In: BENTES, L.; GOMES, R. F. (orgs.). **O brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1998.

VALAS, P. **As dimensões do gozo**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 2001.

VELHO, G. Uma perspectiva antropológica do uso de drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 29: 355-8, 1980.

WAKS, C. E. M. O lixo clínico: a clínica psicanalítica da toxicomania. Boletim de Novidades: Centro de Psicanálise. Insuficiência imunológica, psíquica e toxicomania. **Pulsional**. 103: 55-61, 1997.