

Política brasileira sobre drogas: segregação e clínica em Mato Grosso

Drug policy in Brazil: segregation and care in the state of Mato Grosso

Daniela Santos Bezerra

Vinicius Anciães Darriba

Resumo

O presente relato de experiência profissional articula a pesquisa acerca da interlocução entre as “políticas sobre drogas” no Brasil e a clínica nos “serviços AD” da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Mato Grosso. Sob o pretexto do padrão moral travestido de cientificismo, as políticas públicas brasileiras impõem a internação como forma princeps de lidar com o que extrapola e atrapalha a estética da *polis* e a marcha do capitalismo. A partir das noções introduzidas por Jacques Lacan de *discurso* e *segregação* interrogamos a formação de pequenos campos de concentração urbanos como resposta social a uma suposta proliferação do abuso de substâncias psicoativas.

Palavras-chave

Toxicomania; segregação; psicanálise.

Abstract

This account of professional experience articulates the research on the dialogue between the "drug policy" in Brazil and the care in "AD services" Psychosocial Care Network of the State of Mato Grosso. Under the guise of moral travesty of scientism standard, the Brazilian policies require hospitalization as princeps way to deal with that surpasses and disrupts the aesthetics of the polis and the capitalism's march. Parting from the notions introduced by Jacques Lacan discourse and segregation, we questioned the formation of small urbans concentration camps as a social response to assumed proliferation of substance abuse.

Keywords

Drug abuse; segregation; psychoanalysis.

Daniela Santos Bezerra
Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso e Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise do Instituto de Psicologia da UERJ. Servidora da Secretaria Estadual de Saúde de MT, cargo psicóloga, lotada no CIAPS Aduato Botelho.

danielabezer@gmail.com

Vinicius Anciães Darriba
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Doutor em Teoria Psicanalítica pela UFRJ, com período sanduíche pela Université de Paris VII (Orientador: Alain Vanier), 2003. Professor Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicanálise. Procientista da UERJ.

vdarriba@centroin.com.br

Introdução

O presente artigo resulta de nossa pesquisa acerca da interlocução entre as “políticas sobre drogas”, como proposta do Estado (nas esferas federal, estadual e municipal) quanto à questão do uso prejudicial de substâncias psicoativas, e a clínica psicanalítica perpassada pelas questões da toxicomania. Neste relato de experiência profissional temos como recorte investigativo aquilo que pudemos extrair a partir dos cinco últimos de nossos treze anos de prática clínica na Saúde Mental, no Estado de Mato Grosso. Mais especificamente nossa prática clínica é desenvolvida em um serviço de internação para dependentes químicos de gestão estadual.

O SUS, por meio de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade resulta de uma luta social na tentativa de fazer barreira à força da indústria farmacêutica e às injunções capitalistas. Em “Psicoanálisis y Medicina” Jacques Lacan (1966 [2002], p. 98) adverte para a perda da clínica frente a pressão capitalista, situação em que o médico é subvencionado por fatores exteriores à sua função, e questiona como “poderá opor o médico aos imperativos que o converterão no empregado dessa empresa universal da produtividade?”. Eis uma questão que nos serve como norte clínico. No entanto, “na etapa da reprodução do capitalismo em que nos encontramos, constata-se a ampliação dos espaços em que vigora a forma-mercadoria, incluído aí o que se designa como saúde pública” (BARROS; DARRIBA, 2015, p.11). Assim, tomamos como questão para o analista: o saber cristalizado na forma de protocolos como agentes discursivos, a marcha sem reflexão, bem como a reprodução às cegas de leis e portarias.

Partimos da assertiva de Lacan “o desejo do homem é o desejo do Outro” (LACAN, 1953 [1998], p. 300), que nos indica que o sujeito do Inconsciente não equivale à noção de *indivíduo* ou *cidadão*, tratado nas Ciências Humanas. A evidência de que o próprio Inconsciente porta os fundamentos da civilização e se estrutura de modo político se estende por todo o ensino lacaniano e destitui as oposições individual/coletivo, público/privado, interno/externo, pois o autor revela o caráter *transindividual* do Inconsciente freudiano.

Em outros trabalhos (BEZERRA; RINALDI, 2009; BEZERRA, 2013) discorremos sobre as contribuições da clínica psicanalítica ao campo da saúde mental pública no Brasil. Inúmeras publicações (FIGUEIREDO, 2005; BEZERRA, 2013; RINALDI, 2006) revelam o quanto o campo da saúde mental pública é fértil ao avanço da Psicanálise. A abertura e condução da clínica através dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira com diretrizes que dão lugar àquilo que, como disse o compositor, “não tem concerto nem nunca terá”¹, que inclui o manejo em substituição à sedação, possibilitou a inserção cada vez maior de psicanalistas concernidos na *práxis* clínica dos serviços da saúde mental pública (FIGUEIREDO, 2005).

A intervenção social causada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, precedida e sustentada pela Reforma Sanitária Brasileira, além da ampliação da clínica, buscou alargar o espaço civilizatório para dar lugar à loucura, diferente do rechaço e da exclusão. Desta forma, a complexa transformação político-clínica instaurada no Brasil a partir das Reformas Sanitária e Psiquiátrica extrapola o contexto de tratamento. Contudo, o trabalho pelo bem-estar e pelo resgate da cidadania dos usuários de saúde mental continua a deixar um resto com o qual a Psicanálise opera. Trata-se do sujeito do Inconsciente, *êxtimo*² à lógica institucional.

Nosso objetivo aqui é dar algum contorno às incidências da política, em suas formas de poder legislativo, executivo e judiciário, no campo da clínica do que chamaremos de “serviços AD”, ou seja, serviços destinados a usuários do SUS em uso prejudicial de substância psicoativa, a partir de nossa experiência em Mato Grosso. Contorno este que tem como fundamento ético

1

Referência à música “O que será” de Chico Buarque.

2

Êxtimo – termo criado por Lacan que condensa as palavras íntimo e externo, denotando a ideia da Banda de *Moebius*.

e epistêmico a Psicanálise, a partir das noções introduzidas por Lacan de *discurso e segregação*.

A clareza de que política e clínica são dimensões articuladas *moebianamente* (BEZERRA, 2009b) levou-nos a pensar em uma impossibilidade lógica e metodológica de demarcar a separação do que vem a ser propriamente clínico ou político porque as duas dimensões acontecem de forma imbricada. No campo da saúde mental, voltada à questão daquilo que na psiquiatria se circunscreve como “dependência química”, encontramos a conjunção, atualmente nefasta, da lógica polícial, coercitiva e de controle social higienista.

Nossa pesquisa tem metodologia qualitativa, exploratória, fundamentada na Psicanálise, cujo principal método é a observação e a escuta do próprio cotidiano de trabalho. Seguindo o postulado freudiano de 1913: “A psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que, em sua execução, tratamento e investigação coincidem” (FREUD, 1913 [1976], p. 152). A partir da própria experiência destacamos questões vivenciadas na clínica do serviço da rede de atenção psicossocial de Mato Grosso, discutindo à luz do ensino de Jacques Lacan. O período do ensino em que Lacan trata da segregação e elabora a teoria dos discursos vai de 1967 a 1972.

Políticas públicas: clinicar em meio a judicialização, criminalização e disciplinarização

Fazemos parte da saúde mental de Mato Grosso desde 2002, mas somente em 2012 passamos a desenvolver nossa clínica especificamente em um serviço AD: a Unidade III do CIAPS Aduino Botelho. Porém, as incidências na clínica das políticas públicas “anti-drogas” atingiram a todos os serviços da atual Rede de Atenção Psicossocial, independentemente do perfil de usuários aos quais se destinam.

Como um breve panorama, destacamos que até o final do ano de 2015 a Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Mato Grosso contava com os seguintes serviços em pleno funcionamento³: trinta CAPS I (cuja característica é serem mistos - atendendo casos AD e de outros transtornos mentais), quatro CAPS II, quatro CAPS AD II, um CAPS AD III e quatro CAPSi. Além dos CAPS, existem dois complexos com unidades de internação, situados um no município de Rondonópolis e o outro em Cuiabá. Em Rondonópolis, o chamado “Paulo de Tarso”, com oitenta e dois leitos, é de gestão conveniada com uma ONG. O Complexo Integrado de Atenção Psicossocial “Aduino Botelho”, situado em Cuiabá faz parte da gestão estadual de saúde e é composto por sete Unidades de tratamento, sendo três unidades de internação com total de cento e vinte leitos (uma delas é a Unidade III), um CAPSi e um CAPS AD, uma unidade asilar e um Centro de Atendimento à Crise.

A Unidade III do CIAPS Aduino Botelho foi inaugurada em 2003, possui quarenta e oito leitos para homens diagnosticados com dependência química e trabalha sob o marco da abstinência à droga durante a internação. O principal objetivo da Unidade III é o de realizar os primeiros cuidados em saúde mental, em caráter de internação, àquele que está em estado de risco por abuso de substâncias psicoativas. Trata-se de uma unidade de referência para todos os 3,224 milhões de habitantes do Estado de Mato Grosso.

No ano de 2009 acompanhamos a Marcha dos Usuários⁴ de saúde mental em Brasília como movimento de chamada para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Nove anos após a III Conferência Nacional, esse era o momento de reforçar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, já que uma política pública construída a partir de movimentos sociais de luta antimanicomial não se sustentaria por si só, ou seja, não se sustentaria sem o

3

Dados fornecidos pela Coordenação de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso em janeiro de 2016.

4

Movimento social “Marcha dos Usuários a Brasília - por uma reforma Psiquiátrica Antimanicomial” apoiado pelo Conselho Federal de Psicologia e pelo Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA).

empenho do controle social no enfrentamento da marcha do Estado em prol do capitalismo. Apesar disso, desde o ano de 2010 vimos presenciando o recrudescimento de outras políticas públicas em relação à Política Nacional de Saúde Mental, que diretamente afetam a clínica em saúde mental, bem como a intensificação de intervenção do Estado sobre a disciplinarização dos corpos.

Vivenciamos a insuficiência dos serviços substitutivos ao manicômio, tanto em termos numéricos para a quantidade populacional, quanto em termos de qualidade da estrutura física e condições de trabalho. Enquanto isso, as unidades de internação continuavam a ser a espinha dorsal da rede em saúde mental de Mato Grosso. Sabemos que, pela portaria 336/2002 (BRASIL, 2004b, p. 31), os CAPS deveriam alcançar o atendimento de um território de 200 mil habitantes. Tomando como exemplo o território chamado de Baixada Cuiabana, que é composto por quatorze municípios, dentre eles Cuiabá e Várzea, temos, atualmente, apenas dois CAPS AD adulto e um CAPS AD III infanto-juvenil para 976.064 habitantes.

A Marcha dos Usuários foi base para a convocação, no ano de 2010, da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. O acréscimo do termo “Intersetorial” na convocação da Conferência já denotava a interlocução do campo da Saúde Mental com outros campos e setores da sociedade, principalmente a Justiça e a Segurança Pública. Tal intersectorialidade acabou, contudo, por dar espaço para que o viés coercitivo e punitivo se sobrepujasse sobre a clínica, principalmente nos serviços AD. Particularmente naquele ano, as Unidades de Internação do CIAPS Adauto Botelho receberam inúmeros pacientes com Mandados de Internação (internação compulsória) sob o diagnóstico de “abuso de substâncias psicoativas”, e experimentamos a inversão daquilo que as diretrizes da Lei 10.216/2001 preconizava. Esta lei norteia a rede de atenção psicossocial no sentido de dar prioridade aos atendimentos realizados pelos serviços abertos, valorizando o âmbito sócio familiar dos usuários. O que conhecemos como Política Nacional de Redução de Danos (BRASIL, 2004a) passou a ser um norte longínquo a ser recuperado, pois com a avalanche de Mandados de Internação em Mato Grosso, a prioridade da equipe das unidades de internação era reverter a obrigatoriedade e a primazia da internação, bem como tirar essa modalidade de intervenção clínica do viés punitivo-penal.

Em setembro de 2010, o governo federal, ignorando as medidas apontadas no relatório da IV Conferência, instituiu ações em relação aos usuários de drogas que rompem com os pilares da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Como herdeiro de dez anos de política antidrogas da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), instituiu-se o chamado “Plano de Enfrentamento ao Crack” ou “Crack: é possível vencer” do Ministério da Justiça. Tal “plano de enfrentamento” nada tem em comum com as diretrizes do Ministério da Saúde ou com as recomendações do Conselho Nacional de Saúde através da IV Conferência, porém prevaleceu sobre as ações de tratamento e clínica na saúde mental.

Grande parcela do investimento nacional foi destinada ao policiamento (ações de coerção, contenção e “limpeza” social) e às instituições privadas/religiosas, chamadas Comunidades Terapêuticas (CTs). Estas passaram a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial, enquanto que os serviços baseados nas diretrizes e propostas da Reforma Psiquiátrica encontravam-se cada vez mais sucateados. No mesmo mês o governo federal lança também portarias, decretos e lei que redefiniram o direcionamento do Ministério da Saúde: a terceirização da gestão dos serviços do Sistema Público de Saúde, ou seja, serviços públicos passam a ser gerenciados por Organizações Sociais ou “OSs”, sob a lógica da iniciativa privada. Graças à luta dos servidores do CIAPS Adauto Botelho, o complexo não teve sua

gestão terceirizada, como as demais unidades hospitalares do Estado de Mato Grosso, o que não significou melhoras na administração dos serviços, muito menos significou a autonomia frente às injunções do capital ao funcionamento da rede de atenção psicossocial. Foi neste contexto que passamos a trabalhar na Unidade III.

Essas ações governamentais não são propriamente novidades e sim um retrocesso, retorno de políticas públicas baseadas no higienismo vigente no Brasil do final do século XIX até os anos 30. A Psiquiatria, através da Liga Brasileira de Higiene Mental, era meio de controle social, como encontramos em inúmeros trabalhos citados por Carvalho (1999). Este autor demonstra como as ações públicas de diferentes enfoques como “luta antialcoólica, controle da reprodução e da sexualidade, controle da imigração, noção de nacionalidade, questão racial, assistência a alienados, trabalho terapêutico, educação escolar” (CARVALHO, 1999, p. 133) eram partes da função da saúde para o desenvolvimento do modo de produção capitalista no Brasil.

Em Mato Grosso, nos movimentos sociais, discutia-se sobre a evidência do imediatismo frente à alocação do Brasil como sede da “Copa do Mundo de 2014”, que desencadeava ações de limpeza social, desestabilizando todas as políticas públicas que visavam a inclusão. Mato Grosso, como um dos Estados brasileiros sede dos jogos da Copa, foi palco de transformações nos espaços públicos e ações “intersectoriais” que partiram da Secretaria de Estado de Justiça, buscando parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, mais especificamente com o CIAPS Adauto Botelho, visando a internação compulsória generalizada entre os anos de 2011 e 2013. Sob o pretexto de revitalizar praças públicas e regiões como a rodoviária da capital, era preciso retirar a população de rua que lá se instalara. O rótulo de que os moradores de rua eram todos dependentes de pasta base, tornou a Unidade III e as Comunidades Terapêuticas em espaços de aglomeração dos cidadãos que não se adequariam ao convívio urbano idealizado. A “droga vilã” em Mato Grosso é a “pasta base” (primeiro substrato da folha de coca; semelhante ao “crack”, porém mais barata). Os trabalhadores de saúde mental enfrentavam incessantemente tais medidas, que representavam o retorno de valores supostamente superados pela extensa luta, concretizada na Reforma Psiquiátrica, contra a ideologia manicomial e do higienismo mental.

Com Foucault, vemos que tal “intersectorialidade”, como forma de controle social, remonta àquilo que se passava na Europa no final do século XIX, continente precursor dos progressos da ciência no campo da saúde como aliada ao progresso do capitalismo:

Chega-se, assim, à contestação da grande separação atribuída a Montesquieu, ou pelo menos formulada por ele, entre o poder judiciário, poder executivo e poder legislativo. O controle dos indivíduos, essa espécie de controle social punitivo dos indivíduos ao nível de suas virtualidades não pode ser efetuado pela própria justiça, mas por uma série de outros poderes laterais, à margem da justiça, como a polícia e toda uma rede de instituições de vigilância e de correção – a polícia para a vigilância, as instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas e pedagógicas para a correção. É assim que, no século XIX, desenvolve-se em torno da instituição judiciária e para lhe permitir assumir a função de controle dos indivíduos ao nível de sua periculosidade, uma gigantesca série de instituições que vão enquadrar os indivíduos ao longo de sua existência; instituições pedagógicas como a escola, psicológicas ou psiquiátricas como o hospital, o asilo, a polícia, etc. Toda essa rede de um poder que não é judiciário deve desempenhar uma das funções que a justiça se atribui neste momento: função não mais de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades (FOUCAULT, 2001, p. 85-86).

Com os estudiosos do sistema penal vemos que o controle social punitivo é mais amplo que o sistema penal. Certas “práticas psiquiátricas (internação à revelia), que se apresentam de forma não punitivas”, são exemplos do “relevante serviço” prestado pelo sistema de controle punitivo (D’ELIA FILHO, 2007, p. 29). Na análise de D’Elia Filho, (2007, p.31), este controle punitivo torna-se cada vez mais eficaz quando se funda na capacidade de intimidação que ele exerce sobre as classes subalternas. Assim, aquilo que se denomina “política sobre drogas” não elimina o tráfico de drogas em seu “alto escalão” e ainda se configura como uma política de contenção e criminalização de uma camada da população que já se encontra marginalizada.

Faz-se importante desconstruir a equivalência do fenômeno tratado em Psicanálise como toxicomania para com o fenômeno social brasileiro conhecido como “crackolândia”. Tal correlação exige outro trabalho teórico que não desenvolveremos no momento, pois interessa-nos o detrimento da clínica em prol da segregação. As “crackolândias” em nosso país abrigam uma população em vulnerabilidade de toda ordem, que não necessariamente corresponde a uma aglomeração de toxicômanos noção reducionista que, neste caso, generalizaria e rotularia. Porém, a própria clínica dos “serviços AD” é afetada pelas políticas públicas que equivale toda a população de rua a “dependentes químicos que sustentam a criminalidade”, tornando espaços que deveriam ser clínicos em espaços de recolhimento e segregação, como solução imediata quanto à estética da *polis*.

Que discurso opera nesse retrocesso? Sob pretensão de fundamentar esta resposta a uma demanda social de tratamento, no campo das políticas públicas, as ações são revestidas de cientificismo – apontam para o discurso de autoridade e higienismo, afastando-se proporcionalmente do debate epistemológico. Uma das derivações da evolução do capitalismo, em sua etapa neo-liberal, é a substituição do dito bem-estar social pelo incremento da pura e simples repressão. (BARROS; DARRIBA, 2015, p.11).

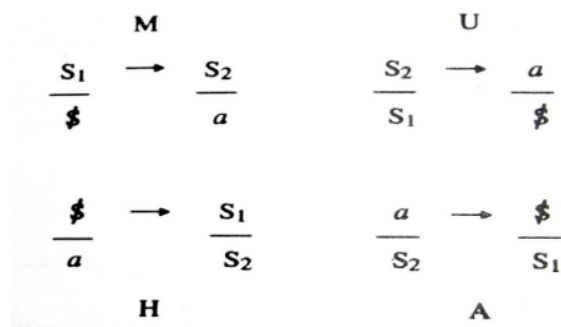
Estado, ciência e sujeito

Na conferência proferida por Lacan, denominada “Psicoanálisis y Medicina” (1966 [2002]), no congresso de mesmo nome, ele afirma que “o corpo é feito para gozar de si mesmo” (tradução nossa, p. 92). Mas dar lugar ao gozo do corpo passa a ser importante a partir da Psicanálise, porque este gozo foi excluído pela ciência a partir da dicotomia cartesiana entre *res cogitam* (pensamento) e *res extensa* (organismo).

Lacan (1966 [2002], 1966 [1998], 1967 [2001], 1967 [2001a]) aponta a importância da conjugação da ciência moderna e do capitalismo para a evolução de ambos, bem como aponta para o corte efetuado com a ciência moderna cujo efeito discursivo foi a produção de um sujeito. Em “Ciência e Verdade” Lacan (1966 [1998], p.875) define o sujeito da Psicanálise como sendo o mesmo sujeito da Ciência. Porém, é a Psicanálise quem opera com aquilo que a Ciência moderna exclui nesse pretense “sujeito puro e universalizável”, a saber, sua relação - sempre singular, jamais universalizável - com o objeto. Neste texto Lacan demonstra que o discurso científico produz uma impossibilidade, que ao mesmo tempo a define. Na fórmula cartesiana “Penso logo sou”, mente e corpo estão separados. O destacamento de um sujeito pensante ou sujeito do saber científico, puro e universal, traz em contrapartida um sujeito “correlato antinômico” à ciência, cuja verdade está velada e é aquela que expressa a estrutura do fantasma (que comporta a outra parte do sujeito e sua relação com o objeto). Se a ciência nada quer saber da verdade como causa, seu sujeito é apenas reproduzidor do saber científico, que está apartado da verdade.

A cisão entre sujeito puro e sujeito do Inconsciente cria um saber sem sujeito. Aí reside um paradoxo como derivado lógico impossível de ser operado pela ciência, evidenciando a inconsistência do Outro. O rechaço da verdade como causa pelo discurso científico, clivando Simbólico e Imaginário, produz efeitos no laço social, sendo tomado em trabalho pela inevitável instauração da Psicanálise por Freud no início do século XX.

Lacan em seu Seminário livro 17 “O avesso da Psicanálise” (1969-70 [1992], p. 27) aborda tal cisão ou clivagem como ponto em que o discurso do analista surge em relação aos outros (Discurso do Mestre, da Histórica e Universitário).



O Discurso do Analista surge no ponto paradoxal e impossível dos outros, tendo como função fazer o giro dos demais discursos. Mas o discurso do analista não se auto afirma sem o desejo do analista, assim como não é dada ao analista a opção de operar fora do discurso analítico.

Na articulação dos discursos, anteriormente ao surgimento do Discurso do Analista, a ciência moderna já se “copulou” com o capitalismo. E essa copulação é o que se opõe ao que na ciência gera o material da psicanálise. O Discurso Universitário, que Lacan posteriormente irá tratar como capitalismo, é onde a ciência vem a se alicerçar, tem o saber no lugar do agente. A ciência se unifica e reduz todos os saberes a um único mercado globalizado (LACAN, 1968-69 [2008], p.40). Busca-se a universalização/normatização do gozo através da conjunção entre a ciência e o capitalismo, produzindo um sujeito puro, cuja dimensão do gozo, da singularidade lhe é velada em prol da neutralidade científica.

No Seminário, livro 17, Lacan (1969-70 [1992], p. 86) parte da noção marxista de mais-valia para formular a noção de mais-de-gozar. O novo lugar do senhor é ocupado por um outro saber, associado ao ideal onde é tudo contável, ou seja, o mais-de-gozar e o saber passam a ser contabilizados. A mercantilização do gozo passa a comandar a ordem social e o mais-de-gozar torna-se homólogo à mais-valia. Assim, na conjunção da ciência com o capitalismo a produção é também a mais-valia, não somente o sujeito.

Lacan não é otimista quanto ao preço a se pagar pela universalização do sujeito produzida pela especialização científica, aliada à mercantilização. Ele aponta que, com a globalização, a segregação, cujo paradigma é o *campo de concentração*, torna-se o único indicador da diferença. Qual o papel da Psicanálise diante disso? No Seminário livro 18 (1971 [2009], p. 154) Lacan adverte que não se trata de o analista denunciar nada, pois não é através da denúncia que se faz girar os discursos. É na clínica que o discurso do analista tem efeitos perante os demais discursos.

Entendemos que, retomar a internação compulsória como tratamento *princeps* para todo cidadão em situação de rua ou mesmo para os toxicômanos é instaurar pequenos campos de concentração na *polis*, restaurando os antigos manicômios.

Segregação: a ordem do dia

Aqui, tomamos a análise de Askofaré (2009) como apoio à leitura do fenômeno da segregação, colocado em pauta por Lacan. Segundo o autor, a segregação da qual fala Lacan difere das noções de *exclusão* e *discriminação*, trabalhadas pelas Ciências Humanas. Tais noções também são amplamente debatidas nos fundamentos das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Seguindo Askofaré (2009, p.346), vemos que Lacan toma a segregação de duas maneiras: como *causa*, o *u princípio* (condição ao processo civilizatório), e como *efeito* (da universalização provocada pela ciência moderna). Askofaré destaca duas hipóteses lacanianas sobre a maneira como o progresso da ciência sustenta a prática da segregação: a primeira leva em conta a estrutura da ciência que foraclui a *verdade como causa*; a segunda aponta que a própria lógica da ciência é de decomposição e classificação, especialismo, criando e multiplicando classes. Aplicadas ao ser falante, a classificação leva a semente da segregação.

Entre outubro e novembro de 1967 Lacan (1967 [2001]; 2001a e 1967 inédito) se dirige aos psicanalistas de sua Escola, bem como aos psiquiatras em formação e provoca reflexão sobre a posição dos psiquiatras e sua responsabilidade social frente à loucura e ao tema da liberdade. “Trata-se de saber como responderemos, nós, os psicanalistas a segregação trazida à ordem do dia por uma subversão sem precedentes” (LACAN, 1967 [2001], p.301).

Tomando a segregação em causa, Lacan prevê que a mesma se desloca por relação ao mal-estar apontado por Freud como aquilo que a renúncia pulsional, exigida pela civilização, produz. Segrega-se, portanto, a singularidade ou o modo contingente como cada um goza. A Psicanálise, portanto, funda-se reintroduzindo a dimensão ética do gozo.

Em seu Seminário, livro 17, Lacan (1992, p. 107) toma o viés utilizado por Freud em “Totem e Tabu” (1913 [1976]) para produzir a elaboração da lógica contida nos quatro discursos, que esclarece o fundamento do laço social:

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

Desde o início de seu ensino Lacan recorreu à Teoria dos Conjuntos de Georg Cantor na tentativa de elaborar a ideia de que “a exceção designa o conjunto”. O Pai como exceção à castração, institui o conjunto dos homens. Então se a exceção designa o conjunto, no princípio de toda fraternidade, senão de todo discurso, encontra-se a segregação.

Já tomando a proliferação da segregação como efeito no real da incidência do discurso da ciência moderna no laço social, Lacan (1967, inédito) aponta o *campo de concentração*, iniciado na Segunda Grande Guerra, como sua tradução real. Quanto mais o modelo de Império dá lugar ao imperialismo do capital, mais se apagam as fronteiras geográficas, as hierarquias como funções reais e mais o progresso da civilização universal aumentará a segregação como uma prática velada pela ideia de mal-estar. “O futuro de mercados comuns encontrará seu equilíbrio numa ampliação cada vez mais dura dos processos de segregação” (1967 [2001], p. 263). Lacan (1967 inédito) lamenta que os psiquiatras nada tenham a dizer sobre a segregação,

recomendando a leitura de Michel Foucault para que se reflita sobre a função do psiquiatra na história como “aquele que tranca o louco”. Aponta o quanto os efeitos do cientificismo e do capitalismo nos laços sociais desresponsabilizam o sujeito de seu gozo. O sujeito puro da ciência, apartado de seu corpo, sofre de infortúnios em seu organismo dos quais nada sabe, e para os quais a ciência produz medicações correspondentes. Essa operação de retirada da responsabilidade do sujeito sobre seu gozo é o que Lacan (1967 [2001a], p. 367) chama de posição de “criança generalizada”, posição que fará “a entrada de um mundo inteiro no caminho da segregação”.

Tomando tal análise para a clínica da atenção psicossocial no Brasil, vemos que o movimento de segregação ocorre em nome da normatização dos cidadãos e da estética da *polis* da qual o bom andamento da marcha capitalista depende.

A Psicanálise e a dimensão ética do gozo

Trabalhando em qualquer rede de atenção psicossocial do país logo se conclui que “protocolos de conduta” servem bem a centros cirúrgicos, porém servem muito pouco ao cotidiano dos serviços de saúde mental. A repetição de algo que não se inscreve é aquilo com o que se lida no cotidiano dos serviços. A força com a qual o cientificismo (conjugado ao capitalismo) faz empuxo à cristalização e à homogeneização faz com que muitas equipes recorram à burocratização de suas ações cotidianas. Porém, a própria clínica denuncia aquilo que não cede ou que resta à tentativa de normatização do gozo. Frente ao horizonte social previsto por Lacan, cabe ao analista restituir a dimensão ética do gozo, o que no cotidiano dos serviços significa apostar no giro discursivo e na manutenção da singularidade como proa da condução clínica. Para Askofaré (2009, p. 353) a Psicanálise, em seu viés de “erotologia” (mais do que ética ou terapêutica), tem “chance de pregar peça na ciência e ao seu projeto funesto”. A incidência coletiva do discurso analítico significa ir além de trabalhar com o sujeito, mas principalmente o trabalho com a relação entre sujeito e objeto, levar em conta a versão fantasmática do sujeito.

Entendemos que é somente a partir da garantia de um espaço clínico com força política de sustentar o protagonismo daquele que procura o tratamento que seja possível a operação do lugar do analista. Independente do Estado brasileiro em que se aplicam, as políticas públicas tomam a dicotomia normal-patológico do cientificismo como fundamento de ordenação da *polis*. Sob o pretexto do padrão moral travestido de cientificismo, impõem a internação e a segregação como única forma de lidar com aquilo que extrapola e atrapalha a marcha do capitalismo. Cabe-nos sobretudo interrogar a formação de pequenos campos de concentração urbanos.

Sobre o artigo

Recebido: 29/06/2015

Aceito: 25/08/2015

Referências bibliográficas

ASKOFARÉ, S. Aspectos da Segregação. **A peste**. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 345-354, jul./dez. 2009.

BARROS, R. M. M.; DARRIBA, V. A. Apresentação. In: BARROS, R. M. M. & DARRIBA, V. A. (orgs.), **Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito**, Rio de Janeiro: Companhia de Freud/FAPERJ, 2015.

BEZERRA, D. S.; RINALDI, D. L. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 342-355, junho 2009.

BEZERRA, D. S. A articulação *moebiana* entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. **Psicologia hospitalar (São Paulo)** [online]. v.7, n.2. pp.55-74. 2009b.

BEZERRA, D. S. **O lugar da clínica na Reforma Psiquiátrica Brasileira – Política e Psicanálise oito anos após a Lei 10.216**, Curitiba: CRV Editora, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, **Álcool e Redução de Danos uma abordagem inovadora para países em transição**, Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília – DF: 2004a.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, p. 210

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Saúde Mental no SUS: **Os Centros de Atenção Psicossocial** – Série F. Comunicação e Educação em Saúde, Brasília/DF, 2004b.

BRASIL. GOVERNO FEDERAL. **Crack: é possível vencer** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7426.htm.

BRASIL. GOVERNO FEDERAL – **Lei sobre convenio com Organizações Sociais** http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.550-2011.

CARVALHO, A. M. T.: “Trabalho e higiene mental: processo de produção discursiva do campo no Brasil” in: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, VI(1): 133-56, mar.-jun., 1999.

DARRIBA, V. A. As injunções extra científicas da divulgação científica. In: **Opção Lacaniana online Nova Série**, Ano 4, Número 10, março 2013.

D'ELIA FILHO, O. Z. **Acionistas do nada – quem são os traficantes de drogas**, 3ª edição. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

FIGUEIREDO, A. C. C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. In: **Mental – Revista de Saúde Mental da UNIPAC**, vol. III, n. 05, Barbacena, nov. 2005.

- FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: PUC RJ e Nau Editora, 2001.
- FREUD, S. Recomendações aos médicos que praticam a psicanálise (1913). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. IX, p. 187-212.
- FREUD, S. Totem e Tabu (1913). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. IX, p. 187-212.
- FREUD, S. Psicologia das Massas e Análise do Ego (1913). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. IX, p. 187-212.
- LACAN, J. **Breve discurso a los psiquiatras**, En el Cercle Psychiatrique H. Ey, Saint Anne, 10 de noviembre de 1967, inédito.
- LACAN, J. Função e campo da palavra e da linguagem (1953). In: **Escritos**, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998.
- LACAN, J. **O Seminário, livro 17 – O avesso da Psicanálise** (1969-70), Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1992.
- LACAN, J. Ciência e Verdade (1966) In: **Escritos**, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998.
- LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola (1967). In: **Outros Escritos**, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2001.
- LACAN, J. Alocução sobre as psicoses da criança (1967) In: **Outros Escritos**, Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2001a.
- LACAN, J. Psicoanálisis y Medicina In: **Intervenciones y Textos** (1966). vol. 1. Buenos Aires, Ed. Mantantial, 2002.
- LACAN, J. **O seminário, livro 16 – De um Outro ao outro** (1968-1969), Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2008.
- LACAN, J. **O seminário, livro 18- De um discurso que não fosse semblante** (1971). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.
- RINALDI, D. L. Entre o sujeito e o cidadão. In: ALBERTI, S. & FIGUEIREDO, A. C. C. (orgs). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Ed. Companhia de Freud, 2006.