

Navegar é preciso, viver é (im)preciso

Navigating is precise, living is (im)precise

Vívian Andrade Araújo Coelho

Alexandre Costa-Val

Rosimeire Aparecida da Silva

Cristiane de Freitas Cunha

Resumo

Este artigo se propõe a refletir sobre as respostas políticas e sociais que vêm sendo construídas no território nacional para lidar com o que hoje é conhecido como “o problema das drogas”. Partiremos da perspectiva histórica das políticas públicas voltadas para a assistência dos sujeitos que se drogam para, em seguida, fazer o tensionamento entre o que tem sido proposto atualmente e o que de fato ocorre na prática. Finalmente, discutiremos criticamente as dificuldades de apropriação de certas propostas pelo campo da saúde, valendo-nos da biopolítica como categoria de análise. A experiência dos Consultórios de Rua no município de Belo Horizonte será apresentada como uma possibilidade de intervenção no contexto da Saúde Coletiva à luz da Psicanálise.

Palavras-chave

Saúde mental; políticas públicas de saúde; redução de danos.

Abstract

This article aims to reflect upon political and social responses that have been constructed in the national territory to cope with what is known today as “the problem of drugs”. We start from the historical perspective of public policies aimed at assisting subjects who take drugs in order to make a counterpoint between what has been currently proposed and what actually occurs in practice. Finally, we critically discuss the difficulties in the appropriation of certain proposals by the health field, taking biopolitics as the analysis category. The experience of Street Clinics in the city of Belo Horizonte is presented as a possibility of intervention in the context of Public Health in light of Psychoanalysis.

Keywords

Mental health; public health policy; harm reduction.

Vívian A. A. Coelho

Universidade Federal de São João Del Rei

Médica psiquiatra, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

vivianaacoelho@gmail.com

Alexandre Costa-Val

Universidade Federal de Ouro Preto

Médico psiquiatra, doutor em Saúde Coletiva (FIOCRUZ).

alecostaval@yahoo.com.br

Rosimeire A. da Silva

PAI-PJ / MG

Psicóloga, Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

rosimeire64.pirapora@gmail.com

Cristiane de F. Cunha

Universidade Federal de Minas Gerais

Médica hebiatra. Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG. Vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG.

cristianedefreitascunha@gmail.com

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, consomem abusivamente algum tipo de substância psicoativa (OMS, 2001). Salvo algumas variações que não repercutem significativamente nos dados epidemiológicos, esta realidade encontra equivalência no território nacional. O II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil evidenciou que 12,3% da população preenche critérios para a dependência de álcool, 10,1% para dependência de tabaco e 2,1% para dependência de alguma droga ilícita (CARLINI et al., 2005). Essas taxas, embora sirvam de suporte para que o uso de “drogas” seja nomeado atualmente como um “problema de saúde pública”, são insuficientes para pensarmos nas sutilezas que estão em jogo na abordagem clínica dessa questão.

Um breve percurso pela história da humanidade indica que o uso de “drogas” já estava presente desde o período Paleolítico, revelando que esse tipo de comportamento – ainda que ganhe diferentes coloridos de acordo com a época e o contexto sociocultural – sempre fez parte da existência humana. No século XIX, iniciou-se a partilha entre substâncias lícitas e ilícitas (ou entre usos lícitos e ilícitos de uma mesma substância) a partir de julgamentos morais legitimados pelo saber biomédico que se sedimentava na ocasião. Esse processo marcou a construção social da criminalização do uso de certas “drogas” (SILVA, 2015).

Atualmente, a vertente moralizante das práticas e políticas de saúde voltadas para o “problema das drogas” é, frequentemente, ofuscada pela instrumentalização dos saberes biomédico e jurídico. Costuma-se privilegiar a necessidade de tratamento dos usuários, tendo como suporte um suposto adoecimento psíquico, assim como criminalizar a produção, a distribuição e o consumo dessas substâncias. A naturalização desse tipo de leitura impede que pensemos na polissemia embutida no termo “droga”, que pode abarcar desde substâncias farmacológicas como um analgésico ou uma potente substância alucinógena até outras que, de acordo com o uso, podem ser categorizadas como tal (como, por exemplo, a cafeína, o chocolate e os chás medicinais). Além disso, contribui para o alarde midiático e o pânico coletivo, motivando proposições intempestivas de intervenções homogêneas que desconsideram as singularidades de cada sujeito (VARGAS, 2001).

Tomando como ponto de partida as nuances presentes na construção social em torno do que hoje é reconhecido como “o problema das drogas”, este artigo se propõe a refletir sobre as respostas políticas e sociais que vêm sendo construídas no território nacional para lidar com essa questão. Partiremos de uma perspectiva histórica das políticas públicas voltadas para a assistência dos sujeitos que se drogam para, em seguida, fazer o tensionamento entre o que tem sido proposto atualmente e o que de fato ocorre na prática. Finalmente, discutiremos criticamente as dificuldades de apropriação de certas propostas pelo campo da saúde, valendo-se do biopolítica como categoria de análise. A experiência dos Consultórios de Rua no município de Belo Horizonte será apresentada como uma possibilidade de intervenção no contexto da Saúde Coletiva.

A realidade prática da assistência aos sujeitos que se drogam

O hospital psiquiátrico como um radar da atual rede de Saúde Mental

Para contextualizarmos a realidade da assistência aos sujeitos que se drogam, partiremos dos resultados de um estudo que realizamos recentemente. Seu objetivo foi analisar as alterações no perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos em Belo Horizonte, que funcionam como referências para o estado, no decorrer da constituição da rede de serviços comunitários (COELHO et al, 2014).

Ainda que o hospital psiquiátrico, atualmente, não se constitua como a primeira e muito menos como a única instância de tratamento, pode-se constatar que essas instituições ainda fazem parte do circuito assistencial, realizando atendimento às urgências e internações em momentos de crise. Na prática, quando os CAPS necessitam encaminhar seus pacientes para internação, muitas vezes, o destino é o hospital psiquiátrico. Nesse sentido, podemos entender o hospital como um radar do sistema de saúde, um lugar que por estar fora, mas dentro da rede, se constitui como um espaço privilegiado para perceber os problemas e dificuldades dos serviços assistenciais comunitários (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Em nosso estudo, a análise dos bancos de dados desses hospitais demonstrou uma diminuição significativa no número de atendimentos realizados entre 2002 e 2011, a despeito do crescimento populacional do estado. Essa modificação foi concomitante com a estruturação progressiva de serviços comunitários em Minas Gerais, que aumentaram de 0,26 CAPS/100.000 habitantes em 2002 para 0,69 em 2011. Apesar da redução dos atendimentos no período, a proporção de internações aumentou. Chamou atenção que a clientela, que antes era constituída predominantemente por sujeitos com quadros sugestivos de transtornos psicóticos, passou a ser constituída, majoritariamente, por sujeitos usuários de substâncias (COELHO et al, 2014). Tais achados parecem indicar que, até 2011, embora a estruturação da rede de assistência comunitária em Saúde Mental tenha abarcado a loucura, ela ainda era insuficiente para acolher os sujeitos para os quais o uso de “drogas” se constituía principal problema.

Essa hipótese se torna mais consistente quando examinamos a rede de cuidados em Minas Gerais. Em 2011, o estado possuía somente 21 CAPSad, em contraste com aos 140 CAPS cujo o foco não era especificamente o uso de substâncias. Em Belo Horizonte, município com mais de 2 milhões de habitantes e um dos pioneiros na assimilação das propostas da Reforma Psiquiátrica, existiam, em 2011, dois CAPSad, sendo que em nenhum deles o funcionamento era realizado nas 24 horas. Esses dados apontam não só para a escassez de serviços voltados para os sujeitos que se drogam, mas podem também refletir outras dificuldades que precipitam a internação no hospital psiquiátrico.

Entre o ideal prescrito e o real da prática clínica na rede de saúde

Apesar da rede de atenção proposta pelo Ministério da Saúde para a assistência aos sujeitos que se drogam, podemos observar que, efetivamente, lidamos com uma distância entre o ideal prescrito e o real da prática clínica (PITTA, 2011).

Os Programas de Atenção Básica em Saúde, cujo principal motor é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar de sua expansão, ainda apresentam cobertura inferior a 20% em diversas cidades brasileiras. Isso limita

não só o acolhimento desses sujeitos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas também a própria atuação do CAPSad, cuja essência depende da articulação com o território (ANDRADE, 2011). As ações dos CAPSad, que deveriam ter bases territoriais, ficam, assim, reduzidas ao atendimento no próprio serviço, que, mesmo situado em território de elevada prevalência de consumo e tráfico de “drogas”, é subutilizado, não funcionando como referência para a população-alvo. Soma-se a isso o fato de que os serviços de saúde em geral não levam em consideração questões culturais e o modo de vida dessas pessoas. Por exemplo, a chance de que um(a) profissional do sexo ou usuário(a) de drogas, após uma noite acordado(a), busque atendimento em um serviço de saúde nas primeiras horas da manhã é muito pequena. Não é incomum que esse seja o horário de acolhimento de muitas UBS, algo que dificulta o acesso desses sujeitos. Fica para os profissionais a visão cômoda – e equivocada – de que esses sujeitos não querem se cuidar. Isso ratifica a exclusão social e a precariedade da assistência (PITTA, 2011).

Outro elemento que contribui para a precariedade da assistência se relaciona diretamente à formação e ao suporte inadequados dos profissionais de saúde. O desconhecimento dos fatores biopsicossociais relacionados ao uso de “drogas”, a reprodução de ideias e preconceitos existentes no imaginário popular e o medo de exposição à violência do tráfico são algumas das dificuldades com as quais eles se deparam. Como consequência, esses profissionais, frequentemente, apresentam posturas pouco acolhedoras, prejudicando o vínculo com o serviço de saúde e a adesão ao tratamento (SILVA, 2015).

O acesso à atenção hospitalar também se constitui como um impasse. Apesar da ênfase dada pela Reforma Psiquiátrica ao papel excludente do hospital, na prática clínica, em alguns casos, a internação se faz necessária. De acordo com a proposta atual, o atendimento dos usuários em prontos-socorros e UPAS, além da criação de leitos em hospitais clínicos, é a estratégia para lidar com situações mais complexas que ultrapassam a capacidade resolutive dos CAPSad. Entretanto, os leitos em hospitais clínicos vêm sendo implantados de uma maneira tímida, a despeito das grandes porcentagens de fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos. Além disso, a proposta atual esbarra em algumas dificuldades, como a falta de formação para os profissionais da equipe hospitalar e ausência de articulação desses hospitais com os serviços da Saúde Mental (MARI, 2011).

Para finalizar, devemos atentar também para as dificuldades na articulação da rede de atenção como um todo. Na prática, observa-se uma deficiência no diálogo estabelecido entre os serviços, resultando em uma atenção fragmentada que prejudica a continuidade do cuidado dessa clientela (PITTA, 2011).

Novas lógicas manicomiais

Para além dos problemas práticos da rede de saúde, o hiato temporal, nomeado pelo Ministério da Saúde de “vácuo de tempo”, na resposta das políticas públicas à questão das drogas, concorreu para o estabelecimento de práticas que reeditam a díade proteção/exclusão. Nesse sentido, vemos crescer as internações compulsórias, mediadas pelo judiciário, assim como a disseminação de instituições, conhecidas como Comunidades Terapêuticas (CT). Essas entidades são, na maioria das vezes, privadas, apresentam caráter religioso e partem do pressuposto de que é preciso afastar o sujeito de suas redes sociais e submetê-lo a um ambiente artificial e disciplinar para que ele permaneça abstinente. Cabe registrar que, no contexto de discussão acerca do consumo de crack no país, essas instituições foram incluídas pelo governo federal na rede atenção psicossocial, assim como nas políticas sustentadas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SILVA, 2015).

Essa situação remete à lógica que marcou a assistência em Saúde Mental antes da Reforma Psiquiátrica em que o tratamento era sinônimo de segregação. Não é difícil fazermos uma aproximação do aspecto disciplinar dessas comunidades àqueles presentes no tratamento moral concebido pelo psiquiatra Phillipe Pinel ainda no século XVIII. Ambos visam, em última instância, uma adequação ortopédica dos sujeitos aos padrões socialmente aceitos. Trata-se de uma proposta que só encontra possibilidade fora do laço social, no esvaziamento do discurso do sujeito e na objetificação da experiência na categoria da doença. Esses pontos que sintetizam a terapêutica moral e religiosa nos permite igualar as concepções do modelo de tratamento das CT àquelas do modelo manicomial (SILVA, 2015). Claude Olievenstein (1984, p.139), antevendo essa questão, aponta a toxicomania como a experiência que na contemporaneidade viria a ocupar o lugar vazio da segregação outrora habitado pela loucura:

Na Idade Média havia a lepra, nos tempos modernos, a loucura; amanhã [nosso hoje], a toxicomania. Se não tomarmos cuidado, nós iremos rejeitar, internar novamente todo um grupo social cujo crime consiste em não estar dentro da lei do momento.

Vale ressaltar que esses mesmos princípios que orientam o cotidiano da abordagem ofertada pelas CT, quando organizados como discurso, fazem laço com a política de “guerra às drogas” e reproduzem sua lógica binária. Isso significa que a abstinência inscreve-se do lado do bem, do “não às drogas”, e o uso, necessariamente, do lado do mal e do “sim às drogas” (SILVA, 2015).

A lógica perversa da biopolítica

As rápidas transformações tecnológicas que marcaram os últimos tempos tiveram um impacto decisivo na forma como pensamos, vivemos, sentimos e nos relacionamos com os outros e com nós mesmos. As expressivas mudanças nas ciências biomédicas, assim como as novidades biotecnológicas aliadas ao mercado de consumo, impulsionaram uma redefinição dos limites do corpo, trazendo o somático, no que ele tem de mais visceral, para o centro de nossa existência (ROSE, 2013).

Essas mudanças são frutos de constantes lutas, resistências e negociações que podem ser localizadas em determinados contextos históricos e sociais da sociedade ocidental. Nesse sentido, Foucault nos fornece elementos para pensar as relações humanas que se estabelecem nas sociedades modernas a partir da tônica do biopoder. Segundo esse autor, esse poder é exercido, não a partir da autoridade oriunda de um foco central, mas através de técnicas sutis disseminadas no cotidiano, negociadas e incorporadas pelos corpos e por todo tecido social (FOUCAULT, 2005).

Segundo o pensamento foucaultiano, houve uma transformação a partir da época clássica, em que o direito de um poder soberano de fazer morrer deu lugar a um poder que gera e ordena a vida (FOUCAULT, 2009). Nesse raciocínio, a princípio, as tecnologias de poder se concentraram na gestão individual dos corpos, tomando-os como objetos a serem manipulados, visando, em última instância, a produção de “corpos dóceis”, saudáveis e produtivos. A tecnologia desse poder disciplinar ganhou espaço para o seu desenvolvimento nas prisões, nos hospitais, nas fábricas e nas escolas (FOUCAULT, 2011).

Durante a segunda metade do século XVIII, apareceu o que Foucault denominou de biopolítica da espécie humana. Trata-se de um política que se preocupava com a vida dos cidadãos, buscando impor a eles formas de bem-estar social. Tais tecnologias visavam, em última instância, o controle da

população através de procedimentos que pretendiam sistematizar e compreender processos característicos da humanidade como, por exemplo, os nascimentos, os óbitos, a reprodução e a fecundidade. A biopolítica não excluiu a perspectiva disciplinar da “anátomo-política do corpo individual”, mas a ela se integrou, reforçando-a (FOUCAULT, 2005).

Na medida em que a racionalidade passou a operar como princípio de organização dos saberes e de ordenação da realidade, o saber científico se configurou como uma forma socialmente legitimada de produção de verdades e, consequentemente, de exercício de poder. Se o poder de outrora era exercido a partir do princípio de soberania que fundava uma lei simbólica, na Modernidade, ele passa a ser cada vez mais regido pelas técnicas de governo fundamentadas nas normas e regras de conduta estabelecidas pelo discurso científico sobre o homem. Segundo Foucault, esse discurso viria a ser o alicerce daquilo que ele nomeia como “sociedade de normalização” (FOUCAULT, 2005).

Ao governo não cabia mais a soberania sobre a morte, mas a regulamentação da vida. Essa mudança no objeto do poder é enunciada por Foucault como um deslocamento da prerrogativa do Estado de “fazer morrer e deixar viver” para “fazer viver e deixar morrer”. Essas estratégias, sobrepostas ao sistema de direito público, articulado ao princípio de soberania do corpo social, possibilitaram a configuração do trabalhador como uma figura sociopolítica e econômica, destinada a saciar a ferocidade da máquina industrial. Os princípios do liberalismo já vigoravam nessa época e contribuíram para a articulação de estratégias de pulverização do poder em instituições subestatais (corporações médicas, fundos de bem-estar e segurança, etc.) de forma que as normas fossem impessoais, quase anônimas, oriundas de múltiplos focos no âmbito do saber e deslocadas do Estado (ROSE, 2013).

Ao longo do século XX, o exercício do biopoder foi sofrendo mudanças que refletem certa crise dos modelos disciplinares tradicionais das sociedades industriais. Foucault, apesar de ter entrevisto essa alteração, não se debruçou sobre ela. Para o filósofo, as sociedades disciplinares eram aquelas em que o controle de inclusão e exclusão vinham acompanhados por um conjunto de instituições espalhadas pelo campo social (asilos, conventos, hospitais, escolas, exército, etc.) que buscavam implantar um modo de conduta. Na década de 1990, Gilles Deleuze fez uma espécie de atualização da genealogia do poder, marcando a passagem das “sociedades disciplinares” para as “sociedades de controle”. Com isso, estava destacando que, atualmente, o controle não está mais confinado às instituições, mas é imanente às redes flexíveis, fluídas e flutuantes da própria existência. O que acontece, de fato, é que o próprio corpo assume o protagonismo do controle de si (SIBILIA, 2003).

Da lei à norma: a subjetivação da lei no contemporâneo

As pesquisas de Foucault evidenciam a progressiva substituição da autoridade do soberano pela disseminação da lei na forma da norma, que estende sempre mais seu campo de regulamentação da gestão dos corpos e da população, frequentemente aparelhada pela ciência. Essa constatação torna-se especialmente útil quando entendemos, à luz da Psicanálise, que a relação com a lei é decisiva na constituição do sujeito e de sua subjetividade. A partir disso, podemos supor que essa substituição na forma de vinculação da lei está diretamente conectada às transformações nas subjetividades e sintomas dos sujeitos contemporâneos. Para avançar nessa hipótese, investigaremos como ocorre a subjetivação da lei pelos sujeitos na atualidade.

Em 1913, Freud, em seu texto *Totem e Tabu*, descreveu um tipo mais “primitivo” de organização social: a horda primeva. Nesta, o pai estava

autorizado a possuir todas as mulheres, constituindo-se como exceção. Os filhos, quando chegavam à idade adulta, eram expulsos para garantir a manutenção do poder paterno. Em certo momento, eles se reuniram e retornaram à horda para matar e devorar o pai no intuito de ter acesso ao gozo interdito. Ao colocarem o ódio em prática através desse assassinato, surgiu o remorso e o sentimento de culpa, fazendo com que o pai se tornasse ainda mais forte do que quando era vivo. Como uma tentativa de solução para esse afeto, os filhos edificaram um totem como substituto do pai e instituíram as leis simbólicas que proibiam o parricídio e o incesto. Essa lei é garantida pela incorporação de algo do pai no banquete totêmico, dando espaço às diferentes identificações aos aspectos parciais do pai morto que formarão o supereu. Este, enraizado no isso, sustentará o laço social (FREUD, 1996a). Esse processo refere-se, em última instância, ao Mito Edipiano.

Podemos entender o assassinato do pai primitivo como uma metáfora da passagem do pai que tudo proíbe àquele que algo permite. Nessa elaboração, Freud subverte a ideia de que toda a regra tem sua exceção ao determinar que a exceção – o pai e seu assassinato – é o que funda a regra. Essa noção é patente nas discussões foucaultianas sobre o poder soberano que, a partir da exceção do governante, possibilita o estabelecimento de um pacto simbólico.

Não devemos desconsiderar, contudo, que a despeito da nobreza simbólica com a qual a lei se apresenta, ela mantém uma íntima relação com a agressividade, principal representante da pulsão de morte. Afinal, a lei se funda exatamente a partir da morte do pai. Eis, aqui, a duplicidade do processo de subjetivação da lei: por um lado, existe uma face apaziguante, que viabiliza satisfações prazerosas e, por outro, a face violenta, desregulada, do gozo que desconhece o bem-estar do sujeito e exige cada vez mais (ALEMÁN, 2009). Podemos dizer, assim, que a lei é subjetivada justamente porque funciona como um recurso para que cada sujeito esboce um contorno em torno do elemento inapreensível pelo discurso: o real da pulsão de morte. Consequentemente, a vigência da lei se nutre exatamente da pulsão de morte.

Freud já havia apontado esse elemento em vários momentos de sua obra, destacando a impossibilidade de que a lei pudesse capturá-lo por completo. É o que ele coloca, por exemplo, quando enumera as três atividades impossíveis: educar, governar e psicanalisar (FREUD, 1996b). A singularidade do encontro de cada ser falante com a língua produz um resto, um resíduo heterogêneo não absorvível pelo processo pedagógico, político ou analítico que sempre resiste, ou seja, o real.

A produção de artifícios simbólicos que tentam dar conta desse resto está condicionada e é impulsionada pela história em sua dimensão temporal. Dizer que esses artifícios, em certos momentos, suportaram o caráter pulsional não significa dizer que essas respostas sejam completas ou que consigam tamponar o impossível estrutural. Pelo contrário. Freud irá desenvolver a ideia de que esse obstáculo é justamente o que funciona como motor das mudanças históricas e sociais. Ou seja, em cada época, surgem respostas para essa impossibilidade, mas elas nunca são completas.

Assim, podemos deduzir que há um real pulsional que é “não-todo” histórico, que está sempre presente, causando um permanente mal-estar no sujeito e colocando em xeque a utopia de uma sociedade harmônica, sem conflitos, estabelecida a partir dos interesses dos cidadãos (ALEMÁN, 2009). O amor, os vínculos sociais, as estruturas elementares do parentesco, as identificações, o poder do soberano, os dispositivos jurídico-disciplinários são modalidades históricas de suplências para dar conta desse vazio irreduzível, entre o gozo pulsional e o Outro simbólico (LACAN, 1997).

É o que Freud evidencia em seu texto de 1930, *Mal-estar na civilização*, ao indicar que sempre, ao longo da história da sociedade, há um desconforto entre as exigências pulsionais de cada um e as restrições impostas pela civilização (FREUD, 1996e). No entanto, como dissemos, se Freud se depara com a agressividade e seu potencial destrutivo como elementos intrínsecos à experiência humana, ele também compreende que é essa mesma cota de agressividade que pode interferir e transformar o processo civilizatório. Ou seja, a pulsão de morte não é apenas destrutiva, mas também o motor da criação.

Jacques Lacan (2003), em 1938, em seu texto *Os complexos familiares na formação do indivíduo*, ressaltou a importância fundamental da função da imago paterna na estruturação psíquica do sujeito. Nos anos de 1950, conforme esclarece Zafiroopoulos (2009), Lacan desloca a ideia de um inconsciente estruturado pela família, pelo pai da realidade, para a ideia de um inconsciente estruturado pelas leis da fala e da linguagem. Nesse sentido, o Nome-do-Pai, termo que substitui a “imago paterna”, deve ser entendido como uma metáfora, um “significante de exceção” que institui o universo simbólico. Esse arranjo é estrutural e faz parte das diversas formas de convívio em sociedade. A contingência própria do contemporâneo não é, portanto, o declínio da família ocidental ou do patriarcado, conforme Lacan parecia sugerir em 1938. O que está em jogo é a forma como os sujeitos, imersos no campo da linguagem a partir do pacto simbólico estrutural, irão se arranjar para dar conta desse ponto não representável – que aprendemos com Lacan a chamar de gozo.

No contemporâneo, embalados pelo discurso do capitalismo, os sujeitos deixam de ser cidadãos, transformando-se em consumidores. Diante da oferta obscena de objetos, o capitalismo cria uma atmosfera onde tudo é possível. Como consumidores, todos são iguais e devem ficar satisfeitos com os produtos oferecidos (MILLER, 2006). Assim, abre-se um espaço para que os sujeitos se organizem não mais em torno dos ideais, mas em torno dos objetos de consumo, negando o pacto simbólico fundado a partir do “significante de exceção”.

O ofuscamento do simbólico, dos ideais, abre espaço para uma nova vertente do Outro social. Ao invés de um poder externo, surge um poder anônimo, horizontalmente pulverizado nos “comitês de ética”, difundidos tanto no interstício social como também na própria formatação da interioridade subjetiva. Essa disseminação do poder captura o próprio corpo, tornando-o instrumento de domínio de si. O operador simbólico é substituído pelos “instrumentos efetivos de formação e acúmulo de saber”, pelos “métodos de observação, técnicas de registro, procedimentos de investigação e de pesquisa” e pelos “aparelhos de verificação” (FOUCAULT, 2005, p.40), cujo foco é a normalização da ordem social. Aqui podemos localizar, em consonância com a obra foucaultiana, o rebaixamento da lei à norma.

Essa norma pode ser entendida como uma “ordem de ferro”, pois ela é mais feroz que a interdição simbólica do Nome-do-Pai. Esta, apesar de interditar o gozo, marca uma falta, criando um campo para o desejo (SANTOS; SANTIAGO; MARTELLO, 2014). O correlato da “ordem de ferro” é o imperativo do gozo constado na tônica do capitalismo. Consuma! Goze! Aproveite! São os chamados que imperam e ofuscam a falta estrutural decorrente dos efeitos do Nome-do-Pai ou, em termos freudianos, da castração. Os objetos de consumo são oferecidos a todos com a falsa promessa de que tamponarão o vazio estrutural do ser humano. Na verdade, isso não ocorre e o sujeito se põe a consumir cada vez mais e mais, em uma busca desenfreada por uma satisfação absoluta que nunca chega. Ao final, não sabemos mais quem é consumido: o objeto ou o consumidor. É nesse ponto que Lacan vai localizar o mal-estar da modernidade.

Nesse mesmo contexto, observamos um borramento entre o público e o privado de tal forma que os sujeitos vão desenvolvendo um certo gosto pela exibição de si. O direito ao segredo, à privacidade, cede lugar ao imperativo de se mostrar. A propagação desse gosto pela exibição tem suas raízes na versão mais contemporânea do capitalismo, que promove controles de qualidade mais rígidos em nome do respeito ao direito dos consumidores. Nessa lógica, a transparência é fomentada em função da satisfação genérica e da garantia do consumidor. O homem contemporâneo não é só convidado a construir o corpo, conservar a forma, modelar a sua aparência, ocultar o seu envelhecimento, manter a sua saúde em toda sua potência, mas, mais do que isso, mostrar para os outros pares que está em conformidade com essas normas. Esse empuxo à avaliação assume uma dimensão que envolve tanto a avaliação de si, quanto do outro (MILLER, 2006; SANTOS; SANTIAGO; MARTELLO, 2014).

No contemporâneo, os protocolos com suas regras explícitas e sua suposta transparência ganham a cena. Paradoxalmente, o imperativo igualitário e suas práticas disciplinares das sociedades liberais convive com biopoderes que produzem indivíduos que reivindicam, politicamente, o direito de ser tratados todos como exceção (SANTOS; SANTIAGO; MARTELLO, 2014). Ora, se todos podem se constituir como exceção, mais uma vez, todos se tornam iguais, negando o fundamento do pacto simbólico. O mais curioso é que essa busca frenética por esses direitos é, frequentemente, calcada no fascínio exercido pela tecnociência, reduzindo a cidadania aos direitos (e obrigações) à vida, à saúde e à cura (ROSE, 2013).

Uma vez que a bússola dos ideais é substituída pelos objetos que possibilitam um gozo imediato, o sujeito deixa de se interrogar quanto ao desejo e, em última instância, quanto às questões relativas ao amor. A repercussão é a evidente fragilidade dos vínculos sociais. As imagens do mundo contemporâneo confirmam essa ideia quando mostram, por exemplo, as “cracolândias”, repletas de sujeitos que quase não falam entre si.

Transpostas para a presente discussão, essas elaborações nos conduzem à hipótese de que o uso de “drogas”, assim como as respostas sociais e políticas que são dadas a elas, possa ser pensado como um efeito das mudanças na relação com a lei e sua subjetivação. Essas alterações parecem estar associadas à gênese de certos “problemas de saúde” atuais, marcados pelo descontrole subjetivo e pela desconexão com as regulações sociais.

Uma lógica não totalizante

Como vimos, no contemporâneo, vivemos um contexto caracterizado pelo imperativo perverso de normatização pulverizado pelos corpos e tecidos sociais. Trata-se de uma tentativa de controle fundada em uma lógica homogeneizante e totalizante. No entanto, conforme verificamos, essa investida é sempre fracassada, fazendo com que novas normas, cada vez mais rígidas, sejam permanentemente recriadas. Esse processo é central na instituição das legislações de criminalização e nas práticas de exclusão dos sujeitos que se drogam.

Nesse sentido, vale examinar a ideia de coletivo a partir dos rastros deixados pelo psicanalista Célio Garcia (2015). Ele indica que a passagem do singular para o coletivo só é possível se encontramos uma lógica coletiva capaz de acolher o “Um sozinho”. É comum que a ideia de coletividades seja rapidamente aproximada ao ideal democrático do “para todos”. Uma classe coletiva, no entanto, só se constitui como tal porque há uma exceção. Por exemplo, só temos um grupo de sujeitos “drogados” porque existem sujeitos que não o são. O coletivo, nesse sentido, sempre comporta um paradoxo, pois aponta incessantemente para uma exceção, para uma singularidade, para um “não todo”. Quando nos fixamos na aproximação das coletividades à

lógica do “para todos”, deixamos de incluir o elemento “não todo”, discriminando-o. Essa é a dinâmica do discurso biomédico diante daquilo que escapa às suas premissas: ou ele se esforça para enquadrá-lo, classificá-lo, ou, simplesmente, o exclui, o ignora. Nesse ponto podemos localizar as respostas contemporâneas que tem sido dadas ao “problema das drogas”.

Por outro lado, a lógica do “não todo” é, por definição, não segregativa – já que nela é impossível fixar uma exceção. Podemos pensar, seguindo esse raciocínio, em um coletivo como um conjunto aberto, inconsistente, paradoxal, que se localiza nessa dimensão do “não todo”. Um conjunto em contínuo desdobramento capaz de subtrair dos participantes todo e qualquer predicado. Nesse coletivo, o “para todos” não é suposto desde o início, mas experimentado a partir da verificação – um por um – de sua própria singularidade. Esse “para todos” não totalizado seria construído por singularidades sem qualquer traço diferencial ou exceção que autorizasse as hierarquias, segregações ou discriminações.

Mantendo-nos na esteira dessas indicações, examinaremos a experiência do Consultório de Rua no município de Belo Horizonte como uma possibilidade de abordagem dos sujeitos que se drogam.

Navegar é preciso, viver é (im)preciso

Ao propor a implantação do Consultório de Rua (CR), o Ministério da Saúde inspirou-se na iniciativa desenvolvida em Salvador. Inspirado na experiência francesa, o Banco de Rua, criado em 1989, foi pioneiro nesse modelo de assistência que tem como objetivo conhecer o universo simbólico da população que convive com a vulnerabilidade social, com o uso de substâncias psicoativas e que não chegam aos serviços de saúde (FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011).

Assim, o CR se constituiu como um dispositivo clínico que, ao realizar o deslocamento do espaço protegido e fechado das instituições ao mundo transitável, disperso e plural das ruas, permitiria o exercício de uma clínica a céu aberto, desprotegida, disponível e confrontada por questões que transcendem as ideias de doença, mas, na qual, a dor se faz presente. Ao atuar nessa fronteira onde a droga encontra a exclusão social e a desfiliação mais radical, o CR nos ensina a ler e a reconhecer o ato de se drogar como “um ato humano portador de um sentido na vida dessas pessoas” (FILHO et al, 2012, p.30). Eis aí uma possibilidade de abordar a ineliminável pulsão de morte, entendendo-a como um motor de transformação.

Seguindo essas orientações, em 2011, foram implantadas as duas primeiras equipes de CR em Belo Horizonte. Atualmente, existem quatro equipes constituídas por um psicólogo, um enfermeiro, dois educadores sociais, um oficinairo (artista plástico ou artesão), um motorista e um redutor de danos. Apesar desse último não ter formação técnica em saúde, ele é um ex-usuário com experiência em redução de danos e em trabalhos sociais. Assim como o Agente Comunitário de Saúde, ele agrega ao trabalho da equipe não só o saber extraído de sua experiência, mas também o conhecimento do território e sua dinâmica, favorecendo a aproximação entre equipe e usuários.

Cada CR conta com um veículo adaptado e identificado com a mesma logo do uniforme dos técnicos. Essa van não tem apenas a função de permitir o deslocamento da equipe pelo território, mas também é utilizada para conduzir usuários em certas situações aos serviços das redes de saúde e assistência social. Além disso, cumpre a importante função de recurso sinalizador e ponto de encontro. Lá, usuários e técnicos se encontram, dialogam, planejam e realizam cuidados, projetos e atividades. Aos poucos, a van também se constitui como endereço: a ela e aos seus tripulantes são

endereçados, muitas vezes, por outros usuários e pela comunidade, sujeitos em busca de cuidados.

As “cracolândias” e sua estética – lugares sombrios, mal iluminados, onde homens e mulheres ora circulam de um ponto a outro intensamente, ora permanecem inertes, expondo ao olhar da cidade um gozo solitário e breve alcançado pelo consumo de pequenas pedras de crack – introduzem no espetáculo da sociedade contemporânea a cena inesperada, não prevista e fora do tom. Nessas cenas, a estetização da existência denuncia o alcance do imperativo da sociedade de consumo, o empuxo ao ato de consumir, e revela, pelo avesso, suas consequências. Como resto, o que se destaca é uma montagem feita de resíduos, entre os quais circulam sujeitos reduzidos a essa condição social. Mal iluminados, sujos, degradados, esses locais se impõem ao olhar do espectador que perde ou facilmente ignora a multiplicidade para, então, nomear igualmente a todos como “craqueiros”. Essa postura deixa escapar, sob o véu das aparências, o dado singular das existências que habitam tais territórios.

Atravessar o patamar do horror e da lógica homogeneizante, por outro lado, abre a possibilidade de se inventar uma nova saída diante da singularidade de cada um. Trata-se de um posicionamento que favorece um encontro despretenso com a subjetividade da época, ofertando, assim, o alívio. Ou uma pausa. A passagem ao bastidor das cenas permite ver e reconhecer que nem tudo se mostra. Mesmo em público, algo de íntimo e privado permanece preservado. Há pudor em gozar diante dos olhos de quem chega e escolhe-se interromper o consumo para fazer uso da palavra. E faz intervalo. Mas, no bastidor, também se localiza a preservação de um modo de organização do espaço que remete às ideias de casa e privacidade, algo que parece esquecido nos dias atuais.

Em um dos sujeitos acompanhados pelo CR, nota-se, de modo muito claro, o sentido dado pelos gregos ao *phármakon* (remédio/veneno). Para ela, a droga que a apazigua não é aquela que se supõe e que, de fato, circula naquele território, o crack, mas uma das produzidas pela indústria farmacêutica: o diazepam. Para consegui-lo, ela se desdobra, prostitui-se, troca o crack pelo medicamento, trabalha como olheira. Nesse caso, o mal estar a ser tratado com o diazepam gira em torno de um mesmo ponto: o “divórcio com a mãe”. Chegou à cidade após se separar do marido, ruptura que também representou um corte com uma mãe invasiva e devastadora.

O CR foi nomeado por esse sujeito como “remédio ambulante”. O que nos parece uma boa definição para o dispositivo, pois o coloca em condições de alcançar sujeitos tão errantes e desamparados como ela. Enlaçando-se para em seguida se desenlaçar, ela mantém com a rede, da qual participam CR, CAPS e UBS, um laço afetivo, que ora é amoroso, ora hostil. E segue, ainda que de modo precário, acompanhada. É nesse ponto em que a clínica norteadada pela redução de danos abre a possibilidade para uma prática orientada pelo detalhe singular de cada caso. Para ela, os (des)encontros com um outro menos exigente e invasivo se constitui como uma via composta por intervalos, uma pausa no consumo que pode conduzir à morte. Esse intervalo foi o primeiro achado recolhido de nossa experiência. No início do trabalho, os sujeitos instituem uma regra: “Não fumar para conversar”. Também indicam um manejo: a necessidade de saber produzir bons hiatos em que a palavra possa circular. No espaço de tempo entre o gozo de uma pedra e a próxima, abrem-se possibilidades. Sobre esse hiato, uma questão pode vir a se colocar: “Não sei por que não saio dessa vida...”. Ou um pedido: “Me leva pro CAPS?”, “Posso ligar para casa?”. A abertura à demanda faz surgir oportunidades de modos substitutivos de satisfação ou de busca de alívio, que vão dos passeios pela cidade às idas ao cinema. Nesses momentos, dois deslocamentos se produzem, um geográfico e outro

simbólico, pois o sujeito se desloca pela cidade, sai da fixidez que o ata ao cenário e muda de posição.

Quando se vai até onde o povo está, manter-se advertido quanto ao traço autoritário e normativo – espectro que sempre ronda a prática sanitária – possibilita escapar ao furor curandis, e, sobretudo, à intervenção policiaesca e corretiva sobre os sujeitos, suas vidas e privacidades, em nome da boa saúde.

Considerações finais

Retornando ao ponto inicial, a caracterização do que é e do que não é considerado “droga” é definido pela maneira como nossa sociedade contemporânea encara um ideal de vida que deve ser seguido. Chancelado pelo discurso biomédico, esse modelo segue uma lógica homogênea que entende uso de drogas como uma patologia e a abstinência como única meta aceitável do tratamento. Como contraponto, a redução de danos trabalha com uma ampla variedade de procedimentos que visam reduzir os prejuízos decorrentes dos comportamentos de risco. Dessa forma, pretende-se valorizar as singularidades e o tempo do sujeito, sem impor ideais pré-estabelecidos. A evidência da manutenção de práticas protetivas/excludentes manifesta pelas interações sejam mediadas pela justiça, pelas comunidades terapêuticas ou pelos dispositivos clínicos, evidenciam o receio social frente a práticas consideradas ilegais e refletem diversos aspectos da maneira como a norma social é instituída hoje.

No percurso realizado, nos propusemos a pensar no processo histórico de fundação do biopoder para chegar, finalmente, à sociedade de normalização, caracterizada pelos “comitês de ética” e pelo imperativo superegóico que, em última instância, influencia na instituição das legislações de criminalização e nas condutas de exclusão. Essa exclusão se dá na medida em que se tenta contornar por completo algo inapreensível que tem haver com a essência humana: a pulsão de morte. Na verdade, quanto mais se tenta controlá-la, mais ela exige. Nesse sentido, pensar em políticas e práticas clínicas que não sigam a lógica totalizante, incluindo, assim, as singularidades, se constitui como uma alternativa interessante de abordagem.

Sobre o artigo

Recebido: 29/06/2015

Aceito: 25/08/2015

Referências bibliográficas

- ALEMÁN, J. **Para una izquierda lacaniana...** Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4665-4674, 2011.
- COELHO, V. A. A.; VOLPE, F.; DINIZ, S.; SILVA, E.; CUNHA, C. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p. 3605-3616, 2014.
- BARROS, R.E.M.; TUNG, T.C.; MARI, J.J. Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.32, suppl. 2, p. S71-S77, 2010.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPE. Saúde mental no sus : os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 21 jun. 2012.
- CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.; NOTO, A.; NAPPO, S. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo: CEBRID /UNIFESP, 2005.
- FILHO, A.N.; VALÉRIO, A.L.R.; MONTEIRO, L.F. (Orgs.). **Guia do projeto Consultório de Rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.
- FOUCAULT, M. **Em Defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber (1988)**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2009.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder (1979)**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2011.
- FREUD, S. Totem e Tabu (1913). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. XIII, p. 11-125.
- FREUD, S. O mal-estar na civilização (1920[1929]). In: FREUD, S. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. XXI, p. 73-153.
- GARCIA, C. **Uma questão de lógica? Do singular ao universal (para todos)**. [s.n.t]. Disponível em: <http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Celio_Garcia_Uma_questao_de_logica1.pdf>. Acesso em 16 jul. 2015.

LACAN, J. **O seminário, livro 7: ética da psicanálise** (1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LACAN, J. **Os complexos familiares na formação do indivíduo** (1938). In: LACAN, J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 29-90.

MARI, J.J. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4590-4602, 2011.

MILLER, J-A. **Você quer mesmo ser avaliado? : entrevistas sobre uma máquina de impostura**. São Paulo: Manole, 2006.

OLIEVENSTEIN, C. **A droga**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. Genebra: OMS, 2001.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.12, p. 4579-4589, 2011.

ROSE, N. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.

SANTOS, T. C. DOS; SANTIAGO, J.; MARTELLO, A. (Eds.). **Os corpos falantes e a normatividade do supersocial**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2014.

SIBILIA, P. **O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

SILVA, R.A. **Reforma Psiquiátrica e Redução de danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam**. 2015, 198f. Dissertação (Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção de Violência) – Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção de Violência, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: 2015.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

VARGAS, E.V. **Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”**. 2001, 600f. Tese (Doutor em Ciências Humanas: Sociologia e Política). Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: 2001.

ZAFIROUPOULOS, M. Nossa arqueologia crítica da obra de Lacan: Lacan e as ciências sociais; Lacan e Lévi-Strauss. **Revista Estudos Lacanianos**, Belo Horizonte, v.2, n.3, p. 31-44, out. 2009.