

## TOXICOMANIA, UM DISCURSO SEM PALAVRA?

Halanderson Raymisson da Silva Pereira<sup>1</sup>  
Melissa Andrea Vieira De Medeiros Carvalho<sup>2</sup>

### RESUMO

Este artigo tem como objetivo realizar algumas reflexões sobre o fenômeno da toxicomania, pontuando as contribuições da psicanálise para o estudo dessa temática, que atualmente passou a ser considerada um problema de saúde coletiva. A partir do atendimento psicológico a usuários de substâncias psicoativas de um Centro de Atenção Psicossocial de Porto Velho, o uso das drogas surge com outras funções além de ser um entorpecente, desvelando um emaranhado de relações que o sujeito estabelece com o objeto/droga, fonte de gozo e representante de sua falta constituinte.

**Palavras-chave:** toxicomania; psicanálise; sintoma; gozo.

### ABSTRACT

This article has as objective to do some reflections about the drug addiction phenomenon, showing the contributions of psychoanalysis to the study of this theme, which actually passed to be considered as a problem of public health. From the psychological assistance offered to users of psychoactive substances from a Psychosocial Attention Center of Porto Velho, the use of drugs appear with other functions besides of been a narcotic, revealing relationships that the individual develop with the object/drug, fountain of enjoyment and agent of its constituent lack.

**Keywords:** drug addiction; psychoanalysis; symptom; enjoyment.

## 1. INTRODUÇÃO: JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

*Doutor, como posso parar de usar droga  
... Se ela é que junta meus pedaços, que me estrutura.  
Se fico um dia sem usar eu não sou eu.  
Não sou como esses viciados por aí,  
eu não fico na fissura catando trocados  
para usar mais e mais, até tudo virar fumaça.  
Eu uso para ficar em paz. (Ezequiel, 24 anos).*

No Brasil, na década de 1980, houve um intenso movimento de discussões sobre os direitos humanos, que repercutiram na elaboração da Constituição de 1988, denominada também de *Constituição Cidadã*, cujo texto de lei instituiu um novo paradigma para ordenação jurídica brasileira ao agregar valores sociais, dentre eles a saúde como um dos direitos fundamentais do homem. Posteriormente, tendo como um dos pontos de referência esse princípio constitucional, ocorreu a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo suas atribuições organizadas pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990.

Com o SUS as discussões sobre a questão da Saúde Mental, influenciada principalmente pelo movimento da reforma psiquiátrica (Amarante, 2001), passam a construir outros modelos de atenção, promovendo ações intersetoriais e trabalhos interdisciplinares, substitutos da lógica manicomial como única abordagem à doença e ao doente mental (Furtado, 2006).

A Luta Antimanicomial trouxe consigo a possibilidade da formulação da Política de Saúde, que passou a ser articulada no SUS, por meio dos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS, compreendidos como dispositivos vinculados a rede de serviços de saúde, encarregados de romper, de maneira gradativa e sistematizada com o modelo hospitalocêntrico.

Outro marco para a política de Saúde Mental brasileira é a Lei 10.216/ 2002, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, entre eles os usuários de álcool e outras drogas, objetivando a consolidação de um modelo de

atenção aberto, extra-hospitalar, promovendo a criação de uma rede assistencial, que insira os usuários nas comunidades.

A partir da lógica de atendimento integral da rede de Saúde Mental é criado o Programa de Atenção Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, no âmbito do SUS, tendo como principais componentes de assistência para o enfrentamento do fenômeno da toxicomania: a atenção básica; a atenção nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS ad; ambulatórios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social, complementar a rede de serviços colocados à disposição pelo SUS.

Esses investimentos na rede de atenção a usuários de drogas se devem a indicadores epidemiológicos que apontam para um número expressivo de usuários de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas nas últimas décadas, principalmente, usuários de crack. Estudos promovidos pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com outros centros de pesquisa, através, do I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001), realizado nas 107 maiores cidades do país, com um público de idade entre 12 e 65 anos de ambos os sexos, indicaram que 68,7% delas já haviam utilizado álcool em algum momento da vida, estimando ainda que 11,2% da população brasileira apresentava dependência dessa substância, correspondendo a 5.283.000 pessoas (Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R. & Nappo, S. A., 2002).

No II Levantamento realizado em 2005 os dados apontaram que 12,3% das pessoas com idade entre 12 e 65 anos das 108 maiores cidades brasileiras eram dependentes de álcool (Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R. & Nappo, S. A., 2006). Desses dados ainda foi destacado que aproximadamente 7% dos entrevistados relataram terem consumido álcool, 50% no último ano e 38% no último mês. Desse público pesquisado em 2005, 22,8% tinham feito uso de drogas em algum período da vida, exceto tabaco e álcool, representando 10.746.991 pessoas. Em 2001, no I Levantamento, os dados representaram 19,4% e 9.109.000 pessoas.

Com relação aos medicamentos usados sem receituário médico, houve destaque dos benzodiazepínicos (ansiolíticos), cuja prevalência de uso em algum momento da vida foi de 5,6%, com aumento de 2,3 quando comparado a 2001. No tocante ao uso de crack, o seu uso no Brasil foi detectado por redutores de danos que trabalhavam com

usuários de drogas injetáveis no início da década de 90. Contudo, ao se comparar a distribuição do uso de vários tipos de drogas pelas parcelas da população, analisada como um todo, o consumo de crack não possui expressividade no quesito quantitativo, mas em parcelas específicas seu consumo está cada vez maior, com destaque para os homens na faixa etária de 25 a 34 anos, de acordo com o II Levantamento.

Diante do fenômeno da toxicomania o Ministério da Saúde conferiu ao CAPS ad o papel de organizar e articular a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, ao oferecer por meio desse dispositivo institucional serviço ambulatorial e de hospital-dia, com trabalho interdisciplinar e integral.

A implementação de políticas e a criação de dispositivos institucionais, que oferecem modalidades de tratamento as pessoas em situação de drogadição, porém, não encerraram as problemáticas oriundas do fenômeno da toxicomania. Outras áreas do conhecimento como a psiquiatria, a psicofarmacologia, a psicologia e a psicanálise, também vêm se mobilizando na tentativa de se posicionar frente a essa demanda.

A psicanálise, não obstante, enquanto constructo teórico-prático vê a possibilidade de convidar no discurso do dependente químico o sujeito inconsciente para que se reconheça diante da sua posição subjetiva, do seu sintoma para além do tóxico, alternado entre o gozo e a falta. No entanto, antes de situarmos a temática como um desafio para a própria psicanálise, através das experiências da prática de atendimento psicológico em um CAPS ad<sup>1</sup>, é importante destacar que uso de drogas não é uma prática que teve sua gênese na contemporaneidade, remonta períodos quando os alucinógenos possuíam um lugar de destaque nas cerimônias de povos primitivos, funcionando como um arauto da felicidade e prosperidade para toda comunidade (Santiago, 2001).

Com o advento do período denominado modernidade, ou pós-modernidade, foi constituído uma nova cartografia do social, caracterizada pela fragmentação da subjetividade, que situa o “eu” em uma posição de destaque (Birman, 2005). Essa configuração, marcada pela busca incessante do prazer, encontrou no individualismo indiscriminado do final do século XX e início do século XXI caminhos para tentar

---

<sup>1</sup> Convém salientar que a referida instituição foi inaugurada em Porto Velho no dia 26 de novembro de 2009 e até setembro de 2014 foram cadastrados cerca de 4.000 pacientes. Atualmente, esse centro possui uma equipe técnica composta de médicos, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e enfermeiros, que, auxiliados por estagiários de variados campos de formação, prestam duas modalidades de atendimento: individual e em grupo. Esta última modalidade de atendimento é composta por grupo de familiares, pacientes e adolescentes.

apagar, ou repudiar qualquer ordem de mal-estar. As drogas surgem agora no contexto de uma sociedade de consumo apoiada pelo discurso da ciência, que por meio de seus objetos, principalmente os psicofármacos, carregados pela promessa de felicidade, apontam para um prazer que se dá de forma direta no próprio corpo (Santos & Costa-Rosa, 2007).

Concomitante a tal fenômeno há o usufruto cada vez maior de se medicalizar problemas corriqueiros ou de caráter existencial e, em função disso, observa-se de forma vinculada o aumento do consumo de drogas ilícitas como um recurso de acesso privilegiado a outro mundo, uma realidade paralela, desvinculada dos sofrimentos imbricados no cotidiano. “Instalou-se o silêncio metafórico no imaginário coletivo do Ocidente . . . pois o consumo de drogas em larga escala pelo bel prazer da busca da excitação, da procura do gozo em estado puro” (Birman, 1997, p. 14). Além disso, esse aumento exponencial do uso de drogas passou a ser explorada amplamente pelos veículos midiáticos como uma ferida narcísica na civilização moderna, alcançando o status de problema de saúde coletiva, que precisa ser combatida, tratada e medicamentalizada.

As diversas modalidades de consumo de drogas surgem como uma resposta a essas reorganizações subjetivas, alimentadas pela máxima do bem-estar pessoal, vendida pela cultura do hedonismo. Além disso, as próprias questões sócio-culturais e históricas de cada sociedade suscitam novos tipos de relações com o tóxico. Da automedicação ao uso de drogas pesadas, o consumo de substâncias psicoativas apresenta um universo complexo de relações entre o objeto/droga, o sujeito e a cultura, que colocam em xeque o conhecimento humano, desvelando as suas limitações.

A toxicomania entra em cena como um subproduto do discurso da ciência, que retira a palavra do sujeito ao reivindicar para si a posição de sujeito suposto saber. Esse diagnóstico encerra elementos do discurso médico-psiquiátrico, que desde a segunda metade do século XIX passou a considerar a toxicomania e o alcoolismo como nosografias clínicas específicas, onde há uma inclinação a comportamentos de caráter impulsivos e compulsivos (Santos & Costa-Rosa, 2007).

Mesmo após os movimentos em prol da Reforma Psiquiátrica, há ranços históricos e culturais do modelo e das práticas manicomiais nos dispositivos institucionais criados pelas políticas de atenção integral a usuários de substâncias

psicoativas. Nesses espaços o discurso médico ainda se faz presente como um saber que tem algo a dizer sobre o indivíduo considerado toxicômano, enquadrando-o e medicalizando-o, sem dirigir uma escuta ao queixoso no intuito de ir além de seu diagnóstico.

A psicanálise encontra dificuldades nesses espaços ao ser confrontada por profissionais que justificam sua impossibilidade, sob a alegação de que toxicômano não entra em transferência e que o seu tratamento deve seguir propostas de psicoterapias breves (Torossian, 2003). Com efeito, se a psicanálise não coaduna com o modelo higienista de cura, que preconiza a abstinência como um ideal terapêutico, qual seria sua posição diante do sujeito nominado enquanto toxicômano? Há em seu corpo teórico um tratamento específico para os casos de toxicomania? Seria o sintoma do sujeito o ato do consumo ou há algo que está para além do aparente? Em que direção caminharia a clínica nos casos de queixa de uso compulsivo de substâncias psicoativas?

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA**

### **2.1 SOBRE O SINTOMA E A TOXICOMANIA NA PSICANÁLISE**

No texto *Mal-Estar da Civilização* (de 1930), Freud aponta para uma cultura que controlava o indivíduo por meio da repressão à sexualidade e aos impulsos agressivos, resultando em impasses para o próprio sujeito na obtenção de prazer e de uma pretensa plenitude. Esse seria o preço pago pelo próprio processo civilizatório que esbarra, segundo o autor, nas exigências pulsionais, responsáveis por levar a humanidade a almejar a felicidade, buscando constantemente sensações de prazer e, ao mesmo ínterim, evitando a dor, o desprazer. A tensão relativa ao pulsional, inerente a condição humana, e as restrições impostas pela civilização, repercutem em um comprometimento da felicidade. Em relação à infelicidade considera que ela mais fácil de ser experimentada, destacando três direções que podem levar ao sofrimento: o próprio corpo, o mundo externo e o relacionamento com os outros homens. (Freud, 1996).

Essas vias de sofrimento impõem à humanidade uma condição de desamparo, que a impulsiona a inúmeras possibilidades de obtenção de prazer. Uma delas está imbricada ao uso de substâncias que proporcionam alterações no organismo, transitando entre o prazer e o desprazer. De tal forma, Freud considerou o uso de drogas como uma

tentativa de solução para o mal-estar, isto é, um modo de responder ao sofrimento e as agruras causadas pela civilização, sinalizando que até mesmo o próprio organismo pode produzir “substâncias capazes” de obliterar impulsos desagradáveis e/ou gerar bem estar. Percebeu ainda que os “veículos intoxicantes” possuíam um lugar de destaque tanto na economia libidinal de alguns indivíduos como em certos povos, na tentativa de rechaçar os infortúnios subjetivos, garantindo assim a suposta felicidade e completude desejadas.

O uso de substâncias psicoativas desde Freud, no entanto, impelido pelo discurso da ciência, tornou-se “. . . um novo produto tanto para o mercado de bens, como para o mercado do gozo” (Lemos, 2004, p. 52), incidindo sobre a subjetividade como uma nova sintomatologia oriunda da pós-modernidade, marcada pelo ato de consumo indiscriminado. Ávila (2010) afirma que o mal-estar atual está ligado ao “. . . imperativo do gozo capitalista e superegóico” (p. 214) Esta forma de gozo encontra a sua ativação pelo próprio superego, que se volta para o contrário da restrição, conforme destaca Lacan: “Aí eu aponto a reserva que implica o campo do direito-ao-gozo. O direito não é um dever. Nada força ninguém a gozar, senão o superego. O superego é o imperativo do gozo – Goza!” (Lacan, 1985, p. 10).

O superego lacaniano, nesse sentido, está localizado entre duas funções: a da sensação e a do recalque. Contudo, mesmo atuando no comando do gozo o superego apenas pode fazê-lo de um modo limitado, regulado. O capitalismo enquanto modelo de sistema econômico, por sua vez, alavanca uma supervalorização do individualismo, que de acordo com Ávila (2010), a partir de uma leitura lacaniana, sobrepõe o próprio indivíduo, incitando-o ao gozo, ao bem estar, porém ao mesmo tempo o limita, o controla, criando uma tensão entre as forças do gozo e da repressão. Surge assim uma cultura da objetualização regida pelo gozo circunscrito no próprio corpo, um corpo convidado constantemente ao gozo. A toxicomania nasce, nesse contexto, como uma resposta rápida, não simbolizada, puro ato, promovendo uma ponte direta entre o sujeito e o objeto, pois diante do imperativo “Goza!” apaga sua dimensão repressora.

O mal-estar subjetivo passa a ser entendido como algo insuportável, devendo ser prontamente debelado. O consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas cresceu exponencialmente como possibilidade para lidar com os eixos de sofrimento propostos por Freud (1996). A produção maciça de psicofármacos e a banalização de seu

consumo, antes restrito ao tratamento dos considerados transtornos mentais, surge como uma proposta para lidar com os sofrimentos humanos, acentuando paradoxalmente a presença dos tóxicos como objeto acessível no cotidiano da humanidade, reforçando e legitimando a idéia de que a felicidade está ao alcance das mãos e de que o sofrimento pode ser extinto (Santos & Costa-Rosa, 2007). Como exemplo, podemos citar o *prozac*, a pílula da felicidade, comercializada desde 1987 nos EUA e que em cinco anos mais da metade da população daquele país tinha consumido em algum momento (Amaral, 2006).

Gurfinkel (1995) analisa o fenômeno do uso e abuso de substâncias psicoativas pontuando a responsabilidade da medicina nesse processo ao resgatar a inserção das drogas à própria práxis médica por volta do século XIX e início do século XX. O uso médico de psicofármacos evoca para si um caráter de legitimidade e legalidade ao se valer da química como um instrumento terapêutico, porém o uso à margem desse campo de saber é compreendido como prejudicial à saúde, um abuso.

A toxicomania e o alcoolismo, agora fenômenos discutidos amplamente em variados âmbitos do saber, representantes de uma ameaça à civilização, fomentaram a criação de políticas públicas e outros dispositivos institucionais, oferecendo atendimentos aos usuários e familiares. Nesses espaços o atendimento, mesmo pretendendo seguir a política de redução de danos, ainda é ancorado em um modelo higienista que preconiza a abstinência durante o tratamento como uma condição *sine qua non* para a “cura”. Este último conceito é remanescente da medicina que vê na toxicomania uma doença marcada pelo sintoma do consumo.

Torossian (2003), no entanto, alerta para que não seja empreendida uma desvalorização das outras formas de tratamento oferecidas, tanto medicamentosas, religiosas, quanto aquelas que se intitulam terapêuticas, defendendo que deve haver aliada a essas modalidades de tratamento, uma escuta dirigida ao sujeito e não estritamente à química.

Santiago (2001) credita à psicanálise, na clínica da toxicomania, a localização do uso abusivo de drogas como um recurso proveniente de uma posição subjetiva do sujeito, que lhe proporciona uma forma de existir por meio da ação. A escuta da trama do inconsciente criaria condições para uma possível ressignificação do ato no corpo, consumado por meio da sentença “eu sou toxicômano”.



O tratamento usual que objetiva a cura do paciente, ao situar a droga enquanto um problema de ordem elementar torna-se uma das vias de sustentação da toxicomania como um sintoma artificial substituto às formas do sintoma neurótico (Santiago, 2001b). O sujeito vê-se emudecido como se não tivesse mais nada a dizer ou nomear sobre sua própria condição. O sintoma médico do consumo, do abuso, fala por si. Entretanto, a psicanálise situa o sintoma em outra dimensão, não do aparente, mas do simbólico.

Em contraste à acepção médica, que compreende o sintoma pela ordem do signo, ou seja, por meio do nexo causal representante da doença, o sintoma psicanalítico se refere a um conflito psíquico da ordem do significante, passível de ser decifrado (Bastos, 2009). As interfaces entre essas duas áreas do conhecimento, principalmente no que tange a abordagem do sujeito e dos seus sintomas, impõe-se como um desafio nas instituições que se destinam ao tratamento dos indivíduos que apresentam queixas com relação ao uso de drogas.

Outro nó constituído culturalmente, segundo Bastos (2009), são as denominações conferidas a esses pacientes: usuários, dependentes químicos, drogados, viciados e doentes. Essas intitulações acarretam em laços identificatórios, anulando o sujeito, que passa a não mais se apresentar pelo nome, mas como toxicômano, dependente e/ou usuário. Tais sentenças estão agregadas de discursos que limitam o campo de ação e atuação dos indivíduos que as internalizam, pois elas já pressupõem um saber prévio de quem eles são, como se comportam e até onde podem ir. No caso da identificação do uso da droga como causa de doença pode também ocorrer uma desresponsabilização dos sujeitos com os próprios atos e, além dessa pseudo-identidade, poder servir como uma máscara, encobrendo a estrutura, eclipsando ao mesmo tempo o sintoma, no caso das neuroses (Inem, 1998)

Em variados atendimentos realizados no CAPS ad de Porto Velho, tanto individual quanto em grupo, há falas de pacientes e familiares que vão ao encontro do discurso médico, onde os sujeitos ao mesmo instante que se vinculam ao discurso se situam em uma posição inferior ao objeto/droga, creditando ao tóxico suas dificuldades existenciais. É a droga, segundo o imaginário compartilhado, que esfacelam suas relações familiares, interpessoais e de trabalho e, além disso, é ela que impossibilita a adesão ao tratamento proposto pela instituição. “*Ela não me larga, mas também sou eu que vou atrás, que vou até a boca, que compro e que uso*”, foi uma fala de um paciente,

aqui denominado de João, que desde os treze anos usa maconha e há cinco anos está usando crack.

João, paciente de 34 anos, utilizava substâncias psicoativas desde a adolescência. Nos atendimentos a droga surgia como uma possibilidade de lidar com suas dificuldades, principalmente quando se sentia intimidado ou diminuído em seus *“atributos de homem”*. Sentia-se inferiorizado pelas mulheres de sua vida: filhas, irmãs, ex-esposa, amante e mãe. Atribuía suas *“decepções”*, termo utilizado frequentemente por ele, também ao seu pai, que segundo João, não soube se posicionar enquanto figura masculina. Dizia estar vivendo em função dos segundos de prazer que o crack lhe proporcionava e mesmo quando estava se desvencilhando do uso, sempre encontrava uma forma de sentir esse prazer mais uma vez. Referia-se à droga como se fosse uma entidade, um ser dotado de vontades e corporeidade. Na primeira sessão delegava à droga todas as suas misérias e infortúnios.

Ao longo dos atendimentos passou questionar se seus *“problemas”* eram decorrentes unicamente do uso contínuo das substâncias psicoativas: *“Ela me engana, me faz esquecer as decepções da minha vida e me faz pensar que não me falta nada”*. As considerações iniciais de João remetiam ao discurso cultural da toxicomania, o seu sintoma médico estava alinhavado ao longo período de consumo, porém havia mais coisas a dizer sobre sua própria vida, que estavam eclipsadas, mascaradas, não apenas pelos discursos que o atravessam, mas também por sua posição subjetiva. Conte (2002) diz que durante o tratamento há um período inicial em que o sujeito não consegue entrelaçar a *“necessidade”* da droga com sua história. *“O toxicômano se vê fragmentado, sem palavra própria, justamente porque é a droga que cumpre o objetivo de assegurar um enlaçamento entre o Real, Imaginário e o Simbólico”* (Conte, 2002, p. 31).

O uso da droga, além de amarrar artificialmente a estrutura do sujeito, traz consigo a promessa de encontro com o objeto perdido que também é alimentada pelo prazer proporcionado pelo efeito químico, como sinalizado na fala de João: *“Passo a semana inteira arquitetando como usarei nos finais de semana. Os cinco minutos de prazer é o único tempo em que me sinto completo, poderoso e feliz”*. Chaves (2006), sobre a questão da falta constitutiva do sujeito desejante, considera que *“. . . há um desejo que pressupõe o reconhecimento da falta, que o faz dirigir-se a um objeto que*

espera ser passível de ocupar esse lugar de fonte ou instrumento de satisfação/complementação” (p. 46), porém a escolha da droga como objeto que preenche a lacuna da falta não se sustenta, pois está marcada pelo narcisismo, isto é, só há a droga como possibilidade de completude.

A autora destaca a toxicomania como um mecanismo narcísico de lidar com a realidade, compreendendo a necessidade química como uma experiência que se dá no corpo que se interpõe ao gozo do Outro, protegendo o sujeito. “Isto ocorre porque há um real presente e o Outro, não garante que a palavra defenda o sujeito. Isso confirma a debilidade do Outro em ser referência, cuidar e orientar” (Chaves, 2006, p. 58). Para o toxicômano grave, segundo Chaves (2006), a única fonte de prazer/gozo se dá por meio da relação fusional com o objeto/droga, sendo essa a principal forma de preencher o vazio psíquico, proporcionando um sentimento de existência.

Essa relação que exclui o Outro também traz implicações para a clínica psicanalítica. Uma delas reside nas situações onde o sujeito que está nessa relação narcísica com a droga, apresenta dificuldades em colocar o analista no lugar daquele que supõe saber de algo. O analista, segundo Bittencourt (1993), se vê diante de impasses na clínica da toxicomania, principalmente no que tange nas formulações das demandas do analisando, que nem sempre é a de parar de usar drogas, mas sim de uma reconciliação com elas. Para o autor essa demanda implica em um estacionamento psíquico do analisando frente a sua relação com o tóxico, tal demanda, no entanto, não deve ser aceita formulada dessa forma. Porém, isso não significa deixar de receber o sujeito, porém sua demanda inicial não deve ser acolhida sem que se questionem os elementos inconscientes nele presentes.

Outro impasse para a clínica psicanalítica está no modo como o sujeito se situa perante o universo simbólico, ou seja, a partir de sua estrutura de personalidade haverá a preponderância de uma modalidade de gozo. “Para os indivíduos inseridos no universo simbólico, o uso da droga é uma tentativa de romper com o gozo fálico, apagar a questão do desejo do Outro, rechaçar a fantasia e gozar sem qualquer mediação” (Ávila, 2010, p. 217). A toxicomania se desvela com uma funcionalidade dentro de cada estrutura clínica, como uma mais gozar particular, mas é marcada pela busca de um gozo pleno, que denega o gozo fálico.

## 2.2 ALTERNÂNCIA ENTRE GOZO E FALTA NA TOXICOMANIA

A psicanálise caracteriza o gozo a partir da posição subjetiva do sujeito, sendo assim há várias modalidades de gozo. No entanto, iremos focar duas delas, que estão ligadas direta ou indiretamente, de acordo com Santos e Costa-Rosa (2007), ao sujeito toxicômano: o gozo do Outro e o gozo fálico. Segundo Lemos (2004, p. 53) “. . . o gozo do toxicômano se dá inseparável do próprio corpo. Não passa pelo corpo do Outro, o que o torna cínico. O cínico é aquele que goza a revelia do corpo do Outro”. Comentando Lacan, a autora ainda destaca que há uma distinção entre o prazer e o gozo, sendo este último uma tentativa de ultrapassar os limites do princípio do prazer. Destaca também que esse movimento está ligado à busca da coisa perdida que falta no lugar do Outro, uma busca incessante em direção ao gozo. Como a toxicomania está inscrita como ato no corpo, o sujeito se vê limitado a utilizar a linguagem para nomear e significar o impulso do uso, ficando assim preso a essa dinâmica. (Santos & Costa-Rosa, 2007).

O gozo do Outro está fora da mediação simbólica. “Esse modo de gozo é vivenciado como um acontecimento que suprime a palavra e retira a possibilidade de simbolização daquilo que é experimentado como falta” (Santos & Costa-Rosa, 2007, p. 489). O corpo desse modo se apresenta como a única mediação possível para se gozar. O objeto/droga, substituto da palavra, alimenta a experiência do gozo no corpo como a única via possível, suprimindo as outras modalidades de gozo.

Santiago (2001*b*), ao citar uma frase célebre de Lacan “um corpo é alguma coisa que é feita para gozar, gozar de si mesma”, trás as contribuições desse autor francês para a concepção de uma ética do gozo do corpo. O gozo que é experimentado no corpo é auto-erótico, narcísico, autista. O gozo do corpo do Outro, é o gozo do próprio corpo. Nele são explorados todos os bens que o sujeito pode auferir.

O excerto de uma das falas de outro paciente, Ezequiel, que foi utilizada como epígrafe neste trabalho, representa a dimensão do gozar no corpo quando ele diz que se sente em paz ao usar o objeto/droga, como se fosse algo que amarrasse sua estrutura. Trata-se de um rapaz de 23 anos, usuário de substâncias psicoativas desde 14 anos. Recorria aos atendimentos do CAPS ad principalmente em suas recaídas e foi assim que agendou vários atendimentos psicológicos. Mostrava-se conhecedor das propriedades e reações que a droga causava em seu organismo. Considerava a droga como sua aliada,

como a responsável pela sua saúde mental. Além disso, queria ser internado em um centro de tratamento e “encostado” pelo INSS por ser “dependente químico”.

Tratar o corpo como objeto, coloca o sujeito em uma posição de terceiro, que em uma aliança perversa com o supereu condena o corpo ao imperativo do gozo. Todavia, a droga também pode possuir uma função psíquica, a de organizar a subjetividade, “. . . permitindo uma certa unicidade, uma certa estabilidade, sempre prestes a se dissolver. Assim, por paradoxal que pareçam estas palavras, a droga é capaz de apaziguar, dar descanso” (Cruz, 2003, p. 28).

Essa função de organização, de alívio e que enseja um modo de existir é trazido pelo paciente Ezequiel na relação que estabelece com as drogas: *“Toda vez que estou nas últimas vou para o pronto socorro e lá tomo uns dois soros e fico legal. Eu sei que tô me acabando, mas essa é a vida que vivo”*, afirmou. O paciente em questão dá a entender que está ciente dos limites sinalizados pelo seu corpo quando diz *“eu sei que tô me acabando”*, porém não renuncia ao objeto/droga, mas sim aparentemente aceita e/ou se conforma com a relação que estabelece com ele, como se estivesse testando suas próprias limitações.

Ávila (2010) compreende o ato toxicômano como uma tentativa de recriar um corpo pleno, não recortado pelo significante. Esse gozo auto-erótico também aponta, ambivalentemente, para a pulsão de morte, para autodestruição do corpo por meio de um gozo mortífero. A toxicomania seria um abrigo contra a castração e seu sintoma, uma tentativa de retorno à experiência mítica do gozo primevo. Ezequiel, mesmo sabendo que pode morrer em um dos atos de consumo (vivenciou situações de duas overdoses) não se desprende da busca do gozo que amarra suas partes.

O gozo do corpo do Outro na toxicomania, porém, recusa outra modalidade de gozo: o gozo fálico, que corresponderia a energia dissipada durante a descarga parcial, tendo como efeito um alívio relativo, um alívio incompleto da tensão inconsciente. Essa categoria de gozo é chamada fálica porque o limite que abre e fecha o acesso à descarga é o falo; Freud diria o recalçamento. De fato, o falo funciona, como uma comporta que regula a parcela de gozo que sai (descarga) e a que permanece dentro do sistema inconsciente (excesso residual) . . . a essência da função fálica consiste em abrir e fechar o acesso do gozo ao exterior (Nasio, 1993, p. 27). Está ligado à ordem da linguagem, da mediação do simbólico, associa-se aos ideais socioculturais, bem como se manifesta “. .

. nas formações inconscientes do sujeito: chistes, lapsos, sintomas, esquecimentos, sonhos” (Santos & Costa Rosa, 2007, p. 489). Lemos (2004) compreende o sujeito toxicômano como alguém que não se submete ao gozo universalizado da civilização. A mediação fálica não possibilita a ele uma relação direta com o gozo. O relacionamento com o objeto/droga representa o enlaçamento com o Um, um gozo absoluto, que exclui o Outro.

Com relação ao gozo fálico, representado também pelo trabalho enquanto um elemento culturalmente valorizado, alguns pacientes do CAPS ad de Porto Velho apresentam dificuldades em manter vínculos dessa ordem. A fissura, a abstinência, a debilidade física e psicológica, relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, são elencadas por eles como os principais motivos para o afastamento das atividades laborais. Não raramente, acompanhadas dessas queixas, são realizadas solicitações de laudos para pleitear o benefício do INSS, em virtude do suposto quadro clínico de dependência química. Além da busca desse “benefício”, outras vias surgem para amparar os indivíduos que estão em tratamento, como o atestado médico e o uso de medicamentos, que em alguns casos se dá de forma indiscriminada.

Aparentemente essas possibilidades não são nocivas e fazem parte dos direitos dos pacientes. Contudo, até que ponto esses “auxílios” contribuem para que o indivíduo, considerado dependente químico, torne-se sujeito? Não estaria ele se alimentando do discurso médico e gozando na posição de doente?

*“Doutor, tem como me você me ver um atestado de uma semana. É que eu não trabalho desde segunda”* (Ezequiel). Solicitou, então, um atestado comprovando que ficaria em tratamento no decorrer da semana, porém tinha comparecido ao CAPS em um único dia. Quando interpelado o porquê do pedido do atestado, pois não havia trazido ao atendimento qualquer mal-estar que comprometesse o seu trabalho, enquanto estoquista, respondeu que *“não estava afim”*.

Com essas problematizações não se pretende generalizar o comportamento dessa clientela ou criar um perfil de pacientes, porém a intenção é trazer para discussão que esses recursos possuem implicações não apenas nas questões administrativas, mas também envolvem a dinâmica psíquica do requerente. Cruz (2003) pontua a importância de se refletir sobre a posição que os profissionais tomam diante dessas demandas para que não se caia em uma lógica que componha o gozo, “. . . seja buscando uma cura que

se localizaria na abstinência, seja ‘compreendendo’ aquele que usa droga” (p. 27). O autor questiona que condições teríamos para julgar o gozo.

O sujeito toxicômano foge as determinações dos ideais sociais fálicos, não reconhece limites, pois seu gozo está circunscrito no corpo, apenas a morte aparentemente pode barrá-lo (Lemos, 2004). Esse encontro com a possibilidade da finitude da existência trouxe a Carlos outra palavra sobre o seu enlace com a droga: *“Doutor, ela me traiu. Como pode ter feito isso depois de 20 anos de relacionamento? Nunca mais, nunca mais doutor vou querer nada com ela”*. Era um paciente de 32 anos, filho único, usuário de cocaína desde os 14 anos, Carlos no decorrer da sua vida não conseguiu estabelecer relações duradouras, com exceção da cocaína, mostrando-se dependente dos pais tanto no aspecto financeiro quanto psicológico. A cocaína era compreendida pelo paciente como uma *“companheira de longa data”*. Todavia, essa relação foi *“rompida”* em virtude da *“traição dela”*, a cocaína.

Carlos chegou ao atendimento trazendo essa queixa, antes mesmo de qualquer cumprimento formal. Sua indignação residia na traição da cocaína. O tóxico surgia na fala do paciente de forma personificada, enquanto um ente querido, que cometeu um ato imperdoável. Após 20 anos de uso e de *“muita felicidade”*, Carlos passou por uma overdose, que quase resultou em sua morte, *“foi a pior coisa que aconteceu em minha vida, nunca pensei que ela faria isso comigo”*. Duas semanas após o acontecimento, procurou o CAPS ad para iniciar o tratamento. Ao término do primeiro atendimento psicológico fez uma ressalva: *“só vim aqui para formalizar que nunca mais irei usar algo que quase me matou”*.

Podem-se auferir muitas questões dos conteúdos expressos por esse paciente, porém o que se destaca em um primeiro momento é a duração do uso da cocaína e a forma com que ele foi cessado. Carlos, disse sempre ouvir, desde sua adolescência, o *“sermão da montanha”* dos pais, dos professores e de alguns conhecidos que sabiam de sua condição, mas nunca deu credibilidade aos discursos, pois segundo ele sabia quais eram os limites do seu corpo. Além disso, dosava cuidadosamente a quantidade de droga que usava e sempre tomava os cuidados necessários. No entanto, quando foi *“pego de surpresa”*, disse que percebeu que era humano e podia morrer.

Não há como afirmar que com essa postura houve uma mudança de posição subjetiva desse sujeito em relação à droga objetalizada, mas a experiência de encontro

com um gozo mortífero evoca uma possibilidade de subjetivação, ressignificação de sua existência. Perceber que é humano é reconhecer a finitude, limitações e a impossibilidade de um gozo pleno. Carlos pode até não se curar dentro da acepção médica, deixando de usar a droga e de ser consumido por ela, porém há nesse “*nunca mais*”, uma possibilidade de transformar o destino do seu gozo.

### 3. CONCLUSÕES

O discurso da ciência atribui o signo da doença à toxicomania e o seu olhar está voltado principalmente para o corpo e para as suas interações químicas. Nesse corpo é medicamentalizado a dor de existir do paciente, acarretando na perda da expressividade da palavra do sujeito diante do diagnóstico, que o anuncia e o define. Há um emaranhado de relações que sobrepujam o ser falante e o recolocam em outras posições, que associadas aos fatores culturais, sociais e psicológicos, podem minimizar as possibilidades do indivíduo, compreendido como dependente químico, de entrar em contato com suas questões pessoais.

A psicanálise, com efeito, não percebe a toxicomania como um fenômeno clínico que deva ser tratado como uma especialidade, mesmo considerando que ela acarreta algumas singularidades. “Em todos os casos a possibilidade de análise passa pelo esforço de desfazer a identificação bruta ‘eu sou toxicômano’. Em consequência, desde o ponto de vista da experiência analítica, tudo que reforce essa identificação está contra indicado” (Gianesi, 2005, p.132).

O analista deve estar atento para não se prender aos objetos que possam estar entre ele e seus analisandos, inclusive aqueles que se referem ao discurso da ciência (Gianesi, 2005). A demanda do corpo social e do próprio paciente não devem ser respondidas na clínica psicanalítica, mesmo sendo acolhida, mas devem situar-se como uma questão para o sujeito que a carrega, no intuito de que dentro do processo analítico possa ser decodificado o que está escondido no discurso emprestado.

É na relação transferencial, que ocorre no decorrer do processo analítico, em que os sintomas podem ser elaborados, simbolizados ou ainda podem encontrar outros destinos, que nem sempre vão ao encontro das expectativas dos familiares do paciente. A análise, o acompanhamento psicoterapêutico de orientação analítica, caminha, nessa perspectiva, no sentido de restituir a palavra que estava sob a égide da predominância



do agir, quando o corpo do sujeito toxicômano se vê divorciado da cadeia significativa, colocando-o desse modo em situações de constantes riscos (Bittencourt, 1993).

Os preceitos morais e a aproximação daquilo que é entendido por bem e prazer, destarte, não são *a priori* os anseios que estão na base do desejo do sujeito. Em Freud (1930) o mal-estar encontra sua fonte justamente nessa impossibilidade do ser humano de se adequar a felicidade, pois a cultura apresenta uma série de restrições, sacrifícios e renúncias. Essa é a crítica latente no questionamento de Ezequiel (“*Doutor, como posso parar de usar droga?*”) ao modelo de comportamento socialmente instituído. Como o sujeito pode submeter-se aos imperativos sociais sem com isso sofrer com suas próprias demandas pulsionais? Há nos laços sociais em que esses sujeitos estão inseridos promessas de prazer ou até mesmo de gozo equiparadas ou que se sobreponham as promessas de prazer e/ou gozo do tóxico?

O homem ao se tornar um ser cultural sai do mundo das coisas, de um estado de natureza, onde há o predomínio da onipotência infantil, do pulsional, para fazer parte de um mundo construído de palavras, que nominam sua existência, o interpela e o limita. O processo civilizatório é resultante da amalgama dessas palavras, que formam leis para normalizar os relacionamentos entre aqueles que fazem parte de uma determinada organização social. Todavia, a imposição de regras para a satisfação pulsional não significa que há um impedimento pleno de sua consumação (Bastos, 2009). A ruptura com os laços sociais abre precedentes para se tratar o Outro como um objeto a ser consumido e na toxicomania o gozo do Outro se dá no próprio corpo, demarcando a renúncia do gozo fálico, inerente ao cultural.

A complexidade e as problematizações da relação entre sujeito e objeto/droga também não se situam apenas na dimensão do terapêutico e do cotidiano dos pacientes, mas atravessam o imaginário social e os ideais civilizatórios. A sociedade reivindica políticas públicas, como a criação do CAPS ad e outros programas de tratamento, para se defender do perigo eminente que as drogas ilícitas representam, porém não abre mão de sua estreita ligação com o tóxico legalizado e difundido pela cultura midiática. De acordo com Vorcano (2004), a toxicomania deixou de ser uma discussão apenas no âmbito do sintoma enquanto uma vivência do sujeito. Passou a ser compreendida como um sintoma social, uma metáfora da dor de existir comum a todos que se constituem como sujeitos enlaçados pela linguagem. O sintoma individual encontraria no

imaginário social o seu alimento e a força propulsora para se reinventar. Essa relação entre o sintoma e o social desvela-se como uma possibilidade de lidar com o desamparo fundamental, um modo de viver um gozo que não reconhece a lei, ao mesmo tempo em que enseja novos desafios para compreensão dessa temática.

## BIBLIOGRAFIA

Amaral, J. G. D. (2006). *Os destinos da tristeza na contemporaneidade: uma discussão sobre depressão e melancolia* (Dissertação de mestrado). Disponível em [http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca\\_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=8580@1](http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=8580@1)

Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Ávila, M. T. (2010). *A perspectiva da psicanálise no futuro das toxicomanias*. Disponível em [https://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Psicanalise/A\\_perspectiva\\_da\\_psican%Elise\\_no\\_futuro\\_das\\_toxicomanias.pdf](https://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Psicanalise/A_perspectiva_da_psican%Elise_no_futuro_das_toxicomanias.pdf)

Bastos, A. D. A. (2009). *Considerações sobre a clínica psicanalítica na instituição pública destinada ao atendimento de usuários e/ou outras drogas* (Dissertação de mestrado). Disponível em [http://www.bdt.d.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1100](http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1100)

Birman, J. (1997) Introdução. In Baptista, M. & Inem, C. (Orgs.) *Toxicomanias: abordagem clínica*. Rio de Janeiro, RJ: Sete Letras.

Birman, J. (2005). O mal-estar na modernidade e a psicanálise: a psicanálise à prova do social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(0), 203-224. doi: 10.1590/S0103-73312005000300010

Bittencourt, L. (1993). A Clínica das Entrevistas Preliminares nas Toxicomanias: a desmontagem da demanda de tratamento. *Cadernos do Nepad*, 1(1), 12-18.

*Lei 10.216, de 6 de abril de 2001* (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República.

*A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (2003). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)

Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R. & Nappo, S. A. (2002). *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001*. São Paulo, SP: CEBRID/UNIFESP.

Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R. & Nappo, S. A. (2006). *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005*. São Paulo, SP: CEBRID/UNIFESP.

Conte, M. (2002). Necessidade, demanda, desejo: os tempos lógicos na direção do tratamento nas toxicomanias. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 11(24), 41-59.

Cruz, W. F. O. (2003). Intoxicação e exclusão social. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 11(24), 19-39.

Chaves, E. (2006). *Toxicomania e transferência* (Dissertação de mestrado). Disponível em [http://www.unicap.br/tede//tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=8](http://www.unicap.br/tede//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=8)

Freud, S. (1996). *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Furtado, J. P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 785-795. doi: 10.1590/S1413-81232006000300026

Inem, C. L. (1998). Eclipse do desejo. In Bentes, L & Gomes, R. F. (orgs) *O brilho da felicidade* (pp. 99-105). Rio de Janeiro, RJ: Contra Capa livraria.

Lacan, J. (1985). *O seminário, livro 20: Mais, ainda*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

Lemos, I. (2004). O gozo cínico do toxicômano. *Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da Unipac*, 2(3), 51-60. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272004000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272004000200005)

Gianesi, A P. L. (2005). A toxicomania e o sujeito da psicanálise. *Psychê (São Paulo)*, 9(15), 125-138. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382005000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000100010)

Gurfinkel, D. (1995). *A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Nasio, J-D. (1993). *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

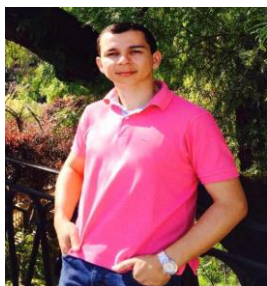
Santos, C. E. & Costa-Rosa, A. (2007). A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 24(4), 487-502. doi: 10.1590/S0103-166X2007000400008

Santiago, J. (2001). *A droga do toxicômano: uma parceria clínica na área da ciência*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

Santiago, J. (2001b). Lacan e a toxicomania: efeitos da ciência sobre o corpo. *Ágora (Rio de Janeiro)*, 4(1), 23-32. doi: 10.1590/S1516-14982001000100002

Torossian, S. D. (2003). De qual cura falamos? Relendo conceitos. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 1(26), 9-15. Disponível em [http://www.apboa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista26 -  
\\_de\\_qual\\_cura\\_falamos.pdf](http://www.apboa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista26_-_de_qual_cura_falamos.pdf)

Vorcano, A. (2004). Seria a toxicomania um sintoma social? *Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da Unipac*, 2(3), 61-73. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272004000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272004000200006)



<sup>1</sup> Mestre em Psicologia pela Universidade federal de Rondônia. Possui especialização em Psicologia Jurídica pela Faculdade Católica de Rondônia e é especialista em Psicologia Social pelo Conselho Federal de Psicologia. Atualmente é Professor de Psicologia das Faculdades Associadas de Ariquemes e das Faculdades Integradas Aparício Carvalho. Atua como coordenador do Serviço de Acolhimento Institucional no Centro de Referência Especializado de Assistência Social do município de Porto Velho/ RO. Desenvolve pesquisas nos seguintes temas: psicologia do desenvolvimento humano, psicologia jurídica, psicanálise e políticas públicas de assistência social. E-mail: [halandersonpereira@gmail.com](mailto:halandersonpereira@gmail.com)

<sup>2</sup> Pós-Doutorado em Psicanálise pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS - 2012). Doutorado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP/2005). Mestrado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP/2000). Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR/1995). Docente da Universidade Federal de Rondônia desde 1996, atuando nas áreas de Psicanálise (FREUD e LACAN); Psicoterapia de Orientação Psicanalítica como Supervisora se Estágio desde 2000. E-mail: [melissapsicologa2008@hotmail.com](mailto:melissapsicologa2008@hotmail.com)

