


**A ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO DE DROGAS NA INTERFACE ENTRE PSICANÁLISE E
REDUÇÃO DE DANOS: UMA POLÍTICA NÃO-TODA**

**ASSISTANCE TO DRUG USERS AT THE INTERFACE BETWEEN PSYCHOANALYSIS
AND HARM REDUCTION: A NOT-ALL POLICY**

**ASISTENCIA A USUARIOS DE DROGAS EN LA INTERFAZ ENTRE EL
PSICOANÁLISIS Y LA REDUCCIÓN DE DAÑOS: UNA POLÍTICA QUE NO ABARCA A
TODOS**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n11-382>

Data de submissão: 28/10/2025

Data de publicação: 28/11/2025

Renata Sales Martins¹

Doutoranda em Psicanálise

Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

E-mail: rsmartins.psi@gmail.com

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4866118695237925>

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-0091-0699>

Luciana Ribeiro Marques

Psicanalista

Instituição: Departamento de Psicanálise (DPSA), Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IP-UERJ), Serviço Identidade – Ambulatório de Transdiversidade e no Ambulatório de Obesidade Infantil do Complexo de Saúde da UERJ (HUPE e PPC),

Seção de Ensino, Pesquisa e Extensão do Serviço Identidade – Ambulatório de Transdiversidade (PPC-UERJ), Fórum do Campo Lacaniano (FCL-RJ)

E-mail: lucianamarques@icloud.com

Lattes: 3540771560141062

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4374-788X>

RESUMO

O presente artigo pretende analisar a política de assistência aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, articulando a ética da psicanálise e as estratégias de Redução de Danos (RD) para compreender os avanços e retrocessos das políticas públicas nas últimas décadas. Ao revisitar a história da Reforma Psiquiátrica e da constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), demonstra-se como a ascensão das Comunidades Terapêuticas (CTs) – marcadas por práticas moralizantes, religiosas e punitivas – representa um retorno ao modelo manicomial, com graves violações de direitos humanos, sustentadas por políticas proibicionistas com o financiamento do Estado. Em contraponto, a Redução de Danos, assim como a psicanálise, propõe uma abordagem não universalizante, orientada pelo caso a caso e pela implicação do sujeito em seu tratamento, considerando sua escolha pelo uso, pelo abuso ou pela abstinência. Dessa forma, o artigo defende que qualquer cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas deve orientar-se pelo compromisso com a escuta da singularidade, pelo respeito aos direitos humanos e pelo cuidado territorial e comunitário. Constituindo-se como uma política não-toda, essa perspectiva deve ser capaz de incluir os distintos modos de gozo na complexidade da relação de cada sujeito com as drogas e seus usos.

¹ Bolsista CAPES

Palavras-chave: Psicanálise. Usuários de Drogas. Redução de Danos. Comunidade Terapêutica.

ABSTRACT

This article aims to analyze the policy of assistance to users of alcohol and other drugs in Brazil, articulating the ethics of psychoanalysis and Harm Reduction (HR) strategies to understand the advances and setbacks of public policies in recent decades. By revisiting the history of the Psychiatric Reform and the constitution of the Psychosocial Care Network (RAPS), it demonstrates how the rise of Therapeutic Communities (TCs) – marked by moralizing, religious, and punitive practices – represents a return to the asylum model, with serious violations of human rights, sustained by prohibitionist policies with state funding. In contrast, Harm Reduction, like psychoanalysis, proposes a non-universalizing approach, oriented by the case-by-case basis and the subject's involvement in their treatment, considering their choice of use, abuse, or abstinence. Thus, the article argues that any care in mental health, alcohol, and other drugs should be guided by a commitment to listening to individuality, respect for human rights, and territorial and community-based care. Constituting itself as a not-all-encompassing policy, this perspective must be able to include the distinct modes of enjoyment in the complexity of each subject's relationship with drugs and their uses.

Keywords: Psychoanalysis. Drug Users. Harm Reduction. Therapeutic Community.

RESUMEN

Este artículo busca analizar la política de asistencia a usuarios de alcohol y otras drogas en Brasil, articulando la ética del psicoanálisis y las estrategias de Reducción de Daños (RD) para comprender los avances y retrocesos de las políticas públicas en las últimas décadas. Al revisar la historia de la Reforma Psiquiátrica y la constitución de la Red de Atención Psicosocial (RAPS), se demuestra cómo el auge de las Comunidades Terapéuticas (CT), marcadas por prácticas moralizantes, religiosas y punitivas, representa un retorno al modelo de asilo, con graves violaciones de derechos humanos, sustentadas por políticas prohibicionistas con financiación estatal. En contraste, la Reducción de Daños, al igual que el psicoanálisis, propone un enfoque no universalizador, orientado por el caso individual y la participación del sujeto en su tratamiento, considerando su elección de uso, abuso o abstinencia. Así, el artículo argumenta que cualquier atención en salud mental, alcohol y otras drogas debe guiarse por el compromiso de escuchar a la individualidad, el respeto a los derechos humanos y la atención territorial y comunitaria. Al constituirse como una política no integral, esta perspectiva debe ser capaz de incluir los distintos modos de disfrute en la complejidad de la relación de cada sujeto con las drogas y sus usos.

Palabras clave: Psicoanálisis. Usuarios de Drogas. Reducción de Daños. Comunidad Terapéutica.

1 INTRODUÇÃO

A existência de políticas públicas específicas sobre drogas é bastante recente no Brasil, coincidindo, quase em sua totalidade, com a própria história da nossa República. Por longos anos, as legislações foram direcionadas exclusivamente por modelos autoritários e higienistas, seguindo os padrões norte-americanos que orientaram as práticas da justiça e da segurança pública, bem como os métodos de tratamento em saúde. Baseadas em práticas bélicas – inspiradas na política norte-americana dos anos 1970 – e na abstinência, tais legislações e ações seguiam as diretrizes de tratados internacionais que, embora tenham sua importância, jamais consideraram as singularidades de cada país ou a complexidade exigida pelo tema.

Por esse caminho, a relação do Estado brasileiro com o comércio de drogas vem sendo estruturada com base em preceitos proibicionistas e morais, que sustentam uma guerra sem precedentes em determinados territórios, tendo uma parcela específica da população como alvo. Chamadas pelo Estado de “operações policiais” e tendo os territórios de favelas e periferias como palco dos confrontos, essa guerra vitimiza populações negras e pobres, tanto pela execução sumária de jovens recrutados pelo tráfico ou criminalizados pelo racismo quanto pelas “balas perdidas” que acertam os moradores e cerceiam seus direitos de ir e vir². No campo da saúde, o modelo asilar e biomédico impôs uma lógica que destinou pessoas a longas internações em hospitais psiquiátricos que por décadas funcionavam como depósitos de indivíduos segregados pela sociedade, como usuários de drogas, pessoas com transtornos mentais e, inclusive, presos políticos durante a ditadura militar (1964-1985).

Com a abertura política, a *Constituição de 1988* (BRASIL, 1998) e o estabelecimento do SUS (BRASIL, 1990), o Brasil constituiu um novo caminho a partir de bases democráticas que inspiraram diversos movimentos como a luta antimanicomial – fundamento da chamada Reforma Psiquiátrica³ –, no qual se inserem as políticas de assistência aos usuários de drogas. Assim, tornaram-se possíveis avanços na construção e execução de políticas que tratam o usuário na perspectiva da saúde pública, reconhecendo-o como sujeito e considerando as diferenças territoriais como norte de trabalho. Entretanto, recentemente, assistimos a um retrocesso significativo nesse campo, conduzindo novamente os usuários às longas internações em instituições asilares e de cunho religioso, conhecidas como Comunidades Terapêuticas (CTs).

² Dentre tantos exemplos, a mais recente e brutal delas deixou 122 mortos no Complexo da Penha, Zona Norte da capital carioca, no dia 28 de outubro de 2025.

³ Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), um conjunto de experiências distintas, em diversos países, trouxe em comum o questionamento do modelo asilar vigente, ficando conhecidas como Movimento da Reforma Psiquiátrica. Para um aprofundamento da questão, ver: AMARANTE, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.

Ao longo de muitos anos de trabalho clínico e institucional, a escuta de sujeitos usuários de drogas tem nos conduzido à insistência em uma aposta ética que caminha na contramão das propostas que prescrevem a abstinência, o isolamento e que acirram tensões guiadas pela utopia de um mundo sem drogas. Ao reduzirem sujeitos a objetos de políticas voltadas ao controle dos corpos, inúmeras práticas de violência vêm sendo instituídas por um Estado que segrega e mata, tanto nos territórios quanto nas CTs. Nossa aposta, orientada pela ética da psicanálise – ética do desejo e da falta-a-ser –, evidencia a impossibilidade de qualquer universalização no tratamento de sujeitos que, por diversos modos e motivos, fazem uso de drogas. Por primar pela escuta da singularidade e por considerar a perda de gozo como inerente, a política da psicanálise é sempre não-toda.

Diante disso, a partir de uma leitura psicanalítica, este artigo objetiva situar esses equipamentos na história das políticas para usuários de álcool e outras drogas no Brasil e, ao mesmo tempo, levantar algumas denúncias sobre a gravidade do *modus operandi* desses espaços, incluindo a banalização de inúmeras formas de violência. Para tanto, apresentaremos as políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas no país, com ênfase nos avanços e retrocessos observados nas últimas décadas, especialmente a partir da Reforma Psiquiátrica e da implementação dos dispositivos abertos e territoriais que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em seguida, analisaremos o fenômeno das Comunidades Terapêuticas (CTs), que representam um retorno ao modelo manicomial e, nesse sentido, uma espécie de antirreforma psiquiátrica. Ao discutir as tensões entre as políticas públicas de saúde mental e as práticas neoliberais, evidenciaremos a privatização do tratamento como um movimento que reatualiza práticas de violência e segregação. Essas duas primeiras partes do artigo têm como metodologia principal a revisão bibliográfica feita a partir de legislações e relatórios de órgão oficiais, como será descrito no corpo do texto.

Posteriormente, apresentaremos a política de Redução de Danos (RD) como alternativa à lógica proibicionista, uma vez que promove um cuidado pautado na singularidade e se configura como uma proposta ética possível, semelhante à aposta da psicanálise. Ao sustentar a ideia de uma política não-toda, representada pela RD, torna-se possível incluir o sujeito e seus modos de gozo, viabilizando modelos menos segregatórios e mais próximos da lógica do caso a caso, conforme será apontado nas duas últimas partes do texto. Para isso, faremos uso da bibliografia sobre RD, bem como das contribuições de teóricos que pensam o campo da saúde mental, álcool e outras drogas pela perspectiva da saúde pública e, especialmente, da psicanálise. Além disso, apresentaremos o relato de um dos trabalhos clínicos e institucionais nos quais estivemos inseridas, a fim de ilustrar o desenvolvimento teórico-clínico deste artigo.

2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL: ENTRE AVANÇOS E RETROCESSOS

A política de atenção e cuidado ao usuário de drogas no Brasil foi construída no embalo dos ganhos obtidos com a Reforma Psiquiátrica, consolidados na promulgação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001), após anos de lutas protagonizadas por usuários, familiares e trabalhadores. A principal conquista desse movimento consistiu na substituição dos hospitais psiquiátricos – modelo asilar e hospitalocêntrico, baseado exclusivamente no saber médico – pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, articulados em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) composta por diversos dispositivos, subvertiam o modelo anterior. No novo arranjo, o cuidado ao usuário se dá em equipamentos abertos, compreendidos como integrados ao espaço público, à comunidade e ao território.

Instituídos e regulamentados pela Portaria 336 (BRASIL, 2002), os CAPS foram organizados em modalidades que incluíam o CAPS ad: um equipamento destinado à atenção a usuários de álcool e outras drogas, a partir da perspectiva de uma política e de uma clínica baseadas nas estratégias de Redução de Danos (RD), instituída com a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003). Nascida na Europa, a RD é considerada uma alternativa ao modelo proibicionista, pois pressupõe a oferta de cuidado mesmo diante da escolha do sujeito em não interromper o uso. Em sua base, a construção de projetos terapêuticos com os usuários – e não para eles – visa uma abordagem centrada no sujeito e em sua escuta, integrando o saber sobre si e sobre o uso – prática que promove autonomia e autocuidado –, além do trabalho com a comunidade e com o território na prevenção do uso e dos riscos decorrentes dos abusos, conforme veremos adiante.

A inclusão de uma perspectiva na qual o usuário passou a ser reconhecido como sujeito – e não como objeto de seu tratamento – produziu efeitos que modificaram substancialmente a visão sobre essa população no próprio campo das políticas públicas de saúde mental, iniciadas nos últimos anos do governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e estendidas durante os governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010). No entanto, essa mudança não foi suficiente para alcançar outros campos que compõem a questão das políticas de drogas no país. Em relação ao álcool e ao tabaco – as duas drogas mais usadas no Brasil –, mudanças significativas foram implementadas, como as restrições à publicidade em determinados espaços, o aumento da cobrança de impostos destinados ao financiamento de tratamentos para seus efeitos e, no caso do tabaco, em especial, uma importante redução no consumo. Contudo, no que diz respeito às chamadas drogas ilícitas e às políticas de segurança pública, os avanços são escassos e bastante ambíguos.

Em 2010, o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas* (BRASIL, 2010) introduziu a proposta de integração das políticas públicas de assistência social, educação e segurança. No entanto, a palavra *crack*, destacada no título, sinalizou uma mudança do foco – antes centrado no álcool –, o que levou, um ano depois, ao lançamento do programa *Crack, é Possível Vencer* (BRASIL, 2011), época do governo Dilma Rousseff (2011-2016). Essa iniciativa do Ministério da Justiça, que propunha ações nos eixos de prevenção, cuidado e autoridade, foi recebida com estranhamento por especialistas e profissionais. Embora a mídia da época veiculasse reiteradamente imagens das chamadas *cracolândias*, associando usuários de crack ao aumento da criminalidade e destituindo-os de seu lugar de sujeitos ao representá-los como “zumbis”, os dados das pesquisas apontavam para outra realidade: álcool e tabaco – drogas lícitas – continuavam a constituir um grave problema de saúde pública no Brasil, muito mais expressivo que qualquer outro. Somada a essa distorção, o país se preparava para receber dois importantes eventos internacionais – a Copa do Mundo (2014) e os Jogos Olímpicos (2016) –, o que levou diversas cidades a adotar ações de cunho higienista, como as internações compulsórias desses usuários em clínicas públicas, privadas e em abrigos vinculados às políticas de assistência social.

Nesse esteio, em 2015, as Comunidades Terapêuticas (CTs) foram regulamentadas como entidades aptas a realizar o acolhimento de usuários de drogas e, um ano depois, cadastradas para receber recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) através de duas portarias: a Resolução nº 01 do CONAD (BRASIL, 2015) e a Portaria nº 1.482, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). Embora as duas portarias configurem um marco regulatório para as CTs, é fundamental entendermos que, ao passarem de um dispositivo reconhecido e regulado pelo Estado para um dispositivo financiado por ele, as CTs passaram a integrar o SUS, o que nos parece muito mais grave.

Assim, os avanços na destruição das políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas, com base nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, foram ganhando espaço e aceleração após o golpe de 2016, com a inserção das políticas neoliberais do Governo Michel Temer (2016-2018). Com uma sequência de retrocessos nesse campo a partir de 2016, destacamos a Portaria nº 3.588/GM/MS (BRASIL, 2017a), a Resolução CIT/SUS nº 32 (BRASIL, 2017b) e a Resolução nº 01 (BRASIL, 2018). Nelas havia um retorno à centralização do hospital psiquiátrico, somado à integração das CTs à RAPS e à desconsideração das estratégias de RD nas políticas de assistência aos usuários de drogas, que passavam a ser reorientadas exclusivamente à abstinência.

Com o governo de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022) outros graves retrocessos foram instituídos diante de sua visão reacionária, somando-se a um cenário já bastante devastado. Além da extinção dos órgãos de controle social, como os Conselhos, ressaltamos a Nota Técnica nº 11

(BRASIL, 2019a) e a Lei 13.840 (BRASIL, 2019b) – conhecida como *Nova Lei de Drogas*⁴ –, que instituíram: 1. a compra de novos aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT)⁵; 2. a abertura de novos leitos e a ampliação do financiamento de hospitais psiquiátricos, incluindo a internação de crianças e adolescentes; 3. a abertura de leitos e novos credenciamentos de CTs; 4. a possibilidade de abatimento no imposto de renda para quem destinasse dinheiro a esses equipamentos; 5. a dissociação entre as políticas de saúde mental e as de álcool e drogas, deixando esta última a cargo do Ministério da Cidadania; 6. a transformação do CAPS ad em mero instrumento de encaminhamento de usuários para as CTs e 7. a internação involuntária de usuários sem autorização judicial, desde que formalizada por decisão médica.

Ainda durante o Governo Bolsonaro, o país – e o mundo – enfrentou a pior pandemia dos últimos tempos, a da COVID-19, culminando em mais de 700 mil mortos no Brasil diante da desastrosa condução por parte do governo federal. O desolador cenário de isolamento, quarentena, doenças e mortes, somado à descrença da população, agravou muitas questões de âmbito psicossocial: angústias, violências domésticas, abuso de substâncias psicoativas e outros adoecimentos, especialmente para alguns estratos sociais:

[...] alguns grupos sociais são mais suscetíveis em razão de suas condições socioeconômicas e da falta de políticas públicas adequadas, visibilizando os que estão “ao sul da quarentena”: mulheres, trabalhadoras e trabalhadores precários ou informais, moradoras e moradores de rua, de periferias pobres e de favelas, as/os internadas/os em campos de refugiados e prisões, idosas/os, deficientes físicos (SANTOS, 2020, p. 1)⁶.

Sem dúvidas, os mais atingidos pela pandemia foram os próprios usuários recorrentes do SUS e dos programas de proteção social. Embora ambos tenham se mostrado absolutamente necessários por sua capilaridade e alcance, também estiveram profundamente sobrecarregados, assim como os serviços de saúde mental – situações com as quais o país ainda lida anos depois do apaziguamento da pandemia, trazido pela ampla e, de algum modo, tardia vacinação.

Em 2022, com a nova eleição de Luiz Inácio Lula da Silva para seu terceiro mandato, houve uma promessa de mudança significativa na política de saúde mental desde o processo de transição

⁴ Juridicamente, a lei atualizaria a Lei de Drogas de 2006 – nº 11.343 – que estabeleceu o sistema de repressão e de políticas públicas voltadas ao uso, tráfico e produção de substâncias psicoativas no Brasil, distinguindo, pela primeira vez, usuário de traficante, embora sem qualquer menção a um quantitativo que objetivamente o estabeleça, deixando a cargo do policial que autua e do juiz que chancela a decisão de enviar o sujeito ao cárcere ou aos dispositivos de saúde para tratamento. Na prática, a *Nova lei* apenas reforçou estigmas e institui as CTs como locais prioritários para “tratamento” dos usuários.

⁵ As ECTs foram amplamente usadas como instrumentos símbolos das torturas amplamente realizadas em manicômios por todo o país antes da Reforma Psiquiátrica. Após a reorientação do modelo de assistência, o método ainda continuou sendo usado, porém, em último caso e a partir de muitas discussões nas equipes dos hospitais psiquiátricos que ainda funcionavam.

⁶ Nessa lista, acrescentaríamos as crianças e os adolescentes, em especial, os situados em estado de vulnerabilidade social.

governamental. De fato, quase três anos depois, observamos alguma retomada dos investimentos para o fortalecimento da RAPS, bem como a recomposição das políticas para álcool e drogas a partir da recriação do Departamento de Saúde Mental no Ministério da Saúde. No entanto, a questão das CTs ainda persiste, pois, também em 2023, foi criado um departamento de apoio a esses equipamentos no âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Diante disso, ampliamos, a seguir, a discussão sobre as CTs, seu campo e método de atuação.

3 AS NOVAS CTS PARA USUÁRIOS DE DROGAS E O VELHO MODELO MANICOMIAL

Segundo Amarante (1995), as primeiras CTs apareceram na Europa amparando-se nas mesmas críticas que sustentavam o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Em Birmingham, na Inglaterra, T. H. Main chamou de Comunidade Terapêutica um trabalho que desenvolveu no North Field Hospital, com os psicanalistas Wilfred Bion e Erich Fromm-Reichmann, para o tratamento de soldados acometidos por sofrimentos psíquicos após a Segunda Guerra. Porém, o termo teria sido consagrado por Maxwell Jones – psiquiatra sul-africano radicado no Reino Unido –, tendo os teóricos acima citados como base:

[...] o termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico e marcadas pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, objetivando a transformação da dinâmica institucional asilar (AMARANTE, 1995, p. 29).

Com a introdução dos grupos operativos, a proposta de Jones versava sobre a convocação dos pacientes ao lugar de sujeitos em seus tratamentos, estabelecendo, com todos os envolvidos – dos médicos aos trabalhadores de apoio –, a democratização dos acessos e das oportunidades institucionais como foco de trabalho (DE LEON, 2003). Posteriormente, surgiram nos EUA instituições nomeadas da mesma forma, mas distanciadas da proposta original, tanto pelo público-alvo – que passou a ser composto por usuários de drogas – quanto pela metodologia e pelas premissas de trabalho –, restritas ao modelo asilar e ao método dos Doze Passos. Popularizado pelos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos (A.A. e N.A.), esse método pauta-se pelo fortalecimento das identificações entre os integrantes dos grupos, nomeados de irmandades, que devem cumprir uma sequência de doze passos para o controle do que nomeiam, a partir do saber médico, dependência química.

Com a droga no centro da proposta, elevada à categoria de inimiga – o mesmo *modus operandi* preconizado pelas políticas de Guerra às Drogas americanas –, frases como “sou um dependente químico em recuperação”, “o alcoolismo é uma doença crônica, incurável”, “só por hoje”, “evite pessoas e lugares” e “preciso admitir que sou impotente diante da droga”, comumente ditas nas reuniões e fora delas, reforçam o caráter de colagem à doença e à fraqueza moral. Oscilando entre um

doente e um flagelo social, seus corpos são sempre tomados como objetos passíveis de intervenção por saberes como a medicina, a justiça, a segurança pública ou a religião.

Amarante (2007, p. 19) ressalta haver, nas práticas dos grupos de mútua ajuda, uma ênfase na “perda de controle da pessoa com relação à substância e a entrega a um ‘poder superior’”, o que evidencia uma prática de “confessar-se aos outros”. Esse mesmo apontamento é destacado por Fossi e Guareschi (2015, p. 94), ao situarem as práticas das CTs como confessionais, ao evidenciarem “a articulação entre a moral religiosa, as tecnologias de disciplina e a biopolítica” no tratamento de usuários de drogas. No Brasil, as CTs chegaram por volta da década de 1970 e se instituíram como modelo muito semelhante ao norte-americano, portanto, absolutamente distinto do europeu. A partir de um importante levantamento acerca das primeiras CTs no Brasil, Alberti e Bastos (2019) ressaltam que, das seis primeiras, apenas uma se diferenciava do projeto estadunidense, permanecendo as demais ancoradas no paradigma da moral religiosa que ainda as sustenta nos dias atuais.

Integrando a RAPS desde 2011, as CTs são definidas como “pontos de atenção da Rede Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório” (BRASIL, 2011), apesar de possuírem orientações absolutamente divergentes dos outros dispositivos da mesma rede. No site do Governo Federal, encontramos a seguinte definição para as CTs:

[...] entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam gratuitamente o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário (espontâneo). O período de acolhimento varia de 3 meses a 12 meses, conforme o projeto terapêutico da entidade. O principal instrumento utilizado nas Comunidades Terapêuticas durante o tratamento é a convivência entre os pares. As Comunidades Terapêuticas não integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e tampouco o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), mas são equipamentos da rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias psicoativas, de modo que referidas entidades integram o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, por força do Decreto nº 9.761/2019 e da Lei nº 13.840/2019 (BRASIL, 2025, n.p.).

Para demonstrar o modo como estão inseridas no Brasil, partiremos de três importantes relatórios: o *Perfil das Comunidades Terapêuticas no Brasil*, realizado em 2017 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e encomendado pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD); o *Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*, de 2018, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF); e o relatório *Financiamento Público de Comunidades Terapêuticas Brasileiras entre 2017 e 2020*, produzido pela Conectas Direitos Humanos e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.

Tendo o modelo asilar, com internações longas e pré-determinadas, nas CTs “a privação de liberdade é a regra que sustenta esse modelo de atenção” (CFP, MNPCT; MPF, 2018). Em todas as CTs vistoriadas pela *Inspeção Nacional*, foram encontrados muros, trancas, grades, vigilantes, retenção de documentos, cartões bancários e restrições a meios de comunicação. Sem o consentimento dos usuários, mais de 80% das internações são realizadas ou interrompidas por familiares (IPEA, 2017), destituindo-os de seus direitos mais fundamentais e, evidentemente, não os considerando sujeitos.

Os relatos de internações compulsórias – ou de internações inicialmente voluntárias convertidas em involuntárias por meio de práticas de dissuasão, retenção de documentos ou multas contratuais – são comuns e se somam a outras denúncias: contenções mecânicas ou químicas realizadas pelos próprios internos; internações de adolescentes para cumprimento de medidas socioeducativas sem qualquer integração ao sistema formal de ensino; e a prática de medicalização sem prescrição médica, chegando, inclusive, à participação de usuários na dispensação de medicamentos. As instalações, frequentemente localizadas em áreas de difícil acesso e afastadas de qualquer política pública, promovem o isolamento e a ruptura dos laços sociais, havendo diversos usuários – idosos, em especial – vivendo nas CTs, alguns sem qualquer questão relacionada ao uso de drogas, mas apenas em razão de sua condição de vulnerabilidade (CFP, MNPCT, PFDC/MPF, 2018).

A espiritualidade é descrita como vinculada diretamente a instituições religiosas, especialmente às evangélicas neopentecostais, fundamentando a “recuperação” dos internos na ordem divina e colocando a religiosidade como critério objetivo de acesso e permanência, em afronta ao Artigo 5º da *Constituição* (BRASIL, 1988). Além disso, os ritos religiosos são frequentemente utilizados como práticas de constrangimento, punição e tortura diante de desobediências às regras institucionais e/ou como formas de conversão, incluindo a chamada “cura gay”⁷ ⁸(CFP, MNPCT, PFDC/MPF, 2018).

O trabalho, outro de seus pilares, é nomeado como laborterapia – o uso do trabalho ou de algum ofício como forma de tratamento. No entanto, a observação evidencia que essa prática é utilizada sem qualquer finalidade de reinserção social ou de aprendizagem de um novo ofício. Ao contrário, os relatos apontam para seu uso forçado e sem remuneração, seja como método de punição, seja para

⁷ A cura gay foi uma terminologia que ficou conhecida após parlamentares tentarem aprovar no Congresso um projeto de lei que permitiria psicólogos praticarem terapias de reversão sexual, onde sujeitos com orientação sexual homossexual seriam convertidos à heterossexualidade.

⁸ Sobre isso, ver a matéria exibida no Fantástico – programa da Rede Globo – que mostrou a utilização do trabalho e dos mecanismos de tortura como punição aos internos, inclusive em CTs coordenadas por políticos brasileiros, como o Pastor e Sargento Isidório de Santana – deputado federal mais votado pelo Avante da Bahia, dono de uma CT –, que aparece com um facão na mão, nomeado como “psiquiatra”, proferindo aos internos vários xingamentos de cunho homofóbico: Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JTYFhdKG-yw>

favorecer coordenadores ou proprietários das instituições por meio da obtenção de lucros. A laborterapia, portanto, funciona como um véu que encobre a prática de exploração de mão de obra em condições precárias, obrigatórias e análogas à escravidão.

O último pilar, a disciplina, não está desconectado dos anteriores, pois diversas práticas disciplinares são usadas com suposto propósito pedagógico e/ou terapêutico, embora somente configurem-se como punição e/ou tortura: contenções mecânicas e/ou químicas; isolamento e confinamento por longos períodos; privação de sono; suspensão de alimentos; violência física e psicológica. As práticas relatadas ferem flagrantemente o art. 2º, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 10.216/2001; o art. 20, inciso IV, da Resolução RDC nº 29/2011 da Anvisa; e o Código Penal (BRASIL, 1940). Todas essas normas proíbem a utilização de castigos físicos, psicológicos ou morais por parte de instituições, mesmo para pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O financiamento das CTs costuma vir de instâncias federais, estaduais, municipais e de fontes privadas. Com base em dados dos Ministérios da Saúde e da Cidadania, entre 2019 e 2021 houve um aumento de cerca de 65% no financiamento destinado às CTs e, em contrapartida, os CAPS ad tiveram um crescimento de apenas 11% no mesmo período. Sob o ponto de vista do financiamento, as CTs podem ser consideradas equipamentos públicos; no entanto, uma política pública precisa estar pautada em regras institucionais, público-alvo e objetivos claramente delimitados, além da obediência aos princípios da transparência e da publicidade de suas ações e recursos, conforme determina a *Constituição* (BRASIL, 1988) e a *Lei de Responsabilidade Fiscal* (BRASIL, 2000). Ademais, a forma de organização das CTs no Brasil impede a construção de uma tipologia clara que as classifique como equipamentos de saúde ou de assistência, pois não estabelecem os critérios necessários para o enquadramento em nenhuma dessas áreas, favorecendo a dificuldade de fiscalização. Em sua imensa maioria, as CTs são instituições de caráter religioso e, portanto, considerá-las como instituições de saúde, no âmbito do SUS, é absolutamente grave, pois fere o princípio constitucional da laicidade.

Em todas as instituições visitadas pela *Inspecção Nacional* (CFP, MNPCT, PFDC/MPF, 2018) foram encontradas violações aos direitos humanos. A desregulamentação ou a frágil regulamentação de qualquer instituição cria oportunidades para atividades ilegais ou criminosas nesses espaços. Ao serem financiadas pelo poder público sem o devido critério legal, as CTs ficam em uma borda institucional: ao mesmo tempo em que recebem financiamento público, estão fora das regras fundamentais que constituem uma rede de promoção de direitos de assistência e saúde, justamente os maiores promotores de direitos do país. O poder público está financiando instituições privadas sem

articulação com os sistemas que têm sua rede capilarizada pelo país inteiro e obedecem a exigências extremamente rígidas.

Sabemos que internar pessoas com transtornos mentais e/ou usos de drogas sempre rendeu e ainda rende muito dinheiro até os dias de hoje no Brasil, mesmo às custas de muita violência. Diante do exposto aqui, somado ao fato de ainda termos em atividade mais de 2.000 CTs no país, parece-nos nítida a intenção mercadológica em jogo nessas instituições. É extremamente grave que sujeitos – independentemente de fazerem uso de drogas ou não – sejam expostos às condições relatadas nesses documentos para que algumas poucas pessoas lucrem e gozem delas de modos tão cruéis.

Em 2024, já no atual governo de Luis Inácio Lula da Silva, o Conselho Nacional de Assistência Social passou a não reconhecer as CTs como organizações de assistência social, exigindo sua desvinculação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Desse modo, as CTs não poderiam mais receber recursos provenientes do Fundo Nacional de Assistência Social. A partir disso, foi possível o cancelamento do Edital de Credenciamento 8/2023 (BRASIL, 2023) – principal instrumento de financiamento, que já contava com o credenciamento de 585 CTs – pela Portaria 1.104/2025 do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Essa decisão atende à reivindicação de diversos movimentos antimanicomiais e reforça a importância dos órgãos de fiscalização e controle social, como os Conselhos, e suas atuações junto a entidades e parlamentares, com vistas à garantia do cuidado em liberdade, comunitário e territorial, como preconiza a Constituição de 1988.

4 AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA APOSTA NA ÉTICA DO SUJEITO

Nascidas no contexto internacional, as estratégias de Redução de Danos (RD) estão difundidas, em diversos países, como parte da política de atenção aos usuários de drogas no âmbito da saúde. De modo mais abrangente e contínuo, reconhece-se o início da RD como política na década de 1980, na Holanda; contudo, algumas práticas anteriores já apresentavam seus princípios como aposta, mesmo sem ainda receberem uma conceituação formal.

Como psicanalistas, no entanto, parece fundamental lembrar que, nas biografias de Freud (JONES, 1953; GAY, 1989; ROUDINESCO, 2016), encontramos o conhecido e controverso episódio envolvendo a cocaína. Em 1884, ainda um jovem médico em Viena, Freud iniciou estudos sobre a substância, recém-isolada na época e considerada promissora para diversas aplicações médicas. Motivado pelo entusiasmo científico e pelo desejo de projeção acadêmica, Freud experimentou a droga em si mesmo e a prescreveu a Ernst von Fleischl-Marxow, fisiologista e seu ex-professor. Publicado no artigo *Über Coca*, Freud (1884/1962) defendeu seu uso para tratar fadiga, dores crônicas, depressão e, especialmente, como recurso de substituição da morfina.

Inicialmente, a cocaína permitiu a Fleischl reduzir o uso de morfina⁹, mas rapidamente levou a uma nova dependência, acompanhada de sintomas desencadeados pelo uso sistemático da substância, como paranoia e deteriorações físicas. Fleischl morreu em 1891 e o episódio gerou críticas à conduta de Freud, sendo posteriormente denominado “escândalo da cocaína”. Apesar dos desdobramentos negativos, os estudos de Freud contribuíram indiretamente para que Karl Koller, colega próximo, descobrisse o uso da cocaína como anestésico local em oftalmologia, posteriormente empregada também no tratamento de enxaquecas. Freud, ao longo da década de 1890, abandonou gradualmente o uso da droga e passou a evitar o tema em seus escritos posteriores.

Posteriormente, duas situações pontuais merecem destaque. A primeira, ocorrida na Inglaterra, diz respeito aos soldados egressos da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) que, após terem seus ferimentos tratados com morfina e outros opioides, tornaram-se dependentes dessas substâncias fornecidas pelo próprio Estado. Diante disso, um grupo de ex-combatentes reivindicou a continuidade do fornecimento, a fim de evitar os danos decorrentes de uma retirada abrupta ou da necessidade de recorrer ao mercado ilegal. Essa estratégia de cuidado foi formalizada pelo Relatório de Rolleston¹⁰ (GRÃ-BRETANHA, 1926), que reconheceu a possibilidade de mitigar danos e reduzir efeitos prejudiciais associados ao uso dessas substâncias (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010). A segunda situação refere-se ao surgimento da metadona¹¹, entre as décadas de 1930 e 1940, na Alemanha, proposta como estratégia de substituição da heroína¹².

Na década de 1980, a Junkiebond, uma associação holandesa de usuários e ex-usuários de drogas, diante da disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) através do compartilhamento de seringas contaminadas, exigiu do Estado políticas públicas que mitigassem os riscos de contaminações e mortes, sem que a interrupção do uso fosse uma imposição. Diante da preocupação – especialmente da transmissão de Hepatite B e AIDS –, o governo holandês implantou o primeiro Programa de Troca de Seringas (PTS).

Na década seguinte, as cidades de Santos (SP) e Salvador (BA) conseguiram implementar os primeiros PTS no Brasil, tendo como alvo principal a população que fazia uso de cocaína injetável e o

⁹ Droga analgésica – do grupo dos opioides – utilizada até os dias atuais para o alívio de dores intensas, agudas e crônicas, que possui grande potencial de dependência diante dos efeitos sedativos imediatos.

¹⁰ O *Relatório Rolleston* foi um conjunto de recomendações feitas por uma comissão presidida pelo ministro da Saúde do Reino Unido, Humphrey Rolleston, que autorizava os médicos britânicos a prescreverem ópio a dependentes em situação de risco.

¹¹ Droga analgésica – do grupo dos opioides –, de efeitos similares aos da heroína e da morfina, ainda usada nos dias de hoje em estratégias de RD como substituta dessas últimas por ter efeitos menos sedativos.

¹² Em seu livro *High Hitler: como o uso de drogas pelo Führer e pelos nazistas ditou o rumo do Terceiro Reich*, Ohler Norman (2017) relata haver achados jornalísticos narrando o surgimento da Metadona em estudos encomendados por Hitler, por conta do uso abusivo de drogas pelos soldados alemães e por seu próprio uso. Porém, cabe destacar que o regime nazista adotou uma postura bastante proibicionista, executando, em campos de concentração, muitos usuários de drogas.

controle da disseminação das ISTs. Esse cenário ganha um impulso fundamental quando, em 2003, as ações de RD deixam de ser apenas uma estratégia do programa de DST/AIDS e passam a servir de norte para a Política do Ministério da Saúde para Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas no âmbito do SUS. De acordo com Passos e Souza (2011, p. 154), podemos definir a RD como “uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas”.

O campo do SUS é a condição de existência da RD. Não há possibilidade de pensar uma estratégia como essa que não seja pela integralidade, gratuidade, capilaridade e na interseccionalidade das articulações do SUS com as demais políticas públicas de Estado. Contrário aos projetos neoliberais, o SUS, em sua perspectiva de universalidade como um direito básico, é oposto a um sistema que possa funcionar como um prestador de serviço que considere ser a saúde um acesso apenas para quem possa pagá-la, isto é, um produto de mercado.

Em *A Clínica Peripatética*, Lancetti (2012) descreve as estratégias de RD como capazes de propiciar um outro modo de apreensão dos usuários de drogas, na qual muitos sujeitos puderam ser inclusos e reconhecidos como habitantes da cidade de fato, mesmo que de maneiras distintas. A criação da figura do profissional redutor de danos, um agente de saúde que, frequentemente, possui relação estreita com o território, permitiu a oferta de atendimento aos locais mais segregados: os becos das favelas, as ruas onde habitam moradores, prostitutas, travestis, andarilhos – em sua maioria pretos e pobres –, ou seja, onde estão as cenas de uso, tanto de pessoas em grande vulnerabilidade social como daqueles que, por motivos diversos, não querem interromper o consumo. Por essa mesma lógica, os saberes que sustentam a RD não são de propriedades dos especialistas. Eles advêm, principalmente, dos usuários, ex-usuários, familiares e dos moradores dos territórios e dos locais de consumo.

Entre as diversas estratégias que a clínica da RD pressupõe, podemos citar as práticas de divulgação de informações sobre os danos e técnicas vinculados ao uso e encaminhamentos, como orientações sobre direitos, profilaxias, distribuições de insumos, terapias de substituições de drogas e assistência (BRASIL, 2005). Como estratégia prática e teórica orientada por uma ética do cuidado e por uma concepção da droga como parte da experiência humana, a RD tem como norte a diminuição dos riscos vinculados a essa realidade (TORRES; VIDAL, 2017). Dessa forma, o vínculo do usuário com a figura do redutor de danos é parte essencial do trabalho de construção ou reconstrução de um laço que permita o investimento do usuário de drogas no laço social, do qual, muitas vezes, está de forma precária ou apartado. Por isso, embora seja corriqueiro ouvirmos que a RD é um “incentivo ao uso” ou mera substituição de drogas, é fundamental destacar que ela pode pressupor a substituição, mas não se trata de um sinônimo de tratamento pelo objeto. O tratamento a partir da RD passa,

necessariamente, pela transferência com os profissionais e pelas decisões propostas e constantemente repensadas. Como destaca Laurent (2008, p. 15):

Existe também os tratamentos pelo objeto, por objetos de substituição. ‘Você é um dependente de heroína, vamos propor a Metadona ou Subutex. Esta substituição é menos mortal, lhe dá acesso a um objeto legal, a direitos, há um status social’. É um modo de reescrever o sujeito separado de todo um discurso, num laço social.

Portanto, se todas as definições dos objetivos, das metas e dos procedimentos não são impostas, mas discutidas, até a substituição é pensada na singularidade de cada caso, bem como a abstinência que pode ser uma meta, um fim ou mesmo seu início, jamais a única estratégia. Essa decisão cabe ao sujeito e pode ou não fazer parte do seu projeto terapêutico que, estabelecido no caso a caso, visa o autocuidado e a autonomia sobre o tratamento e o uso. O que está em jogo numa prática que, orientada pela clínica, se propõe redutora de danos, é justamente a implicação do sujeito e de sua responsabilidade e não a oferta de uma tutela que o fixa no lugar de objeto de intervenção.

A construção dos projetos singulares, realizada em parceria com os dispositivos da RAPS, revela-se essencial para a implementação das estratégias, pautando-se no tratamento do caso a caso. Nesse contexto, além de assegurar direitos, busca-se considerar o usuário como protagonista do próprio tratamento, aproximando-o, nesse ponto, da psicanálise. Não se trata, obviamente, de equiparar os dois campos, mas de pensar paralelos que estructurem as estratégias clínica e a política da RD – pela via do saber do sujeito sobre seu uso –, e a psicanálise a partir do saber inconsciente e da posição que a droga ocupa em sua economia libidinal. A articulação entre clínica e política é destacada desde Freud (1919 [1918]/2020) como o que possibilitou a escuta de sujeitos segregados, reafirmando o analista como fio condutor desse processo que, a partir de seu desejo, permite que a escuta psicanalítica se faça presente em qualquer dispositivo. Como aponta e defende Elia (2000, p. 28):

É possível, assim, fazer psicanálise em qualquer estrato social, em qualquer ambiente institucional. Desde que haja analista, de um lado, e sujeito dividido, de outro. O analista não deve confundir seus critérios com critérios sociais. Assim, o elitismo é aqui demonstrado como impossível numa postura psicanalítica.

Mesmo quando se trata de uma demanda que, inicialmente, se configura como um pedido de garantia de direito – frequente na atenção psicossocial –, o psicanalista deve operar com seu rigor clínico e ético. Até porque essa pode ser a única maneira pela qual essas pessoas podem nos endereçar alguma demanda, visto que a maior parte desses sujeitos ainda não chega aos consultórios privados. Advertido de sua função de escuta, no entanto, a aposta precisa ser guiada pela emergência de um sujeito, mesmo nas condições mais adversas. Se, com o uso de drogas, o que se pretende é o

apacamento do mal-estar, a aposta da psicanálise precisa ser a de construir novas possibilidades que apontem para um outro modo de tratar esse mal-estar: através da fala e incluindo a sua parcialização.

Por mais que, em seus discursos, possamos ouvi-los se contando a partir de um conjunto que os identifica e os pressupõe iguais – dependente químico, adicto, drogado, maconheiro, traficante –, o uso abusivo de drogas não define esses sujeitos (MARTINS, 2011). Quando nos propomos a escutar suas histórias na clínica – seja no campo público ou no privado –, percebemos a existência de um discurso inicial, promovendo uma certa colagem entre o sujeito que usa e o objeto-droga utilizado, como se ali ele submergisse. Assim, apresentam-se apenas por seus usos, por um modo de gozo, petrificados em significantes e vinculados a uma identificação a um nome que, por si só, não diz nada sobre o sujeito (ALBERTI, 2003). Por isso, é imprescindível convocá-los a falar dos usos, mas, sobretudo, de suas histórias que não se resumem à droga. Partindo do singular de cada caso, são os significantes que emergem na fala de cada sujeito que nos interessam:

O sujeito é, portanto, sempre suposto. Não o encontramos na realidade, mas o supomos. Ou melhor, somos forçados a supô-lo a partir do momento em que reconhecemos a incidência do significante na experiência humana, esse átomo de simbólico que, por não ter em si mesmo significação alguma, convoca, no ser vivo, quando ele é falante (ou seja, quando é habitado pelo simbólico), a resposta que se chama sujeito. Somos forçados a supor o sujeito quando reconhecemos o significante porque, na verdade, é o significante (e não nós) quem supõe o sujeito. O sujeito é, pois, uma suposição do significante, que se impõe a nós (ELIA, 2010, p. 70).

O sujeito é constituído por marcas significantes que serão postas em uma cadeia: “tudo o que é linguagem é obtido desta alteridade, e é por essa razão que o sujeito é sempre uma coisa evanescente, que corre sob uma cadeia de significantes” (LACAN, 1976, p. 206). Se não há relação do sujeito com o objeto-droga que não se dê pelo campo do simbólico, como psicanalistas, então, nosso trabalho em qualquer dispositivo precisa ser um convite à fala. Somente com o deslizamento da cadeia significante, proposto pela associação livre, as mazelas e encrencas do sujeito podem aparecer. De modo algum elas se resumem às drogas, mas, certamente, convergem para a sua relação com o Outro e para a angústia diante da castração.

A universalização presente nos grupos e nas instituições opera pela supressão das diferenças e da subjetividade, o que acaba por abrir espaço para a segregação. Alberti e Figueiredo (2006) salientam que talvez a maior lição da psicanálise em um campo público como o da saúde mental seja recuar diante do que cotidianamente se impõe como tentativa de compreensão, deixando cada sujeito, a seu tempo, concluir algo sobre si que traga uma marca singular de gozo. Por esse caminho, o exercício da psicanálise na instituição exige a presença de uma orientação comprometida com sua teoria, sua clínica

e sua ética particular, “no intuito de sublinhar sua especificidade na contribuição para a sustentação do paciente e usuário dos serviços como sujeito” (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006, p. 14).

Sendo assim, a ética da psicanálise jamais poderá ser regulada mediante uma norma, nem de acordo com as exigências de ideais dos profissionais ou da própria instituição. Por entender os sintomas como formações do inconsciente e não se pautar pela supressão imediata desses, a psicanálise acaba por operar na contramão do que pregam os mandatos institucionais. Como desafio, tem-se o furo das normas, fazendo prevalecer o caso a caso, a escuta do inconsciente, apontando a impossibilidade de dar conta de todas as questões, ou seja, da cura como um caminho à normalidade. Se pensarmos as ofertas de políticas públicas tendo como base o cessamento do mal-estar, elas sempre serão vistas como fracasso; por isso, a nossa aposta não só inclui o mal-estar como possibilidade, mas como inerente.

5 DO MAL-ESTAR NA CULTURA AO MAL-ESTAR NA POLÍTICA DE DROGAS

Durante dois anos, estivemos como docente e preceptora de estudantes de medicina da UFRJ – Campus Macaé – em um CAPS ad, onde ouvimos de muitos alunos que o trabalho naquele equipamento era “enxugar gelo”, “chover no molhado”, “sem eficácia”. O mal-estar dos futuros médicos surgia diante da presença de usuários na instituição sob efeito de drogas, relatando suas “recaídas”, faltando aos atendimentos, burlando medicações – não tomando-as ou excedendo o uso –, ou seja, não mantendo-se abstinentes. Diante de seus mandatos de cura do corpo orgânico – aprendidos nos oito períodos que antecederiam sua “passagem” pela cadeira de Saúde Mental –, era muito difícil introduzir um corte que pudesse levá-los a compreender que, para alguns sujeitos, buscar atendimento durante ou após o uso, ou oferecer-lhes uma pausa nesse uso com a escuta ou com o cuidado do corpo – mesmo que por algumas horas – representava a possibilidade de construir novos caminhos *a posteriori*. Além disso, como serviço “de portas abertas”, o CAPS também era um espaço de circulação não restrito apenas àqueles que interrompiam o uso de drogas. Ao contrário, orientados pela RD e, como psicanalistas, sabíamos que lidar com embriaguez, intoxicação, agitação, sonolência e outros efeitos estava incluído. Acolhê-los dessa forma era uma aposta... E isso não é pouca coisa.

Tendo contato com a saúde mental apenas ao final da graduação, traziam o estranhamento que, Paula, uma estudante pôde expressar:

A gente passa quase cinco anos só aprendendo a diagnosticar e tratar órgãos e, quando chegamos aqui, vocês dizem para a gente que tem que ouvir o sujeito? Eu estou tentando, isso mexeu comigo de muitas maneiras, mas muitos colegas não veem a menor utilidade nisso e eu os entendo.

Na época, havia uma discussão na Universidade sobre a possibilidade de antecipar o contato dos acadêmicos com a saúde mental mais precocemente, mas, para isso, era necessário que outros professores cedesses espaço, o que não aconteceu. Naquele momento, dos seis professores de saúde mental, havia duas psicanalistas e, no CAPS ad, outras duas. Portanto, a insistência em “escutar o sujeito” foi uma oferta que, a partir das suas próprias angústias, causou desejo em alguns estudantes. O curso de medicina é marcado pela presença de um saber que busca, de diversas maneiras, velar qualquer possibilidade de falta. Não por acaso, as angústias avassaladoras dos alunos eram quase sempre seguidas de inúmeras defesas diante das impossibilidades que a própria formação impõe. Nas palavras de Paula:

Eu fiz três anos de cursinho para entrar aqui, era um sonho, mas vi todo o meu ideal se desfazer rapidamente. A maior parte dos professores tem prazer em nos levar perto da desistência, e essa possibilidade fica como uma vozinha lá no fundo da minha cabeça. Eu busquei análise para me lembrar semanalmente do porquê estou aqui. Vi de perto que isso é insuportável para alguns.

No início daquele semestre, um colega de turma de Paula morreu ao se jogar do décimo andar da república de estudantes onde morava. Esse já era o terceiro caso desde que ela iniciou a faculdade. No entanto, Paula pôde apostar em seu desejo e, talvez por isso, também conseguisse enxergar na saúde mental e na RD uma aposta. Dessa mesma turma, outra estudante, após uma aula sobre a política de drogas e muitos questionamentos sobre sua “eficácia”, disse: “não entendo gastar dinheiro com quem não quer se tratar. Ou interna ou faz como disse o governador: ‘é só mirar na cabecinha e...’”. A aluna fazia referência a uma fala do ex-governador do estado do Rio, Wilson Witzel, em 2018¹³, sobre o modo como o a polícia deveria agir diante de qualquer sujeito que estivesse em situação de suspeição. Suas palavras incomodaram parte da população, mas foi aclamada por outra parcela significativa que traz em sua aposta a possibilidade da execução de pessoas a partir da premissa “bandido bom é bandido morto”. Esse *modus operandi* do Estado se afirma a partir de outra marca brasileira: a de que o “cidadão de bem” é o único que pode gozar do direito de circulação pela cidade. Os demais, incluindo os usuários de drogas, loucos, pretos e pobres, precisam ganhar destinos longe de suas vistas.

Diante de tais relatos, lembramos Foucault (1972/2004), em *História da loucura*, ao trazer que, no século XVIII, com o início do chamado capitalismo industrial, o trabalho passou a ter uma atribuição de valor que o elevava a patamares não vistos anteriormente. Por outro lado, a pobreza, que possuía certa valorização no discurso cristão, passou a ser depreciada. Dessa forma, a parcela da

¹³ Ver: BARREIRAS, G. Declarações e imagens marcantes de governo de Wilson Witzel. G1, Rio de Janeiro, 30 de abril de 2021. [www.g1.globo.com](https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/04/30/declaracoes-e-imagens-marcantes-de-governo-de-wilson-witzel.ghtml). Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/04/30/declaracoes-e-imagens-marcantes-de-governo-de-wilson-witzel.ghtml>.

população que não conseguia se adequar ao mundo do trabalho – os loucos, mendigos, prostitutas, portadores de doenças contagiosas, deficientes, delinquentes, entre outros – tornava-se alvo de medidas higienistas. O autor chama de “grande internamento” o período no qual a loucura, antes de ser objeto médico, foi tratada como um problema de ordem moral e social.

Já no século XIX, os novos parâmetros da ciência moderna e positivista exigiram que a medicina passasse por uma reformulação, estruturando métodos de conhecimento com base na experimentação, o que modificou o ensino da profissão com vistas a uniformizações. Nesse cenário, figuras como Philippe Pinel apareceram, sustentando uma psiquiatria que inaugura um campo de saber destinado a tratar a loucura como doença mental, objetivando a transformação da desrazão em objeto de normalização. Assim, tanto “o grande internamento” quanto essa ciência médica e positivista fazem parte de uma perspectiva de poder na qual submeter a diferença à norma é o seu mote, seja pela exclusão ou pela patologização.

Ao longo de seu trabalho, Foucault demonstrou um profundo interesse pelas relações entre poder e saber, aludindo ao exercício do poder como algo que só se faz possível mediante o uso do conhecimento como instrumento de justificativa. Ou seja, práticas autoritárias de segregação, monitoramento e controle dos corpos são legitimadas em nome de uma verdade única e construída. Assim, Foucault (1978, p. 3) desenvolveu o conceito de biopoder como “o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características fundamentais, vai poder entrar em uma política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder”. A produção de um saber-poder sobre a vida, portanto, a regula, produzindo discursos sobre aquilo que entendemos como saúde, doença, tratamentos e sexualidade.

Na atualidade, uma psiquiatria cada vez mais biologizante se afasta da prática clínica que inclui a escuta, o suporte dos sintomas e o manejo da angústia, em prol de uma aliança estreita entre a ciência e o capitalismo contemporâneo, ou melhor, da produção de uma ciência a serviço do capital. Com a produção massiva de objetos de consumo – *gadgets* – que visam tamponar qualquer falta, o capitalismo produz drogas e, posteriormente, diagnósticos para que as drogas possam ser consumidas ou para tornar sujeitos mais adequados e funcionais.

Retomando o texto freudiano de 1930 para estabelecer um diálogo entre o mal-estar e o chamado progresso civilizatório, Lacan (1967, inédito, p. 29-30), em *Pequeno discurso aos psiquiatras*, diz: “o progresso da civilização universal resultará não apenas em um certo mal-estar”, mas em uma “prática, que eles verão que se tornará cada vez mais difundida, que não mostrará imediatamente sua verdadeira face, mas que tem um nome que, transformado ou não, sempre

significará a mesma coisa: segregação”. Na sequência, alerta ao dizer que trinta ou cinquenta anos depois a história cobrará dos psiquiatras uma posição:

Meu Deus, os queridos psiquiatras, com efeito, nos dão um pequeno modelo do que poderia ter sido feito naquele momento como cogitação que poderia ter sido útil para nós, mas na verdade eles não o deram para nós, porque naquele momento eles dormiram, eles dormiram, por quê? Meu Deus, porque eles nunca viram com muita clareza do que se tratava em sua relação com a loucura depois de um certo período; eles não o viram, Deus sabe por que, dir-se-á, eles não o viram precisamente por que tinham os meios para vê-lo (LACAN, 1967, inédito, p. 30).

Lacan afirma, portanto, que, em vez de lidarem com os efeitos da segregação, os psiquiatras seguiam adormecidos, mesmo tendo à disposição os meios com os quais poderiam fazê-lo, ou seja, a psicanálise e sua ética. Ao contrário de fazer dela um instrumento, preferiram usá-la como meio de ascensão social. Mais de cinquenta anos depois, o que assistimos é a psiquiatria se embrenhando cada vez mais em sua biologização, tendo, nos manuais diagnósticos, sua principal ferramenta de atendimento, deixando a escuta de fora desse processo. Apresentam-se, assim, como o “padrão ouro” de uma ciência que, sem qualquer constrangimento, se une ao capital com a mesma intenção: docilizar corpos e tentar transformá-los em universais.

Ao se referir à relação dos psiquiatras com o louco, Lacan (1967, inédito) diz que outras barreiras foram colocadas no lugar de isolá-lo, não sendo mais necessário asilar o louco para torná-lo dócil. A psiquiatria, reencontrando seu propósito de equivaler-se a um quadro da medicina geral, entrou inteiramente no dinamismo farmacêutico, substituindo a experiência clínica com o louco por sua apreensão como objeto de estudo e de experimentação psicofarmacológica. Há muito tempo, a ciência já buscava a correção da falha que a loucura escancarava, tudo isso com a mesma intenção: universalizar e buscar o isolamento de um “sujeito puro” (LACAN, 1967/2003, p. 28).

Na *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*, Lacan (1967a/2003) faz nova referência a uma ampliação dos processos de segregação como consequência da universalização introduzida pela ciência, tomando os campos de concentração como base para sua discussão. Afirma, assim, que o que vimos emergir nesses locais:

Representou a reação de precursores em relação ao que irá se desenvolvendo como consequência do remanejamento dos grupos sociais pela ciência e, nominalmente, da universalização que ela ali introduz [...] Nosso futuro de mercados comuns encontrará seu equilíbrio numa ampliação cada vez mais dura dos processos de segregação (LACAN, 1967a/2003, p. 263).

As instituições totais, nomeadas por Goffman (1987) a partir dos manicômios, prisões e conventos, ganham novas faces no Brasil com as CTs, que unem, a um só tempo, o discurso moral, o religioso e o médico/psiquiátrico. Não podemos deixar de ressaltar que o grande público dessas instituições é composto por pessoas em vulnerabilidade social: pobres, moradores de rua, desempregados – população que, no Brasil, atravessa o recorte racial, herança dos séculos de escravidão, ou seja, de um regime que se fez às custas da dominação de uma população que até hoje vive seus efeitos. Assim, a população da qual mais se espera um enquadramento é também a mais suscetível aos abusos de drogas. Consequentemente, serão essas pessoas o alvo prioritário das políticas totalizantes, que servirão de mão de obra escrava nos grandes internamentos promovidos pelo Estado – em aliança com as igrejas e com a psiquiatria – nas CTs. Portanto, se podemos comparar as CTs aos campos de concentração – como têm apontado parte dos profissionais comprometidos com as políticas de saúde mental e alguns ativistas – por conta das dezenas de denúncias expostas anteriormente, não esqueçamos que nelas há muito de navio negreiro.

Em *Análise terminável e interminável*, ao falar dos ofícios de governar, educar e analisar, Freud (1937/2020, p. 249) nos disse que a eles “se pode dar antecipadamente por certo a insuficiência do resultado”. Dessa forma, os situa como impossíveis. Essa premissa guarda uma relação intrínseca com os primeiros desenvolvimentos da teoria das pulsões, quando afirmou a criança como perversa polimorfa. Estando sempre submetida à onipotência do princípio de prazer, há algo do pulsional impossível de se dominar, expresso na meta da pulsão, isto é, a satisfação. Se a pulsão é aquilo que move, impele o sujeito em uma direção, parece tarefa impossível convocá-la a uma ordem, a uma norma e a um bem-estar contínuo, isto é, educá-la. Além disso, se a satisfação é a meta da pulsão, seu alvo – o objeto –, como aprendemos com Lacan (1964/1998), é sempre um vazio, um cavo – representado pelo objeto *a* –, marcando a parcialidade, o desencontro e o seu retorno. O encontro impossível institui a compulsão à repetição, deixando um resto que, ao insistir, levou Freud ao conceito de pulsão de morte.

Em 1930, Freud apontou o mal-estar como um processo constante com o qual o sujeito terá que lidar ao longo da vida como parte da renúncia pulsional necessária para o estabelecimento do laço social. Com isso, Lacan introduziu o campo do gozo a partir do conceito de objeto *a*, e, avançando, pôde, em *O Seminário, livro 16: De um Outro ao outro* (1968-69/2006), trazer o discurso como uma posição que o sujeito ocupa na linguagem, situando-o para além da fala. Como forma de laço social, o discurso contém uma impossibilidade, por onde introduzirá, novamente, o objeto *a*, dessa vez como o mais-de-gozar: “uma função de renúncia ao gozo sob o efeito do discurso” (LACAN, 1968-69/2006, p. 19). O conceito de mais-de-gozar é trazido por Lacan como homólogo ao conceito de mais-valia,

isto é, feitos “do mesmo tecido, na medida em que se trata do recorte de tesoura do discurso” (LACAN, 1968-69/2006, p. 45).

O conceito de mais-valia é introduzido por Marx (1867/2008) como o trabalho alienado que o sujeito presta para o capitalista, ou seja, para quem detém, acumula o capital e paga uma pequena parte para quem o produz. Trata-se, de uma disparidade entre o salário pago ao proletário e o valor do trabalho que ele produz. A mais-valia, então, é o lucro do capitalista, o lucro concedido pelo trabalhador ao capitalista, o tempo a mais de trabalho do proletário que aumenta o capital de quem detém os meios de produção. Onde há o lucro como meta, há, necessariamente, a mais-valia como um operador, parte integrante da organização do sistema capitalista que visa a produção de um lucro que será reinvestido infinitamente, gerando o acúmulo do capital. Assim, algo da remuneração do proletário a ele sempre escapará e sua conta jamais poderá alcançar sua verdadeira contabilidade. Sem se dar conta, o proletário se torna a engrenagem que sustenta esse sistema que possui em sua base a exploração e a entrega do capital apenas para as mãos de quem não produz e não possui o saber sobre a produção.

No entanto, há também para o capitalista uma perda, pois ele não poderá ter a engrenagem de sua máquina funcionando sem a força de trabalho. Percepção que o próprio sistema busca encobrir, criando um discurso que coloca o capitalista como alguém que, ao movimentar a economia, permite a criação de postos de trabalho e, por consequência, garantem a subsistência do trabalhador. Quando, na verdade, isso só é possível porque uma massa de proletários foi criada e alienada de sua produção. A perda é inerente, porém, o sistema capitalista sustentada um discurso que busca velar esses furos.

A homologia apontada por Lacan (1968-69/2006) remonta à entrada do humano na linguagem, parcializando a satisfação pulsional e tendo como consequência o aparelhamento do gozo, ou seja, um sistema simbólico que organiza o gozo ao lhe impor uma barra. Quando a lei passa a organizar o gozo no laço social, ela acaba por delimitar o que pode ou não ser feito, demarcando os modos de gozo e produzindo, portanto, um desvio. É justamente dessa renúncia de parte do gozo que o mais-de-gozar se produz. Dito de outro modo, na ideia ilusória de que há algo a ser recuperado, o que se introduz para o sujeito é a perda. Se algo desse gozo é irrecuperável, também se torna impossível de ser contabilizado, apesar de suposto ao sujeito.

Os apontamentos freudianos de 1920 nos permitiram saber que o gozo é aquilo que escapa ao princípio de prazer, princípio que tem como premissa o retorno a um estado anterior de tensão reduzida ao nível mais baixo possível, homeostático. Há um excesso não tributável e atribuído ao Outro que faz a conta nunca fechar, restando ao sujeito ser infinitamente devedor e articulando uma relação entre o gozo e a repetição, já que ela “se funda em um retorno ao gozo” (LACAN, 1969-70/1992, p. 47). Para Lacan, foi a partir dessa relação que Freud se viu “de algum modo obrigado, pela própria estrutura do

discurso, a articular a pulsão de morte” (LACAN, 1969-70/1992, p. 47). Sendo assim, se a repetição se funda em um retorno ao gozo, em uma busca por representação, “[...] é daí que partimos para dar sentido a essa repetição inaugural, na medida em que ela é repetição que visa o gozo” (LACAN, 1969-70/1992, p. 47). Nessa engrenagem, observamos a tentativa de recuperação impossível do gozo perdido, um *a*-mais não passível de simbolização pela via da significação fálica. Nessa matemática do gozo, há um desajuste não reparável, como numa conta exata. Muito pelo contrário, nessa conta haverá sempre um resto, um excesso não simbolizado, que diz respeito ao real, como aponta Lacan (1968-69/2006, p. 30): “Em geral, isso se determina pela convergência para uma impossibilidade. É por isso que é real”.

Quando Freud, ao criar a psicanálise de modo absolutamente revolucionário, trouxe a sexualidade como pulsional, mostrou-nos que, se a renúncia a uma parte da satisfação é condição do laço social, estar no laço não será sem mal-estar, sem um resto que se precipita e com o qual o sujeito terá que lidar. Trata-se da própria castração que, ao trazer a angústia como efeito, faz com que alguns sujeitos recorram a paliativos como as drogas, que tamponam o mal-estar ao produzir efeitos sedativos, porém temporários. Diante disso, no percurso da escuta de sujeitos que fazem uso de drogas, nos parece fundamental o que pode oferecer a psicanálise ao incluir a falta – uma perda estrutural e estruturante. Se o objeto está perdido, “uma outra coisa surge no lugar do gozo, ou seja, o traço que o marca. Nada pode ser produzido aí sem que um objeto seja perdido” (LACAN, 1968-69/2006, p. 21).

Retornando à proposta da Redução de Danos, Feldman (2014) relata experiências de RD nas narcossalas¹⁴ instaladas em centros de tratamento localizados em pontos estratégicos em algumas cidades da Suíça. Nelas, são fornecidas aplicações de heroína sob cuidados de profissionais de saúde, presentes durante toda a “onda” da droga, em horários agendados e modos de aplicação com insumos seguros. Ao serem espaços partilhados com outros usuários e com a presença de uma equipe, esses equipamentos permitem certo ordenamento do uso ao inseri-lo no laço social e à oferta de drogas de melhor qualidade. No entanto, alguns usuários preferem o uso da heroína mais impura, comprada com traficantes e consumida nas ruas. A experiência relata que a ética da Redução de Danos inclui uma política que jamais será universalizante. Do mesmo modo, também não podemos inferir que a abstinência o seja, embora se proponha.

Em *Televisão*, Lacan (1974/2003, p. 508) nos ensina que a palavra é sempre um instrumento falho, já que “dizer toda a verdade é impossível, materialmente: faltam palavras”. A verdade, portanto,

¹⁴ Narcossalas ou salas de usos seguro são equipamentos de saúde e de RD onde sujeitos fazem uso de drogas assistidos por profissionais de saúde que lhes garantirão acessos aos insumos adequados, assistência caso necessitem, alimentação e segurança.

é sempre uma meia verdade; a outra metade é indizível. Esse impossível, presente na linguagem, na impossibilidade de se dizer por inteiro, é o real, “o que não cessa de não se escrever” (LACAN, 1972-73/2010, p. 55). Assim, qualquer política pública, qualquer oferta de tratamento, precisa ser considerada possível somente em alguma medida, ou seja, deve ser pensada a partir de um gozo não-todo. Lacan (1974/2003) ainda nos alerta para que não tratemos o Outro gozo, aquilo que é *heteros*, como subdesenvolvido, imputando-lhe um único modo de gozar. Com isso, nos lembra que ter o campo do gozo como ética é sustentar a castração como a forma de permitir que cada um responda, singularmente, à inexistência da relação sexual. Não há encontro perfeito e, com isso, a medida de cada um pode ser, por exemplo, a substituição de drogas, de modos de uso que parcializem um gozo até então mortífero. Para outros, a medida pode ser a abstinência. O fato é que não há uma única medida e que, além disso, não é possível impedir o sujeito de gozar de alguma maneira.

No contexto de profundas desigualdades sociais no Brasil, é inadmissível tratar o uso de drogas apenas com uma proposta de interrupção do uso obtida por meio de colagem ao significante que identifica um grupo, de castigos, trabalho forçado, orações e privação de liberdade. Ao retornarem de longas internações para seus territórios e suas mazelas, somadas à fácil disponibilidade de drogas, cria-se um cenário favorável à retomada dos usos. Portanto, a falta de uma avaliação mais abrangente, centralizando nas pessoas dispostas a abrir mão do consumo de drogas por completo como seu único critério de sucesso, torna problemático o alto investimento público nesse modelo. Dessa forma, esse discurso, como qualquer outro, contém um furo, embora velado por aqueles que o propõem. Não há soluções simples para problemas complexos. Nossa proposta insiste em um modelo que inclui uma gama de possibilidades pensadas caso a caso, levando em conta cada sujeito que faz das drogas um recurso paliativo ao seu mal-estar (FREUD, 1930/2020) e a conjuntura na qual está inserido.

Diante do exposto, afirmamos que a internação em instituições que violam direitos humanos, mesmo com aval médico, não pode ser confundida com tratamento. Ela deveria ocorrer apenas em situações específicas, de curta duração, decididas por equipe multidisciplinar e, se possível, com participação do paciente e familiares, priorizando dispositivos como CAPS ad III e IV e Hospitais Gerais, coadunando com a lógica antimanicomial. Essa é a lógica contida na Reforma Psiquiátrica e na Redução de Danos: uma aposta que caminha na direção de políticas que consideram o sujeito em sua dimensão de cuidado e escolha. Aliada à psicanálise, essa é uma aposta que convoca à fala e, por isso, esbarrará na perda, na insuficiência, na limitação, na parcialidade – mas também na reformulação e na mudança, mesmo que arduamente conseguida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 1913, com *Totem e Tabu*, Freud nos apresentou o mito da psicanálise por meio do assassinato do pai por uma irmandade que se viu excluída do acesso ao gozo. Além disso, indicou-nos a criação dos sistemas totêmicos como afirmação de uma solidariedade, com leis e mecanismos de proteção que impedem que se tome o outro como objeto de gozo – ou seja, que proíbem porque, antes, atestam e reconhecem o humano como um ser passível de matar outro humano. Se a tendência pulsional visa “tratar o outro como objeto a ser consumido: sexual e fatalmente” (QUINET, 2006, p. 17), a renúncia pulsional constitui a condição para a manutenção do pacto civilizatório. Portanto, repensar as leis e os aparatos que estamos dispostos a criar torna-se urgente.

O chamado das políticas públicas precisa se pautar em Eros, no convite à fala, naquilo que enlaça e relança o sujeito na vida. Nessa dinâmica de representações que se desencadeia, qualquer coisa pode advir como novidade, como saber não sabido, inconsciente, ainda que parcial, insuficiente e limitado, mas sem desconsiderar a insistência da pulsão de morte, a impossibilidade de educar, governar e analisar, aquilo que escapa ao saber significante e que, portanto, é não-todo. E, mais uma vez: isso não é pouco! Trata-se da defesa de ofertas de cuidado laicas, comunitárias e territoriais – que incluam o inconsciente como território –, que respeitem direitos constitucionais e promovam a integralidade das políticas públicas.

No que concerne às políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, já temos um caminho que aponta nessa direção. Precisamos retomá-lo com afinco, apostando nos ideais constitucionais e democráticos da Reforma Psiquiátrica em sua relação com a clínica e a política. Partindo de lutas sociais que incluíam usuários, familiares e trabalhadores, a escuta desses atores foi, durante muito tempo, o norte na construção dos dispositivos da atenção psicossocial. Com os retrocessos, vimos que eles se dão exatamente na medida em que se tenta, novamente, excluir os sujeitos desse processo, usando, para tal, discursos que os objetificam. Se a mudança interessa apenas ao proletário, como apontado desde Marx, cabe, novamente, aos mesmos atores a luta pela reorientação dessas políticas. Como Lacan já havia dito em 1967, aqui, a psicanálise tem muito a contribuir.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S. O sintoma e a Toxicomania. In: Stylus: revista de psicanálise, no 6. Rio de Janeiro: Associação Fóruns do Campo Lacaniano, 2003.
- ALBERTI, S.; INEM, C.L.; RANGEL, F.C. Fenômeno, estrutura, sintoma e clínica: a droga. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, Vol. 6, n. 3. São Paulo, jul./set. 2003.
- ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.
- ALBERTI, S. & BASTOS, A.D.A. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. In: Temas livre: Ciência & Saúde Coletiva, 2019.
- AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- AMARANTE, P. Saúde Mental e atenção psicossocial. 20ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BARREIRAS, G. Declarações e imagens marcantes de governo de Wilson Witzel. G1, Rio de Janeiro, 30 de abril de 2021. [www.g1.globo.com](https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/04/30/declaracoes-e-imagens-marcantes-de-governo-de-wilson-witzel.ghtml). Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/04/30/declaracoes-e-imagens-marcantes-de-governo-de-wilson-witzel.ghtml>. Acesso em: 22 nov. 2025.
- BASTOS, F.I., BERTONI, N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Ict/Fiocruz; 2014.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 5 maio 2000.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20saúde%20mental. Acesso em: 22 nov. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece normas e diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas – Brasília:

Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Dispõe sobre a atenção a usuários de álcool e outras drogas, no âmbito dos serviços de saúde. Diário Oficial da União:

Brasília, DF, 4 jul. 2005. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%201.028%2C%20DE%201%C2%BA,sejam%20reguladas%20por%20esta%20Portaria. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 23 ago. 2006. Disponível

em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 maio 2010. Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível

em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução CONAD nº 01, de 19 de agosto de 2015. Dispõe sobre o funcionamento das comunidades terapêuticas. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 19 ago. 2015.

Disponível em: https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. Institui diretrizes sobre o cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília, DF, 25 out. 2016. Disponível

em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução nº 01, de 9 de março de 2018. Dispõe sobre as comunidades terapêuticas acolhedoras. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 13 mar. 2018. Seção 1, p. 128. Disponível

em: http://www.lex.com.br/legis_27624178_RESOLUCAO_N_1_DE_9_DE_MARCO_DE_2018.aspx. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 11/2019. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 11 abr. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Brasília, DF, 5 jun. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113840.htm. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023. Dispõe sobre a estrutura regimental do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 jan. 2023. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11392.htm. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Portaria nº 1.104, de 5 de agosto de 2025. Declara a extinção do Edital de Credenciamento nº 08/2023. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Comunidades terapêuticas. Brasília, DF: Governo Federal, [2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/>. Acesso em: 22 nov. 2025.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS. Financiamento público de Comunidades Terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020. São Paulo: Conectas, 2022. Disponível em: <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA (MNPCT); MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF). Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Brasília, DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2018/06/Relatório-da-Inspeção-Nacional-em-Comunidades-Terapêuticas.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2025.

DE LEON, G. A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2003.

ELIA, L. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (org). Clínica e pesquisa em psicanálise. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ELIA, L. O conceito de sujeito. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.

FANTÁSTICO. Fantástico investiga comunidade terapêutica. Rio de Janeiro: TV Globo, 19 jun. 2022. 1 vídeo (23min02s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JTYFhdKG-yw>. Acesso em: 22 nov. 2025.

FOUCAULT, M. (1972). História da loucura. São Paulo. Editora Perspectiva. 2004.

FOUCAULT, M. (1978). Segurança, território, população. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOSSI, B.L.; GUARESCHI, N.M.F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. Estud. pesquis. psicol., Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.

FREUD, S. (1884). Über Coca. Madrid: Biblioteca Nueva, 1962.

FREUD, S. (1913). Tótem y tabú. In: Obras Completas, volumen XIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2020.

FREUD, S. (1919 [1918]). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. In: Obras Completas, volumen XVII. Buenos Aires: Amorrortu, 2020.

FREUD, S. (1920). Más allá del principio de placer. In: Obras Completas, volumen XVIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2020.

FREUD, S. (1930). El malestar en la cultura. In: Obras completas, volumen XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2020.

FREUD, S. (1937). Análisis terminable e interminable. In: Obras Completas: volumen XXIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2020.

GAY, P. Freud: uma vida para o nosso tempo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GRÃ-BRETANHA. Ministry of Health. Report of the Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction (Rolleston Report). London: His Majesty's Stationery Office, 1926.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1987.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Nota Técnica. Brasília, DF: IPEA, 2017.
Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8025/1/NT_Perfil_2017.pdf. Acesso em: 22 nov. 2025.

JONES, E. A vida e a obra de Sigmund Freud. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1953. 3 v.

LACAN, J. (1962-63). O Seminário, livro 10: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

LACAN, J. (1964). O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

LACAN, J. (1966). O lugar da psicanálise na medicina. In: *Opção Lacaniana*, n.32, p.11. São Paulo: dezembro de 2011.

LACAN, J. (1967). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista as Escola. In: *Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 17, 1996.

LACAN, J. Pequeno discurso aos psiquiatras. Discurso pronunciado no Hospital Saint Anne (1967/inédito).

LACAN, J. (1967-68). Alocução sobre as psicoses da criança (1968b). In: LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LACAN, J. (1968–69). O Seminário, livro: 16: de um Outro ao outro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

LACAN, J. (1969-70). O Seminário, Livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, J. (1972-73). O Seminário, Livro 20: mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, J. (1974). Televisão. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LACAN, J. (1975-76). *Journees d'Études des Cartels de L'école Freudienne: Seance de Cloture. Lettres de l'École Freudienne de Paris*.

LACAN, J. Da estrutura como intromistura de um pré-requisito de alteridade e um sujeito qualquer. In: MACKSEY, R.; DONATO, E. (org). *A controvérsia estruturalista*. São Paulo: Cultrix, 1976.

LANCETTI, A. *A clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2012.

LAURENT, E. Apuestas del congreso de 2008. El objeto a como pivote de la experiência analítica. In: SALAMONE, L.D.; NAPARSTEK, F.; LEVATO, M.; GALANTE, D. (org). *Lo inclasificable de las toxicomanías*. Buenos Aires. Grama Ediciones, 2008.

MARTINS, R. S. Considerações sobre a clínica das toxicomanias na neurose. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da UERJ. Rio de Janeiro 2011.

MARX, K. (1867). *O Capital*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

OHLER, N. *High Hitler: como o uso de drogas pelo Führer e pelos nazistas ditou o rumo do Terceiro Reich*. Tradução de Claudio Carina. Rio de Janeiro: Planeta, 2017.

PASSOS, E. H. & SOUZA, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.

QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

ROUDINESCO, É. *Sigmund Freud: na sua época e em nosso tempo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

SANTOS, B. S. A cruel pedagogia do vírus. Coimbra: Almedina, 2020.

SANTOS, V.E.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.V. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. Physis Ver. Saúde Coletiva. 2010; 20(3): 995-1015.

TORRES, M.; VIDAL, P. Redução de danos e psicanálise de orientação lacaniana nas intervenções de usuários de drogas. Revista eletrônica ECOS, 2018, v. 7, n.1.