

Paula Ávila de Oliveira

PSICANÁLISE E REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO SUJEITO  
TOXICÔMANO

Curso de Psicologia  
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
São Paulo  
2011

Paula Ávila de Oliveira

PSICANÁLISE E REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO SUJEITO  
TOXICÔMANO

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia, sob orientação do Prof. Hemir Barião.

Curso de Psicologia  
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
São Paulo  
2011

## **Agradecimentos**

Muitas pessoas contribuíram para a minha formação e, especialmente, para a realização desse trabalho. Agradeço a todos, em especial:

Ao Prof. Hemir Barição por ter me orientado e acreditado na possibilidade desse trabalho, mesmo quando eu mesma não acreditei que seria possível terminá-lo.

À minha supervisora de estágio e parecerista deste trabalho, Prof<sup>a</sup>. Maria Claudia T. Vieira, pela disponibilidade para pensar junto e construir conhecimento a partir do debate.

Aos amigos queridos que me ajudaram a encontrar as forças necessárias para continuar nessa jornada e que tanto vem investindo na minha formação, Myrna Coelho por sua dedicação comigo, Pedro Carneiro pelo cuidado e atenção e Fellipe Alves pelas longas conversas na madrugada visando aliviar minha ansiedade.

Aos amigos da PUC que me possibilitaram momentos de debate, reflexão, apoio e cuidado, Tomas Mendes, Camila Issa, Vinicius Costa, Vitoria Whately, Thais Siqueira, Marina De Angelis, Paula Cintra, Mariana Carioba e tantos outros.

Aos companheiros do coletivo de trabalho do Bar Saci que me ajudaram a olhar profundo e entender a loucura como possibilidade de estar no mundo de forma criativa e produtiva. Que comemoraram comigo cada conquista desse trabalho.

À minha irmã Júlia pelo apoio e companheirismo.

Aos meus pais, que tanto me incentivaram a cursar Psicologia, por terem me passado valores que carrego comigo em qualquer ocasião e pelo modo de educar na base do diálogo, permitindo que o tema das drogas não se tornasse um tabu. Pelo respeito as minhas escolhas, pelo afeto e cuidado dedicados a mim e pela luta diária para me criar com base em valores democráticos que possibilitaram que eu me tornasse uma cidadã crítica e capaz de refletir sobre as contradições cotidianas visando o respeito ao seu humano em sua totalidade.

PAULA ÁVILA DE OLIVEIRA: Psicanálise e Redução de Danos na Atenção à Saúde do Sujeito Toxicômano, 2011

Orientador: Hemir Barição

## Resumo

Essa pesquisa tem como objetivo entender como a Psicanálise pode oferecer subsídios para defender a redução de danos como estratégia de atenção à saúde do sujeito toxicômano. Para tal, busca expor os pressupostos que sustentam a redução de danos como política de saúde, numa tentativa de resgate da cidadania do indivíduo consumidor de drogas. Os pressupostos psicanalíticos dão base para o entendimento do fenômeno da toxicomania como parte da constituição psíquica do sujeito. Dividida em três momentos, a pesquisa pretende em primeiro lugar apresentar a problemática das drogas, os conceitos que lhe dizem respeito, sua história de consumo nas mais diversas sociedades a qual se tem referência e a proibição do consumo ao longo do tempo. Em um segundo momento tem a intenção de conceitualizar, com base num referencial teórico psicanalítico, a toxicomania como problemática narcísica e como sintoma social para então concluir explicitando as possíveis articulações entre o olhar e a escuta clínica da Psicanálise e essa estratégia de atenção como política de saúde.

**Palavras-chave:** usuário de drogas, toxicomania, psicanálise, redução de danos.

## Sumário

Introdução	7
I. Drogas: conceito e padrões de uso	11
II. Breve histórico sobre o uso de drogas e sua proibição	13
III. Redução de Danos	17
• 3.1 Ética, Cidadania e Direitos Humanos	18
• 3.2 Os programas de Redução de Danos	19
IV. Psicanálise: Narcisismo e Toxicomania	22
• 4.1 A Constituição do Eu	23
• 4.2 Sua Majestade o Bebê	24
• 4.3 Complexo de Castração, Eu ideal e Ideal de Eu	25
• 4.4 Toxicomania como Problemática Narcísica	28
• 4.5 Toxicomania como Sintoma Social	30
V. Considerações Finais	33
Referências	36

## **EMBRIAGAI-VOS!**

Deveis andar sempre embriagados. Tudo consiste nisso: eis a única questão. Para não sentirdes o fardo horrível do Tempo, que vos quebra as espáduas, vergando-vos para o chão, é preciso que vos embriagueis sem descanso. Mas, com quê? Com vinho, poesia, virtude. Como quiserdes. Mas, embriagai-vos. E se, alguma vez, nos degraus de um palácio, na verde relva de uma vala, na solidão morna do vosso quarto, despertardes com a embriaguez diminuída ou desaparecida, perguntai ao vento, à vaga, à estrela, ao pássaro, ao relógio, a tudo o que foge, a tudo o que geme, a tudo o que rola, a tudo o que canta, a tudo o que fala, perguntai que horas são. E o vento, a vaga, a estrela, o pássaro, o relógio vos responderão: - É a hora de vos embriagardes! Para não serdes escravos martirizados do Tempo, embriagai-vos! Embriagai-vos sem cessar! Com vinho, poesia, virtude! Como quiserdes!

## Introdução

O tema das drogas está muito presente na minha geração. É possível reconhecer em meu círculo de relações interpessoais diversas pessoas que estabelecem com as drogas usos abusivos e até compulsivos. Por conta disso a questão do consumo colocada na sociedade contemporânea me interessa. Além disso, acho importante tentar compreender como é possível lidar com essa questão do ponto de vista profissional e o melhor caminho para fazê-lo, já que muitas vezes essa questão é confundida como uma problemática moral, e não de saúde pública. Essa pesquisa vem no sentido de começar a esclarecer esse tema e a sua relevância do ponto de vista profissional no campo da Psicologia.

O uso de drogas está presente em todas as sociedades a que se tem acesso e informações. Ele atravessa a história da humanidade, caracterizando-se como tentativas de alterar o humor, as sensações e as percepções com objetivos religiosos ou culturais, curativos, relaxantes ou de prazer. Entende-se por droga todos os produtos químicos de origem natural ou sintetizados em laboratórios que geram prazer, atuando no sistema nervoso central, ou seja, qualquer substância psicoativa.

Atualmente, o consumo dessas substâncias tornou-se um sério problema de saúde pública, configurando-se como uma questão sociopolítica de extrema importância. Por conta disso, as ciências humanas são constantemente convocadas a instrumentalizar práticas que dêem conta de trabalhar essa questão com maior eficácia.

É notório que as tentativas de diminuir a disseminação do uso de drogas e de seus efeitos deletérios baseadas em modelos repressivos – chamadas “redução da oferta” - é falha. As propostas de atenção ao usuário baseadas na imposição da

abstinência – chamadas “redução da demanda”- têm pouca eficácia, costumando levar a recaídas constantes. Partindo dessas constatações, essa pesquisa tem por objetivo entender como a Psicanálise, principalmente no que diz respeito à escuta clínica e ao entendimento do ser humano como sujeito do inconsciente, pode defender a estratégia de redução de danos como alternativa viável à atenção à saúde do usuário de drogas.

O texto de apresentação da política do Ministério da Saúde para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas começa da seguinte forma:

A exclusão social e a ausência de cuidados que atingem, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de transtornos mentais, apontam para a necessidade da reversão de modelos assistenciais, de modo a contemplar as reais necessidades da população, o que implica a disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada no planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool e outras drogas (BRASIL, 2004, p.5).

A partir do que está colocado ao longo do texto, entende-se que a atenção dada a essa população deve ser de caráter interdisciplinar, baseando-se nos princípios do SUS e possibilitando a apreensão desse fenômeno de forma integrada com ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras de saúde diversificadas. Como contraproposta à alternativas de atenção de caráter total, resultantes de modelos que primam pela abstinência e que se baseiam na lógica binarizante drogas - comportamento antissocial ou criminoso, a política do Ministério da Saúde apóia-se na estratégia de redução de danos, que tem por objetivo minorar o efeito deletério do consumo de drogas.

Essa estratégia pretende reconhecer o sujeito em suas singularidades e, assim, traçar com ele práticas que estejam voltadas à defesa de sua vida, visando o aumento da liberdade e da autonomia do sujeito no que diz respeito à tomada de decisões conscientemente. Dessa forma, pretende-se que o usuário ressignifique a sua relação com a droga e, com isso, toda uma postura de vida. Domiciano Siqueira, em conversa com Antonio Lancetti, publicada no livro “Clínica Peripatética” (1998), coloca que esse esforço de ressignificação é muito grande e é ele que deve ser levado em conta quando se propõe o resgate da cidadania, da auto-estima e da

qualidade de vida do usuário. Ele afirma que tudo isso passa pelo “parar para pensar”.

Levando em conta que cada sujeito se relaciona com a droga de uma forma singular, disponibilizando uma posição própria para tal em sua economia psíquica, podemos dizer que o usuário de drogas não é necessariamente um toxicômano. A diferença está no fato de que para o toxicômano a droga ocupa uma posição central em sua economia libidinal, sendo o recurso eleito para lidar com todos os conflitos psíquicos do sujeito. Ao analisar o texto clássico freudiano de 1914, “Introdução ao Narcisismo”, e alguns autores que se propuseram a ampliar o olhar da Psicanálise acerca dos conceitos trabalhados por Freud nesse texto, será apresentado ao longo da pesquisa o entendimento da toxicomania como uma problemática que remete ao narcisismo primário da criança. Frente as possibilidades do sujeito para a resolução do Édipo, a droga entra como um objeto que tenta tamponar a falta que funda o sujeito como sujeito desejante.

Para isso, utiliza-se dos conceitos de *eu ideal* e *ideal de eu* que Freud começa a definir em 1914. O eu ideal seria a instância primária em que se constitui o eu do sujeito, correspondendo ao que Freud, no mesmo texto, denominou narcisismo primário. Ou seja, o sujeito define-se como seu próprio ideal, como aquele que contem todo o valorizado. Já o ideal de eu diz do sujeito que não é seu próprio ideal, mas algo que o transcende e que ele pretende atingir, sendo o sujeito marcado pela instância paterna em uma relação intersubjetiva triangular. É essa figura que possibilita ao infante o rompimento com a posição de falo da mãe e assim a abertura para uma posição desejante.

A toxicomania seria caracterizada justamente pela tentativa do sujeito de permanecer em um registro do eu ideal. O sujeito estaria imerso na “dialética do ser”, onde busca tornar-se único no campo de desejo materno, perdurando o que Freud chamou de “Sua Majestade o Bebê”.

Essa tentativa de retorno a uma posição característica do narcisismo primário do infante é, de certa forma, corroborada pela ética que sustenta a sociedade capitalista pós-moderna. Levando em conta os conceitos de *sociedade do*

*espetáculo e cultura do narcisismo*, como foi elaborado por Debord e Lasch respectivamente, é possível entender a toxicomania como sintoma social.

A partir do aprofundamento dessas questões, essa pesquisa pretende pensar como a ética psicanalítica, que baseia sua prática clínica na escuta do desejo do sujeito como forma de responsabilizá-lo por suas ações, tem a oferecer subsídios para o entendimento do usuário de drogas como cidadão e sujeito de direitos, entendendo que a imposição de uma única via de resolução do problema (como é o caso daqueles que defendem a política de abstinência e guerra às drogas) não oferece ao sujeito as possibilidades de tomar decisões relativas ao seu próprio destino.

Para concretizar o objetivo da pesquisa, foi realizada uma análise teórico-conceitual dos pressupostos apontados. Os dois primeiros capítulos se dedicam a fazer um recorte conceitual do campo das drogas, entendendo como a ciência define as substâncias psicoativas e os padrões de uso das mesmas e fazendo um resgate histórico da inserção das drogas na história da humanidade e a sua proibição ao longo do tempo.

O terceiro capítulo se dedica ao entendimento da estratégia de redução de danos. Nesse capítulo será apresentada a história do surgimento da proposta como política de atenção à saúde do usuário de drogas, seus fundamentos éticos e as características dos programas implementados.

O capítulo IV faz um recorte teórico acerca da problemática da toxicomania à luz da teoria psicanalítica. A partir de uma releitura do texto de Freud de 1914, “Introdução ao Narcisismo”, se propõe a entender a toxicomania como um sintoma da ordem do narcisismo primário e como um sintoma social perante a ética da sociedade capitalista pós-moderna.

O quinto e último capítulo fecha a pesquisa identificando os pressupostos da clínica psicanalítica, com base no que foi apresentado até o momento, que discute a possibilidade da estratégia de redução de danos como alternativa de cuidado ao sujeito toxicômano.

## I. Drogas: conceito e padrões de uso

Há várias definições que permeiam o tema das drogas. Essa variedade de definições, que na maioria das vezes são equivocadas, na medida em que confundem moralismo e cuidado à saúde, produzem confusão na população e aprofundam o preconceito instalado acerca da temática. Aqui, se entende como droga substâncias psicoativas que modificam o estado de consciência do sujeito, cujos efeitos podem ir desde uma estimulação suave, como a provocada por um xícara de café, até perturbações na percepção do tempo, do espaço e de si próprios, como as provocadas por alucinógenos como o LSD (Seibel e Toscano, 2000).

De acordo com a ação sobre o organismo, as drogas são classificadas em três categorias (Cazenave, 2000):

- Depressoras do SNC – causam uma diminuição da velocidade de transmissão de informações nos neurotransmissores, como por exemplo o álcool e o ópio;
- Estimulantes do SNC – causam um aumento da velocidade de transmissão de informações nos neurotransmissores, como por exemplo a cocaína e a cafeína;
- Perturbadoras do SNC – causam uma confusão, atrapalhando a transmissão de informações nos neurotransmissores, como por exemplo a maconha e o LSD.

É possível também classificar o uso de drogas de acordo com o padrão de consumo. Essa classificação permite entender que nem todo usuário de drogas é dependente e que a relação entre o homem e as drogas é bastante complexa. Sodelli (2010) define quatro padrões:

- Uso experimental – diz da busca pela experimentação, geralmente por curiosidade ou pressão do grupo, de uma substância psicoativa, ocasionando geralmente muito prazer;
- Uso ocasional – diz de um uso que é esporádico, não mais experimental já que os efeitos da droga já são conhecidos, e que não afeta negativamente a vida profissional ou afetiva do usuário;
- Uso habitual – diz de um uso frequente, semanal ou até diário, onde quase tudo é motivo para usar a droga e o prazer já não está tão evidente, mas as pessoas ainda conseguem cumprir com suas relações e obrigações sociais;
- Dependência – diz de um uso que não está mais só relacionado ao prazer que proporciona, mas ao desprazer que a falta da substância causa. A droga passa a ser o centro da vida da pessoa, estando quase todas as suas ações e pensamentos voltados para como conseguir

aquela substância, apresentando dificuldades para cumprir com suas obrigações sociais tendo sua vida cotidiana severamente prejudicada.

Sodelli (2010) ainda diferencia três modos de uso que podem estar presentes em qualquer um dos quatro padrões de uso:

- Controlado – onde há maior capacidade de controlar a quantidade de uma substância no momento do consumo;
- De risco – onde há menor capacidade de controlar a quantidade de uma substância no momento do consumo, o que aumenta o risco de consequências danosas a saúde;
- Nocivo – onde há mínima capacidade de controlar a quantidade de uma substância no momento do consumo, acarretando dano à saúde.

Com isso, abandonamos a idéia de que há apenas um padrão de uso de drogas, sendo esse passível de intervenção terapêutica. Ao entender todo uso de drogas como dependência entendemos todo usuário de drogas como doente, o que não é verdade. Há infinitas possibilidades de padrões e modos de uso e inúmeras variáveis que podem influenciar a probabilidade de uma pessoa se tornar dependente. Essas variáveis correspondem ao tipo de substância usada, a constituição biológica e psíquica da pessoa e ao seu meio social; e o padrão e o modo de uso são influenciados por uma inter-relação entre essas variáveis.

## II. Breve histórico sobre o uso de drogas e sua proibição

A história das drogas se confunde com a história do próprio homem. Todas as civilizações das quais temos notícia fizeram uso de alguma substância psicoativa para os mais diversos fins ritualísticos.

No mundo antigo, para se livrar de alguma enfermidade, de algum castigo divino ou de alguma impureza o homem se curvava frente às divindades e submetia-se a sacrifícios de todos os tipos. Animais, ou mesmo seres humanos, eram oferecidos em sacrifício à algum deus ou deusa no intuito de conseguir algum favor. Na Grécia Antiga, o *pharmakós*, o bode expiatório oferecido, foi substituído pelo *phármakon* (remédio ou veneno) que passou a ser receitado pela nova medicina proveniente da escola hipocrática, uma vez que enfermidade e cura passaram a ser consideradas resultados de processos naturais. Frente a isso, o essencial passou a ser a proporção entre dose ativa e dose letal, com uma substância podendo, ao mesmo tempo, ser remédio ou veneno dependendo da dosagem utilizada (Toscano, 2000).

Toscano (2000) ainda ressalta que a civilização greco-romana foi, provavelmente, uma das primeiras a se preocupar com o uso de drogas com moderação, enxergando que os excessos quanto aos três grandes apetites (bebida, alimento e sexo) poderiam oferecer perigo: “exigia-se o domínio de si, uma espécie de ‘hermenêutica de si’, que regulava a intensidade dos prazeres” (p.9).

Com a ascensão do Cristianismo em Roma, ficou evidente as maiores restrições quanto ao uso de substâncias psicoativas. Essas passam a ser vistas como substâncias infernais e preparações diabólicas, geralmente associadas a prática da bruxaria. Porém, ao mesmo tempo, o vinho se constitui um elemento de extrema importância por simbolizar o sangue de Cristo (Escohotado, 1997).

Até este momento, a moral religiosa é uma das principais responsáveis pelo modo de se lidar com algumas substâncias psicoativas na cultura ocidental. Porém, não se pode ignorar que em outros momentos históricos os fatores econômicos e políticos tiveram papel fundamental quanto a proibição de certas substâncias.

O ópio, cujo uso se iniciou provavelmente na Mesopotâmia 3000 anos antes da era cristã (Toscano, 2000), foi o responsável por duas guerras entre Inglaterra e China. A Companhia Britânica das Índias Orientais mantinha intenso comércio com a China, comprando chá e vendendo ópio. Em 1839, a China proibiu a importação do ópio e militares chineses apreenderam e queimaram na cidade de Cantão mais de 20 mil caixas de ópio. Com isso, o Reino Unido declarou guerra a China e iniciou-

se a chamada “Primeira Guerra do Ópio” que só teve fim em 1842 quando a China, derrotada, assinou o Tratado de Nanquim pelo qual foi obrigada a abrir seus portos para o comércio do ópio e a ceder Hong Kong aos ingleses. A proibição do ópio na China teve motivações econômicas e não morais ou sanitárias (Sodelli, 2010).

Sodelli (2010) também afirma que a proibição da maconha imposta nos EUA, no final dos anos 30, teve também forte influência econômica, visando abrir o mercado das fibras naturais, entre elas o cânhamo, para o náilon.

O cânhamo foi introduzido na Europa no século XIX por médicos ingleses. É uma planta supostamente originária da Ásia Central, pois cresce espontaneamente até hoje nas encostas do himalaia, e os primeiros restos desta fibra que foram encontrados na China datam aproximadamente de 4000 a.C. A *Cannabis sativa*, planta da qual se origina o cânhamo, está relacionada à maconha e ao haxixe, sendo a maconha proveniente das folhas e flores secas e trituradas e o haxixe da resina da planta (Toscano, 2000).

Ao longo do século XX e no início do século XXI, o tema das drogas foi marcado pela ascensão da política proibicionista fortemente influenciada pela política norte-americana. Em 1906 foi aprovado o *Food and Drug Act*, primeira lei que permite ao Estado o controle e a regulação do comércio e produção de drogas nos EUA (Sodelli, 2010). No final do século XIX, os EUA tentaram controlar o uso do ópio com o objetivo de proibi-lo. Escohotado (1997) esclarece que essa tentativa estava relacionada com a pretensão de conter a maciça imigração chinesa, destinada a suprir a mão de obra negra, e também ao interesse comercial norte-americano de se aproximar do governo imperial chinês, oferecendo-se para liderar uma iniciativa internacional para lidar com o tráfico de ópio que há muito perturbava a economia chinesa.

Sucederam-se diversas Conferências e Convenções com o intuito de regulamentar uma política internacional para as drogas. Em 1909, ocorreu a Conferência sobre o Ópio, em Shanghai, onde se consolidou dois conceitos fundamentais da argumentação proibicionista norte-americana: o uso legítimo, que relacionava que todo consumo de drogas não vinculado a propósitos médicos deveria ser considerado ilícito; e o combate à produção como sendo essencial para o controle das drogas. Em 1914, a partir de uma dessas convenções, os EUA criaram a Lei dos Narcóticos de Harrison que, além de controlar o comércio da cocaína e do ópio, tornava ilegal a posse por parte de pessoas não autorizadas, criando dessa forma a figura do traficante e do viciado, ambos passíveis de punição (Sodelli, 2010).

Sodelli (2010) também coloca que data de 1920 a “lei Seca” nos EUA. Essa lei proibia a manufatura, o transporte, a importação e exportação, a comercialização e consumo de bebidas alcoólicas em todo o país. A crença era de que a proibição supriria o vício e restituiria a dignidade e a moral do povo norte-americano, mas não foi o que ocorreu. Durante os anos em que vigorou a “lei Seca” foi possível evidenciar o aumento da criminalidade e da corrupção ligadas a exploração da

produção e venda clandestinas do álcool. Frente à evidência da expansão do crime organizado e ao fracasso da tentativa em diminuir, ou até mesmo erradicar, o consumo de álcool, em 1933, o presidente Franklin Delano Roosevelt revogou a “lei Seca” a partir da compreensão de que a política proibicionista acaba por estimular o tráfico.

Com a criação da ONU, foi possível aos EUA expandirem para além de seu território nacional a sua política proibicionista contra as drogas. O controle da produção, da distribuição e do uso de drogas passaram para a ONU, por meio da Organização Mundial de Saúde, seguindo os acordos feitos pela “Convenção Única sobre Entorpecentes”, de 1961 realizada em Nova York, e pela “Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas”, de 1988 realizada em Viena. Foi a partir desses acordos internacionais que a ONU e os seus estados-membros adotaram e consolidaram a política norte-americana para o tema das drogas:

Ou seja, uma política norte-americana nutrida, quanto à demanda, numa ideologia moralista e, com relação à oferta, no uso militarizado, representando de fato uma ‘fachada’ para esconder os reais interesses estratégicos hegemônicos e econômicos dos EUA (Sodelli, 2010, p.43).

A Convenção Única de 1961 expõe o seu lado totalitário ao não levar em conta a identidade cultural dos diversos povos. Ela determina que todas as áreas de cultivo de drogas naturais e das que servem de matéria prima para a produção de componentes sintéticos deva ser erradicado – a coca, entre os povos andinos, representa um símbolo de identidade cultural, sendo a mastigação de sua folha uma necessidade para lidar com os efeitos da altitude e do frio. Ela também se demonstra totalitária ao adotar a regra de extensão e criar o *International Narcotics Control Board* (INCB), visando que todos os estados membros da ONU, independente de terem subscrito a Convenção, ficam obrigados ao seu cumprimento e os países que o violarem devem ser denunciados a ONU pelo INCB.

O auge da política proibicionista norte-americana foi atingido durante o governo de Richard Nixon, quando o problema do uso de drogas foi declarado como “inimigo número um” dos EUA.

A política de “*War on Drugs*” (Guerra às Drogas) foi adotada por todos os presidentes norte-americanos, com exceção de Jimmy Carter. Essa política equivocada de “*War on Drugs*” e da “Tolerância Zero” dificultou o desenvolvimento e a implementação de práticas de redução de danos, o que impediu um maior controle da transmissão do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis.

No governo de George Bush acrescentou-se a política proibicionista de Guerra às Drogas a responsabilidade moral dos consumidores em relação à violência do tráfico de drogas, criando-se as Cortes Criminais para Usuários e Dependentes Químicos, consolidando a obrigatoriedade geral de tratamento para o usuário, sendo que seu abandono ou a reincidência geram ameaçadas de prisão (Sodelli, 2010).

A União Européia, em novembro de 2004, começou a discutir uma política mais humanitária e menos repressora para lidar com a questão da droga, visando o abandono do que foi estabelecido nas Convenções das Nações Unidas em 1961 e 1988.

Já na América do Sul não há indícios de mudanças na política de drogas. Os países sul-americanos, entre eles o Brasil, ainda estão vinculados à “Convenção Única de Nova York” (1961) e à de Viena (1988). No Brasil, os últimos quatro governos (os dois mandatos de FHC e os dois de Lula) se mantiveram ligados aos interesses norte-americanos e o atual governo já dá indícios de que não mudará sua política sobre drogas. O governo Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002), deixou para o país uma política sobre drogas que convocou as Cortes Criminais para Usuários e Dependentes Químicos, criando a denominada Justiça Terapêutica (Sodelli, 2010). Dessa forma, o consumidor ou dependente é submetido a medidas de caráter educativo e penas alternativas, podendo ser submetido a tratamento compulsório, o que indica que para a justiça brasileira todo usuário de drogas é um doente e precisa de ajuda, mesmo que compulsória, independentemente de seu padrão de uso.

Já no primeiro mês de governo da presidente Dilma Rousseff (2011) ficou claro que não haverá mudanças significativas quanto a política nacional de drogas. Em janeiro, Pedro Abramovay foi demitido da Secretaria Antidrogas por defender publicamente o fim da prisão para pequenos traficantes. A idéia era diferenciar dos “grande atacadistas da droga” o pequeno traficante, que não tem ligação com o crime organizado, e muitas vezes atua para sustentar o próprio vício.

Frente a isso é possível afirmar que o Brasil continua ainda muito distante de uma ruptura com os preceitos da política proibicionista norte-americana, apesar de todas as evidências de sua ineficácia.

### III. Redução de Danos

Tendo em vista o controle do uso de drogas é possível identificar três estratégias que são tradicionalmente adotadas. A primeira se dá pela *redução da oferta*, configurando-se por ações que visam diminuir a quantidade de drogas disponível via repressão à produção, ao refino e ao tráfico. Em paralelo, é possível identificar ações que visam a *redução da demanda* no intuito de desestimular ou diminuir o consumo e para tratar os usuários e dependentes. A terceira estratégia, que visa à *redução de danos*, configura-se em ações voltadas para a prevenção das conseqüências, nocivas à saúde, decorrentes do uso, sem necessariamente interferir na oferta e na demanda de drogas (Brasil, 2001).

Dessa forma, a redução de danos é uma política de saúde voltada para a redução dos prejuízos de natureza biológica, social e econômica, traçando diretrizes para melhorar a vida e a saúde das pessoas que fazem uso de alguma substância, sendo elas lícitas ou ilícitas.

Essa estratégia se baseia no pressuposto de que as drogas estão presentes na sociedade desde as mais remotas civilizações e entende que nem todo usuário de drogas consegue, ou quer, interromper o uso, e mesmo esses usuários precisam ter o risco de infecção pelo HIV e hepatites minimizados.

Ela surge primeiramente no Brasil como uma técnica voltada à diminuição da contaminação de usuários de drogas pelo vírus HIV tornando-se, posteriormente, uma política de saúde pública que vem oferecer uma alternativa a política de abstinência e guerra as drogas, hegemônicas como formas de atenção ao usuário de drogas.

A redução de danos tem origem na Inglaterra, em 1926, com o Relatório de Rolleston. Esse estabelecia o princípio pelo qual o médico poderia prescrever legalmente opiáceos para dependentes dessa droga como forma de tratamento (Brasil, 2001). O relatório entendia que

a manutenção de usuários de drogas por meio do emprego de opiáceos é o tratamento mais adequado para determinados usuários. Pacientes adictos a determinadas drogas opiáceas poderiam receber drogas, sob prescrição do seu clínico geral, de modo a permitir-lhes levar vida mais estável e mais útil à sociedade (O'Hare, 1994, p.66).

Nos anos 80, com o advento da AIDS e das hepatites, esses princípios foram sistematizados em programas com o intuito de reduzir a infecção por esses vírus entre os usuários de drogas injetáveis. Na Holanda, a iniciativa de distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas

injetáveis (UDI) partiu de uma associação de usuários de drogas (UD) preocupados com a disseminação de hepatites (Brasil, 2001).

No Brasil, a primeira tentativa de se implantar um Programa de redução de danos via troca de seringas entre UDI aconteceu na cidade de Santos, em 1989, na gestão da prefeita Thelma de Souza do PT. Essa tentativa foi frustrada pelo poder público, que via Ministério Público a enquadrou como crime previsto na lei 6.368 de 1976, vigente à época, que considerava crime qualquer forma de auxílio ou incentivo ao uso de substâncias entorpecentes. Como alternativa, os técnicos da coordenação municipal de DST/AIDS de Santos passaram a estimular o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas (Castro, 2002).

O primeiro projeto de trocas de seringa tolerado no Brasil foi implementado em Salvador por Tarcísio Andrade, coordenador do projeto de RD do Centro de Estudos e Terapia ao Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia em 1995 (Castro, 2002).

A partir dessa iniciativa, várias portas foram se abrindo e, aos poucos, os projetos de troca de seringas foram se expandindo. A primeira lei estadual, de autoria do deputado estadual Paulo Teixeira, que legalizava a troca de seringas, foi promulgada em março de 1998 no estado de São Paulo. O projeto de lei autoriza a Secretaria da Saúde a distribuir seringas descartáveis a usuários de drogas injetáveis (Brasil, 2001).

### **3.1 Ética, Cidadania e Direitos Humanos**

A maior dificuldade encontrada ao se trabalhar com dependentes químicos é encontrar apoio em setores da sociedade que olham para o usuário de drogas a partir de um estigma que o define como marginal. A tentativa de se quebrar velhos preconceitos e entender o usuário de drogas como cidadão e sujeito de direitos é essencial para que se tenha uma atenção integral a saúde do mesmo.

Cidadania não deve ser entendida como algo descolado da realidade. Cidadania significa convivência, dessa forma, respeito mútuo, segurança, solidariedade, amizade, proteção, autoridade, liberdade e exercício da democracia. Ser cidadão é ter acesso a todos os direitos individuais e políticos, de âmbito econômico e social para assegurar ao ser humano uma vida digna (Quaglia, 2000). Sendo assim, ao entender o usuário de drogas como cidadão, entendemos que ele deve ter acesso a todos os serviços que asseguram os direitos previstos na constituição federal, inclusive acesso à saúde.

Há uma estreita relação entre cidadania e direitos humanos. Na Declaração dos Direitos Humanos, promulgada pela ONU em 1948, está citado um direito humano que constitui referência para todos os demais, o Direito à Vida: “Os esforços de todos devem ser dirigidos para a ampliação

das expectativas de vida, evitando que a existência das pessoas seja abreviada em virtude de condições desumanas, preconceitos ou moralismos” (Quaglia, 2000, p.2).

Na sociedade como um todo há vários olhares e atitudes para com o usuário de drogas que acabam acarretando um aprofundamento dos preconceitos e da exclusão social deste, o que dificulta a implantação de políticas de saúde voltadas a essa população. Os rótulos destinados aos usuários como o de marginal, criminoso, violento, louco, doente, entre tantos outros, reforçam a sua exclusão social e acabam por negar a sua cidadania.

Essa característica da nossa sociedade atinge os usuários de drogas ilícitas causando-lhes enorme sofrimento. Os usuários de drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, não têm sua cidadania negada de forma tão drástica quanto os usuários de drogas ilícitas, uma vez que essas são socialmente aceitas, ainda que a dependência seja uma condição de saúde que em nada está relacionada a legalidade ou ilegalidade da substância (Castro, 2002).

O uso de drogas é um tema que deve ser abordado e discutido pelo olhar da ética e não pelo olhar da moral. Entendendo moral como um conjunto de prescrições, de regras, de normas que orienta a vida das pessoas na sociedade e ética como uma reflexão sobre os valores que estão presentes nas nossas ações e relações, como uma reflexão sobre a *praxis* (Rios, 2008/2009). Ao olhar o tema das drogas pela perspectiva da ética é possível desenvolver programas que pensem não só a saúde do usuário de drogas, mas também a sua inclusão social (Castro, 2002).

Dessa forma, a pessoa que faz uso de drogas, lícitas ou ilícitas, é, antes e primeiramente, um ser humano e cidadão e deve ser respeitado como tal. A sociedade portanto, deve incluí-la no conjunto de respostas sociais e de saúde, tendo como objetivo reduzir os danos causados pelo uso ou abuso de substâncias psicoativas. Quaglia (2000) coloca que exigir de um usuário de drogas que ele permaneça em abstinência para entrar em um serviço de saúde pública passou a ser visto como uma postura moralista e não ética, sendo assim um desrespeito à autonomia do ser humano e à sua cidadania.

### **3.2 Os programas de Redução de Danos**

Normalmente, a estratégia de redução de danos é erroneamente confundida e resumida à troca de seringas. A troca de seringas diz de uma parte da estratégia referente à prevenção. Dentro dos programas de redução de danos é possível pensar em estratégias que vão desde medidas orientativas até o tratamento da dependência propriamente dita.

Os componentes dos programas de redução de danos variam de um país para o outro e de um projeto para outro uma vez que devem levar em conta as peculiaridades da realidade local, como

padrão de consumo e tipo de droga prevalente e também a capacidade e os recursos disponíveis na instituição (Brasil, 2001).

As medidas de orientação visam permitir ao usuário um uso mais seguro de drogas a partir de informações sobre a qualidade e a quantidade de drogas a ser utilizada para se evitar uma overdose, instruções sobre práticas de primeiros socorros, orientações sobre lugares seguros para o consumo e informação sobre os direitos políticos, econômicos e sociais do usuário de drogas (Castro, 2002).

Essas medidas de orientação têm o mesmo caráter preventivo da estratégia de trocas de seringas. Os programas de troca de seringas se baseiam na distribuição de um kit de redução de danos que conta com um estojo com seringas descartáveis, às vezes agulhas e garrote, frascos de água destilada, recipientes para a diluição da droga, compressas com álcool para a assepsia, folder com conteúdo educativo e informativo e preservativos (Brasil, 2001).

A entrega desses kits pode se dar de duas formas: via troca de seringas, onde há o fornecimento de seringas estéreis e descartáveis aos UDI mediante a entrega, por eles, de seringas usadas; ou via distribuição de seringas, onde há o fornecimento dessas seringas aos UDI sem a exigência do retorno de seringas usadas. A troca garante, de imediato, a retirada de circulação das seringas usadas que podem estar contaminadas, o que impede a sua reutilização. Porém, nem sempre é possível exigir do usuário que ele retorne as seringas usadas. Dessa forma, a distribuição é uma estratégia de abertura de campo a fim de que a troca possa ser implementada.

A troca, no Brasil, normalmente se dá diretamente com o redutor de danos, em campo, em postos de trocas fixos e móveis ou em serviços de saúde, e/ou sem a presença do redutor de danos em residências ou estabelecimentos comerciais, com amigos ou colaboradores do projeto. A troca realizada diretamente com o redutor de danos favorece um contato sistemático com o usuário, o que facilita a formação de vínculo entre o usuário e a equipe de redução de danos, essencial para que se pense estratégias dirigidas diretamente àquela população de usuários.

Outra coisa importante dos programas de troca de seringas é a escolha de ter como redutores de danos usuários ou ex usuários de drogas. Isso é fundamental uma vez que, dessa forma, o redutor de danos compartilha com o usuário a mesma linguagem e experiência de vida, estando apropriado do território, possibilitando assim a penetração em meios onde pessoas de fora não teriam acesso (Castro, 2002).

Já os serviços de tratamento para dependência química orientados para a redução de danos entendem que há uma gama muito extensa de possibilidades e alternativas de tratamento, aceitando assim que cada usuário estabeleça um contrato que faça sentido para ele. Esses contratos podem ir desde o uso controlado da substância que a pessoa está habituada a usar até as terapias de substituição de drogas e, inclusive, a abstinência, quando essa estratégia é a escolha do usuário.

Os contratos que visam o uso controlado se baseiam em uma escala decrescente de risco que estão associados a mudança da via de utilização ou então redução da quantidade de droga utilizada. A idéia é que o usuário saia de uma forma descontrolada de uso e passe a um uso mais seguro e menos danoso a sua saúde (Castro, 2002).

Já as terapias de substituição, menos frequentes no Brasil, normalmente estão baseadas na troca de substâncias com princípios ativos similares, como por exemplo a troca da heroína por metadona, da cocaína por folha de coca ou então até mesmo pela troca da heroína de rua por heroína do serviço de saúde que tem controle de qualidade. Foram realizados também alguns trabalhos que demonstraram o sucesso da substituição de drogas diferentes, como por exemplo o crack pela maconha (Castro, 2002).

O psiquiatra Eliseu Labigalini do PROAD (Programa de orientação e atendimento a dependentes) – Unifesp, um serviço ambulatorial do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo que presta atendimento à população além de atividades de pesquisa e ensino no campo das dependências, realizou um grupo com vinte e cinco pacientes do sexo masculino, dependentes severos de crack, diagnosticados pelo CIDI (Composite International Diagnostic Interview, versão 2.1), segundo os critérios do CID-10 e do DSM-IV, com idade entre dezesseis e vinte oito anos.

Esses pacientes procuraram o PROAD no período entre agosto de 1996 e setembro de 1998. Por conta do relato espontâneo desses usuários de estarem fazendo uso da *cannabis* com a finalidade de atenuar os sintomas da abstinência do crack, não receberam nenhuma medicação para os sintomas da abstinência como, por exemplo, antidepressivos ou ansiolíticos.

Após um período médio de nove meses, 68% dos pacientes acompanhados nesse estudo deixaram de usar crack e relataram que a *cannabis* teve papel fundamental nessa redução por diminuir a “fissura” e provocar mudanças subjetivas e concretas em seus comportamentos. Foi observado nesses pacientes que nos três primeiros meses houve um pico no uso da *cannabis*, sendo esse diário e com uma média de três a quatro cigarros por dia. Paralelamente a isso, o uso de crack foi diminuindo até que, em média, após aproximadamente 5,2 semanas eles estavam abstinentes dessa droga. Nos seis meses seguintes de acompanhamento o uso da *cannabis* passou a ser ocasional (Labigalini, 2000).

Esse estudo inaugura no Brasil a possibilidade de se pensar o tratamento do dependente químico via redução de danos também a partir da troca de substâncias, e não só a prevenção dos efeitos nocivos à saúde provocadas pelo abuso de drogas. Lancetti (2009) coloca que o usuário, ao aderir a um programa de substituição, está ressignificando toda uma postura de vida e que há nesse parar para pensar em fazer trocas um esforço muito grande que deve ser levado em conta quando se propõe o resgate da cidadania, da auto-estima e da qualidade de vida do usuário de droga.

#### **IV. Psicanálise: Narcisismo e Toxicomania**

O conceito de narcisismo começa a ser trabalhado por Freud em 1911 no texto “O Caso Schreber”, onde ele tenta dar conta do fenômeno psicótico a partir da teoria da libido. Nesse momento, Freud já não coloca o narcisismo apenas como um tipo de eleição objetal, mas como uma fase fundamental da constituição do eu.

Nesse texto, ele diz que o sujeito atravessa primeiramente uma fase auto-erótica, depois uma fase narcisista onde se dá a unificação do ego, passando a eleições objetais predominantemente narcisistas para então fazer eleições de objetos heterossexuais.

Em 1914, Freud escreve “Introdução ao Narcisismo”, iniciando uma transformação em todo o campo teórico da Psicanálise, ou seja, na teoria das pulsões, na teoria da identificação e no próprio narcisismo, abrindo caminho da primeira teoria do aparelho psíquico para a segunda (Hornstein, 1989).

Hornstein (1989) coloca que com “Introdução ao Narcisismo” abre-se toda uma problemática a respeito do agente do recalque, a estrutura do eu e o seu funcionamento, além de ampliar o campo psicopatológico. Ele afirma isso ao dizer que ao introduzir o conceito de narcisismo, Freud toma como objeto de estudo, que até então era predominantemente as neuroses e, em parte, as perversões, a psicose.

Dessa forma, o narcisismo é definido então como uma etapa do desenvolvimento libidinal, do desenvolvimento do eu e das relações objetais. Nessa fase, se investe o eu como objeto, sendo esse investimento fundamental para a sua própria constituição (Hornstein, 1989).

#### **4.1 A Constituição do Eu**

Freud (1914) define que o ego como unidade não pode existir no indivíduo desde o começo, ele tem de ser desenvolvido. Os instintos auto-eróticos encontram-se desde o início e, portanto, para que o narcisismo apareça é preciso que algo seja adicionado ao auto-erotismo, é necessário um novo ato psíquico. Esse novo ato psíquico é a percepção do humano de um eu total, único, e não mais fragmentado. Segundo Miguez (2007),

A presença do “eu”, objeto da investidura libidinal, unidade inexistente nos começos da vida, vai ser postulada como o elemento da diferenciação. O narcisismo constitui-se solidário com o estabelecimento do “eu”. O eu é a “nova ação psíquica” que deve acrescentar-se ao auto-erotismo para formar o narcisismo (p.86).

Lacan (1966) em sua teoria sobre o estágio do espelho tenta dar conta dessa passagem do auto-erotismo ao narcisismo. Ele define essa etapa pela experiência de reconhecimento da imagem no espelho pelo ser humano, situando-a evolutivamente entre os seis e os dezoito meses. Essa experiência é tomada como paradigma da constituição do eu. Se reconhece no espelho a forma do outro humano, percebe-se a própria imagem como imagem humana, tendo assim um efeito transformador. Hornstein (1989) coloca que para Lacan a fase do espelho deve ser entendida como uma identificação, como a transformação que é produzida no sujeito quando esse assume uma imagem.

Miguez (2007) aponta que, ao longo da obra de Freud, os conceitos de auto-erotismo e narcisismo se confundem, aparecendo como correspondentes de uma mesma fase do desenvolvimento libidinal. Ele diz que nos textos “Os Instintos e suas Vicissitudes” e nas “Conferências Introdutórias sobre Psicanálise” de 1917, é afirmada a idéia de o auto-erotismo ser o modo de satisfação narcísica, sem que Freud precise esclarecer qualquer mudança em relação ao sentido original dos termos.

Nos dicionários mais conhecidos da Psicanálise – Laplanche-Pontalis (2001), Roudinesco-Plon (1998), Kaufmann (1996) e Chemama (1995) – prevalece a

tendência de definir o auto-erotismo como uma forma de organização libidinal, anterior e diferente do narcisismo, assim como foi postulado por Freud no texto de 1914 (Migueluez, 2007). A esse respeito, Migueluez (2007) afirma:

Pessoalmente, acredito necessário manter a seqüência: o auto-erotismo é uma fase anterior ao narcisismo. Apoio-me, em primeiro lugar, no fato de Freud sustentar, no percurso de toda a sua obra, a inexistência de um eu já estabelecido nos primórdios da vida. O eu é algo a ser construído, tanto nas primeiras aparições da palavra no “Projeto...”, como nas últimas articulações nas quais compõe com o supereu e o id a estrutura de uma nova tópica. Só podemos falar do narcisismo a partir da constituição de um eu (p.138).

Dessa forma, a constituição de um eu é entendida como uma necessidade lógica para que haja narcisismo. Lacan, com sua teoria estruturalista, entende as etapas do desenvolvimento da libido como etapas lógicas e não cronológicas, como os teóricos de uma teoria do desenvolvimento. Portanto, a seqüência auto-erotismo – narcisismo – escolha objetal é uma seqüência lógica, na qual é necessário novos atos psíquicos para que se encerre uma fase e se inicie outra.

## **4.2 Sua Majestade o Bebê**

Ao final do capítulo II de “Introdução ao Narcisismo”, Freud (1914) coloca o problema do narcisismo em relação à criança que ocupa um lugar na cena familiar no qual lhe é atribuído algum valor. Sendo assim, Freud (1914) afirma que o narcisismo infantil nada mais é do que o resultado do narcisismo parental. A criança reatualiza o eu ideal de seus pais:

Considerando a atitude dos pais carinhosos com respeito aos filhos, temos de ver nela a revivescência e a reprodução do próprio narcisismo, há muito tempo abandonado... Atribuem-se a criança todas as perfeições, coisa para a qual não encontraria quiçá motivo algum a observação mais serena, e negam-se ou se esquecem todos os defeitos, como o demonstra a apaixonada repulsa da sexualidade infantil. Mas existe também a tendência a suspender para a criança todas as conquistas culturais, cujo reconhecimento tivemos que impor ao nosso narcisismo, e a renovar para ela privilégios renunciados há muito tempo. A vida deve ser mais fácil para a criança que para os pais (Freud, 1914, p.265-266).

A superestimação a qual o bebê está exposto é o sinal evidente da reprodução do narcisismo infantil dos pais diante de seu filho (Migueluez, 2007). A criança passa a representar tudo para os pais, a ela deve desaparecer toda enfermidade, a morte, o desprazer e cabe a ela realizar os desejos renunciados

pelos pais. “O narcisismo primário infantil é tramado numa rede intrasubjetiva na qual a supervalorização dos pais parece gerar a visão supervalorizada de si” (Migueluez, 2007, p.88). Freud (1914) coloca que a criança se torna nesse momento “Sua Majestade o Bebê”, aquela que tenta obturar uma falta essencial para seus pais.

Sendo assim, o narcisismo primário da criança tem a ver com o lugar que ela ocupa na cena familiar, sendo a partir desse investimento narcísico que o eu se constitui como unidade. Para isso é necessário dois requisitos: o primeiro, que a pessoa encarregada dos cuidados dessa criança o faça libidinalmente, que invista prazer, e o segundo, que essa pessoa tenha uma representação desse bebê como outro e não como parte dela. A criança adquire uma identidade na medida em que sua mãe a representa como alguém separado dela. Para isso, é necessário que desde o momento do nascimento esteja presente na mãe a percepção de que isso que ela produz não é uma parte dela, mas sim um bebê fruto da sua relação com um homem e, portanto, deve haver nela um projeto de filho e não de maternidade (Hornstein, 1989).

### **4.3 Complexo de Castração, Eu Ideal e Ideal de Eu**

No capítulo III de “Introdução ao Narcisismo”, Freud (1914) começa a formular as perturbações a que esse narcisismo primário da criança está exposto. Ele dedica esse capítulo quase inteiro ao questionamento sobre qual é o destino da libido do eu, da libido narcísica.

O eu da criança se constitui como ideal materno, há uma completude ao lado da mãe e algo se passa para que o eu se desidentifique com o ideal. Ou seja, no princípio há um eu ideal, a criança está identificada como eu de prazer, e essa completude tem que se ver perturbada. A perturbação central a qual Freud se refere é o “complexo de castração”, a crise edípica. Nesse momento, castra-se uma pretensão infantil de perfeição. Segundo Migueluez (2007), “Hoje, não faz sentido falar de castração se com isso não estamos apontando a castração de uma pretensão narcisista infantil de superioridade” (p. 96).

Nesse momento do Édipo, aparece um terceiro no campo de desejo materno do qual a criança está excluída. Ela começa então a descobrir que não é tudo para essa mãe, ela não contém todo o valorizado. O bebê então vê-se forçado a identificar-se com o idealizado, que não é parte dele, para matar essa criança onipotente que acreditou ter tudo dentro dela. Ou seja, a via para que ela se desidentifique do eu ideal é o caminho identificatório. A criança precisa encontrar nesse campo aberto aquilo que ela não tem, mas que precisa chegar a ter.

Hornstein (1989) coloca que a criança não pode persistir na posição de plenitude e que, mediante a crise edípica, ela constituirá um ideal de eu com o qual tentará recuperar a posição de completude do narcisismo primário. Isso ocorre à custa de um projeto identificatório que buscará diminuir a distância entre o eu e o ideal. Freud aponta, de forma pouco clara, o narcisismo como fator essencial na constituição desse ideal: “O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era seu próprio ideal” (Freud *apud* Miguelez, 2007, p.96). Nesse momento, a distinção entre eu ideal e ideal de eu não é clara. A tese original de Freud postula que o sujeito não quer abrir mão da perfeição narcísica de sua infância, portanto mantém parte dela na criação de um ideal de eu a partir do qual vai comparar o seu eu atual. Posteriormente, nas teses formuladas pelos pós freudianos, esses termos passam a ser quase opostos, sendo o eu ideal o representante da onipotência infantil, do narcisismo primário, que deve ser renunciado para que se estabeleça um ideal de eu (Miguelez, 2007).

Dessa forma, o ideal de eu estará investido de libido narcisista, mas se constituirá a partir dos valores, críticas e exigências do sistema de desejo dos pais que refletem o sistema de valores do campo social. Sendo assim, o ideal já não coincide com o eu, a percepção da presença de um terceiro no campo de desejo da mãe produz uma ferida no narcisismo primário da criança que só permitirá que a auto-estima se recomponha mediante o cumprimento das exigências do ideal, abrindo dessa forma uma dimensão temporal, um projeto de futuro. O eu não é o ideal, mas pode chegar a sê-lo:

Entre o eu e o ideal, instala-se o projeto, que é o que motoriza a mudança. Essa separação entre o ideal e o eu não deve impedir que o sujeito invista narcisicamente o que está presente no eu atual. A perda da identificação com o eu ideal é condição determinante para que se invista narcisicamente

o tempo futuro e marca a relação que um sujeito tem com a temporalidade (Hornstein, 1989, p.176).

Na idéia de projeto identificatório está presente a aceitação de que o eu não corresponde ao ideal. A essa aceitação, Hornstein (1989) dá o nome de “castração no registro identificatório”, o que significa que sempre falta algo para o eu coincidir com o ideal. Quando Freud fala em castração no campo do objeto ele está falando da aceitação de que há um objeto perdido - o objeto incestuoso que deve ser renunciado pelo sujeito - e que a plenitude será conseguida apenas momentaneamente, mas nunca aparecerá nenhum objeto que obture por completo a falta instalada pelo recalque originário. De forma análoga, a castração no registro identificatório diz da aceitação da permanente distância entre o eu e o ideal proveniente da desidentificação do eu com o valorizado frente a presença de um terceiro no campo de desejo materno. Dessa forma, o campo do ideal, referente ao ideal de eu, coloca uma promessa de futuro, onde não sou, mas posso chegar a sê-lo e quanto mais o sujeito se aproxima desse ideal melhor se sente, mas nunca chega a sê-lo totalmente. Da mesma forma que ocorre em relação ao objeto perdido no recalque originário, a plenitude em relação ao ideal é momentânea. Hornstein (1989) usa o exemplo de um esportista que ganha uma competição. No momento da vitória o sentimento que está presente é um triunfo do eu ideal, mas ao passar o momento de euforia volta a se instalar a não coincidência entre o eu e o ideal.

Há todo um campo da psicopatologia que se abre frente à problemática do narcisismo. Quando se fala em perdurabilidade de uma estrutura de eu ideal está se falando em termo de alguém que funciona identificado ao valorizado e que não tolera nenhuma distância entre o eu e o ideal. Busca-se sempre um estado de plenitude, um retorno a posição do que Freud denominou como “Sua Majestade o Bebê”, aquilo que contém todo o valorizado e ocupa todo o espaço no campo de desejo materno. Ou seja, a dissolução do eu ideal em ideal de eu não é total, ficando elementos do eu ideal presentes no sujeito.

#### **4.4 Toxicomania como Problemática Narcísica**

Tomando como base a concepção de narcisismo apresentada anteriormente, é possível entender o fenômeno da toxicomania como uma problemática narcísica. Para tal, os conceitos de *eu ideal* e *ideal de eu* são de extrema importância. Ao ter a figura materna confrontada pela castração, o infante sairia do registro do eu ideal para entrar no registro do ideal de eu. Porém, é possível observar que na toxicomania o sujeito continua instalado no registro do eu ideal e o objeto droga entra na sua economia psíquica como o objeto que tenta tamponar a sua falta estrutural, numa busca pela completude fálica do desejo materno.

A esse respeito, Pacheco Filho (1998-1999) argumenta:

Ainda que muitos prefiram conceptualizar a própria droga como um objeto (tema que não pretendo me aprofundar), é inegável que a droga participa de um processo que, quase sempre, envolve evidentes mudanças nas relações de objeto de quem consome. Poderíamos dizer que elas se aproximam mais de escolhas narcísicas ou então, que a libido do drogado parece retroagir para organizações mais narcísicas (ou até mesmo auto-eróticas), em vez de dirigir-se para organizações mais marcadas pela castração simbólica e pelas regras da cultura. Talvez alguns prefiram caracterizar o drogado como buscando “relações duais narcísicas”, imerso que está na “dialética do ser”, ao invés de percorrendo a rota de busca de “insígnias fálicas” na cultura, segundo os preceitos da “dialética do ter” (p. 129).

Lacan compreende dois tempos da castração. O primeiro, em um registro imaginário, refere-se ao momento onde o infante reconhece que não é o falo da mãe e identifica o outro, a figura paterna, como sendo. Esse tempo é denominado como a “dialética do ser”, onde se eu reconheço que sou tudo, logo o outro é nada e se sou nada, o outro é tudo. O segundo tempo, que se dá em um registro simbólico, faz referência ao momento onde o bebê reconhece que o outro também não é o falo da mãe, mas identifica que o outro tem algo que mantém a atenção da mãe e é isso que passa a buscar em uma “dialética do ter”.

O toxicômano estaria então preso na “dialética do ser”, onde tenta a qualquer custo se manter na posição de falo de mãe. Dessa forma, o sujeito busca ocupar permanentemente o lugar preferencial no campo do olhar materno, numa tentativa de se reproduzir no registro do eu ideal e da onipotência narcísica. Isso ocorreria, segundo Birman (2009), por um esvaziamento da figura paterna. Ele coloca que o

pai para os toxicômanos encontra-se no limite da ausência, sendo figuras esvaziadas em seu poder simbólico, num cenário psíquico dominado pela mãe.

A castração, portanto, inaugura o sujeito como falta-a-ser, sendo essa a falha estrutural do sujeito. Dessa forma, o indivíduo se dirige à sociedade e à cultura numa busca interminável de reencontrar o “nunca antes contatado objeto do desejo”. Alguns suportam melhor que outros essa falta estrutural da existência. Está aí o motivo de a condição humana ser atingida pela barragem do gozo absoluto e pela ordenação da Lei. O objeto causa do desejo é impossível de ser atingido e mesmo nomeado. E assim o é pois o contato direto com ele seria mortífero, da ordem da pulsão de morte de Freud (Pacheco Filho, 2007).

Outro texto emblemático de Freud para entender a questão das toxicomanias é “O mal-estar na civilização”, de 1930. Nesse texto, Freud coloca que a vida dos humanos é muito árdua para ser suportada, em função dos sofrimentos e das infelicidades que são provenientes de três fontes: o próprio corpo, fadado à decadência e dissolução; o mundo externo material, que pode se voltar contra o sujeito com forças de destruição esmagadoras e impiedosas e a sociedade e a cultura, que exigem do ser humano que esse renuncie às suas pulsões, orientadas pelo princípio do prazer, em nome do que ele chamou de princípio de realidade. Por conta disso, o homem é forçado a buscar caminhos alternativos para suportar o peso da condição humana. Freud enumera algumas possibilidades e entre elas coloca que a mais grosseira, porém a mais eficaz é o recurso à droga. Ele coloca que a droga tanto é capaz de aumentar o prazer quanto de diminuir a sensibilidade ao desprazer e se oferece como meio para atingir um alto grau de independência do mundo externo e da realidade.

Freud, em 1930, previa que o sujeito, frente a sua “incompletude fundante” e na busca da felicidade perdida, encontraria nas drogas o método mais eficiente de evitar o sofrimento. Esse alívio propiciado pelas drogas traz a esperança de eliminar a divisão subjetiva, a “incompletude” do sujeito frente a sua falta de ser feliz, que é o maior desejo humano (Grossi, *apud* Dias, 2009, p.3).

Para Freud, então, o gozo absoluto é impossível e somente doses moderadas de prazer se apresentam como viáveis. Sendo assim, a busca por essa felicidade moderada se apresenta como um desafio onde cada sujeito deve encontrar, por si próprio, o seu caminho particular, que o conduza a meta desejada. A toxicomania,

assim, aparece como uma trilha substituta frente ao fracasso dessa linha traçada pelo sujeito em busca de sua felicidade (Pacheco Filho, 1998-1999).

Portanto, a toxicomania se inscreve no sujeito como uma problemática narcísica onde a droga se coloca no lugar da falta do objeto causa do desejo. O luto pelo objeto perdido não é finalizado e assim não se cria a possibilidade de resolução do Édipo. Dessa forma, o sujeito toxicômano se instaura numa busca incessante de retorno a posição de falo da mãe numa tentativa de tamponar a falta fundante do sujeito.

#### **4.5 Toxicomania como Sintoma Social**

Um dado importante a ser levado em conta é que, apesar de se ter referência do uso de drogas nas mais diversas sociedades e culturas, o consumo das mesmas nunca atingiu nível tal de intensidade como nos dias atuais. Poderíamos então caracterizar a toxicomania como sintoma social?

Vários autores afirmam que sim. Salmen (2009) cita Souza (1991) para fazer essa afirmação. Ela coloca que é possível definir sintoma social como “aquele sustentado por uma fantasia através da qual se denota o modo como os sujeitos controlam os ideais, buscando manter distante a castração” (p. 4). Salmen (2009) afirma também que não basta que um grande número de pessoas em uma comunidade seja acometido por algo para que isso se caracterize como sintoma social. Dessa forma, a toxicomania seria um sintoma social a partir do momento em que ela está inscrita, mesmo que nas entrelinhas, no discurso dominante de uma sociedade em uma dada época.

Birman (2009) faz uma leitura da sociedade “pós-moderna” relacionando a ascensão da indústria farmacêutica de psicofármacos com o crescimento da indústria do narcotráfico. Ele aponta que a psiquiatria se transformou de maneira radical no capitalismo pós-moderno. Guiada pelos valores do cientificismo, foi aos poucos priorizando os meios medicamentosos de intervenção em detrimento dos instrumentos centrados na palavra. Dessa forma, a utilização de drogas eficientes

contra a angústia e a depressão indica uma mudança significativa no modo como os indivíduos se relacionam com esses sofrimentos.

A utilização de psicofármacos transcendeu em muito a prática psiquiátrica, migrando então para o campo da clínica médica [...] por essa via tecnológica, a população passou a ser ativamente medicalizada, numa escala sem precedentes. É por esse viés que podemos apreender as relações secretas e perigosas entre as ditas drogas pesadas e as supostas drogas medicamentosas, isto é, entre a indústria do narcotráfico e a grande indústria farmacêutica [...] é evidente que as duas se complementam de maneira harmoniosa e quase perfeita, pois em ambas é o evitamento de qualquer sofrimento psíquico pelo sujeito que está em pauta, nas condições atuais do mal-estar na civilização (Birman, 2009, p. 242).

O que está em questão nesse discurso psicopatológico é um modelo do que deve ser o sujeito, um imperativo moral do que o homem deve ser e uma norma de sanidade à qual deve se submeter e adequar. A esse imperativo moral e essa norma de conduta está referenciado o que Lasch chamou, no final dos anos 70, de *cultura do narcisismo*, ou então *sociedade do espetáculo* como foi formulado por Debord no final dos anos 60. Em ambas as formulações, está colocado que o sujeito perde suas relações com a noção de tempo e história. O que passa a prevalecer é o tempo presente, o imediatismo pontual do momento. O horizonte do futuro se estreita e a memória se perde. É o eu que está em questão o tempo todo, alargado e exaltado em suas fronteiras (Birman, 2009).

Nesse contexto, as drogas medicamentosas, por seu grande efeito antidepressivo e tranquilizante, visam colocar os indivíduos que não têm o narcisismo necessário para implementar a inflação do eu e se inserir na cultura do narcisismo, de volta na cena da “sociedade do espetáculo”. Frente a isso, as toxicomanias são os efeitos mais evidentes dos imperativos éticos da sociedade capitalista. É pelo consumo massivo de drogas que o sujeito tenta regular os seus humores e efeitos maiores do mal-estar para se inscrever na rede de relações da cultura do narcisismo.

Apenas nesse contexto podemos interpretar o fantástico crescimento das toxicomanias nas últimas décadas, pois, seja pelo narcotráfico, pela farmacodependência ou pelos psicofármacos, o que está sempre em pauta é a transformação do sujeito inseguro, deprimido e panicado em cidadão da sociedade do espetáculo (Birman, 2009, p. 248)

Pacheco Filho (1998-1999) coloca que parece inequívoca a existência de uma correlação entre o recurso à droga e a inviabilidade de identificações que forneçam uma provisão narcísica relativamente estável e suficiente na cultura. A toxicomania passa a ser o paradigma do que se transformou a relação sujeito-objeto no mundo pós-moderno, por isso os seus efeitos nocivos se alastram rapidamente.

Como foi lembrado anteriormente, quase toda cultura reserva lugares e momentos para o consumo de drogas. O que faz a diferença, em termos de intensidade, frequência e modo de consumo de drogas no capitalismo, é o fato de acontecer em uma cultura fundamentada no imperativo do consumo. “Constata-se que sempre houve uso de drogas, em todas as sociedades e em todos os tempos, mas não em um mercado estruturado que coloca como imperativo: ‘Consuma!’, ‘Goze!’, ‘Faça-se!’” (Pacheco Filho, 1998-1999, p. 142).

## V. Considerações Finais

Com base em tudo que foi apresentado até o momento, podemos refletir sobre como a Psicanálise, com o seu saber específico e a sua teoria clínica, pode defender a redução de danos como estratégia na atenção ao sujeito toxicômano.

A clínica psicanalítica se baseia na escuta. Escuta essa dirigida não ao indivíduo, mas ao sujeito do inconsciente. Espera-se que possa surgir na experiência clínica a causa do desejo do sujeito, aquilo que o move. Sendo assim, o psicanalista não trata a dependência química, mas trata de um sujeito que sofre com sua toxicomania. Ao dar ênfase às questões do sujeito é possível o afastamento do paradigma da dependência química para que possa emergir a relação do sujeito com o tóxico e o lugar que esse ocupa em sua economia libidinal. Não é todo uso de drogas que se considera como toxicomania, essa surge como sintoma quando a relação estabelecida entre o sujeito e a droga é tóxica, tornando-se o recurso para a solução de todos os conflitos psíquicos do sujeito. Dessa maneira, o processo de cura para a Psicanálise, diferentemente de outras correntes, aposta em uma mudança subjetiva de posição do sujeito e não na abstinência ou não abstinência. Ela passa pela escuta do desejo inconsciente (Dias, 2009).

A partir disso, o sujeito toxicômano pode ser compreendido pela Psicanálise através da ampliação do olhar sobre este, o que o ponto de vista da dependência química não proporciona. Na clínica psicanalítica, o sujeito-à-droga é convocado a deixar emergir o sujeito como falta-a-ser, com suas demandas e desejos, numa tentativa de responsabilizá-lo por suas escolhas.

Pacheco Filho (2007) vai colocar que a Psicanálise, frente a pergunta sobre remédios definitivos para os males causados pelo capitalismo, só tem a responder que esses não existem, a menos que se pretenda discutir seriamente alternativas de transformações profundas e substanciais da própria sociedade. Ao se tomar um

problema focal, como é o caso das toxicomanias, e buscar soluções particulares apenas para ele, emerge uma tentativa de dissimular a origem real do problema e sua gravidade.

A prática psicanalítica convoca o sujeito a interrogar seu próprio desejo. Portanto propõe ao toxicômano que esse se interrogue a respeito de sua prática de consumo de drogas. O fundamento dessa proposta não tem relação com o fato de a via de realização do desejo escolhida pelo sujeito não ser aprovada pela sociedade.

A psicanálise se dá o direito de interrogar os drogaditos pelas mesmas razões que se autoriza a interrogar todos os seres humanos e todas as sociedades: por seu posicionamento em favor da relevância da verdade do sujeito humano, que a leva a questionar as alienações de sua existência, derivadas tanto de sua condição estrutural de ser da linguagem quanto das circunstâncias contingenciais de sua inserção social e histórica em determinada sociedade (Pacheco Filho, 2007, p.41-42).

Esse entendimento da clínica psicanalítica vai na contramão do entendimento real acerca do usuário de drogas praticado pelos ideólogos que defendem uma política de abstinência e guerra às drogas. Ao não considerar a possibilidade e a vontade do sujeito quanto a deixar de consumir o tóxico e ao fomentar um imaginário social que marginaliza o toxicômano, pressupõe-se um sujeito não responsável por seus atos, “alienado em sua existência”, não lhe sendo dado o direito de decidir a respeito do seu próprio destino. Frente a isso, tornam-se hipócritas ações que vão ao sentido de criminalizar o usuário de drogas, responsabilizando-o pelos problemas que decorrem do tráfico de drogas. Pacheco Filho (2007) argumenta que esse tipo de ação está baseado em uma ideologia moralizante dissimuladora. Se apresentam como véus que pretendem encobrir a corrupção das instituições do Estado e os problemas estruturais do capitalismo.

Segundo Birman (2009): “A posição do analista implica o rompimento com a ideologia de higiene social sobre as drogas e com o moralismo tradicional que constitui um sistema acusatório sinistro contra os usuários” (p. 205). Ele afirma isso considerando que o que cabe ao analista não é participar de uma cruzada pela vida sob a alegação de estar promovendo a higiene pessoal ou então reafirmar as ideologias familiares decorrentes de conflitos geracionais. O papel ético do analista é

o de oferecer escuta ao toxicômano procurando decifrar as vias de prazer na relação com a droga e as impossibilidades psíquicas desse sujeito frente a uma outra economia libidinal.

A Psicanálise entende que cada sujeito estabelece com a droga uma relação singular, sendo essa relação fruto de uma economia psíquica que se constitui como tal na infância, frente as possibilidades de resolução do Édipo. Dessa forma, não é possível propor para o sujeito uma via única e vertical para lidar com o seu sofrimento, como fazem os ideólogos que defendem que o único caminho para lidar com tal relação é o caminho da abstinência forçada.

Levando em conta os pressupostos da estratégia de redução de danos apresentados anteriormente, entendendo que há uma gama muito extensa de possibilidades e alternativas de tratamento para lidar com essa população específica. A Psicanálise vem a oferecer uma modalidade de escuta que permite ao sujeito que ele escolha por si próprio qual a alternativa que lhe diz respeito e como seguir nessa empreitada. Se ao sujeito lhe parecer que a abstinência é a única forma de lidar com o seu sofrimento, essa não será um problema para o analista, desde que essa decisão se tome ao considerar suas possibilidades frente a sua economia psíquica de forma responsável. Assim como, se a escolha for por não deixar de consumir o tóxico, a possibilidade de escuta deve continuar se fazendo possível e o caminho a ser trilhado em análise deve ser o de entender qual o espaço ocupado por esse objeto que o torna algo tão essencial para a vida do sujeito.

Frente a isso, a estratégia de redução de danos pode facilmente estar aliada ao trabalho analítico numa tentativa de oferecer ao sujeito da toxicomania que esse retome as rédeas de suas escolhas, sem lhe negar sua cidadania, a partir de um pressuposto ético.

## Referências

BAUDELAIRE, Charles (1821-1867). **Pequenos Poemas em Prosa**. Rio de Janeiro: Athena Editora, 1937. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/51173360/Baudelaire-Pequenos-Poemas-em-Prosa>. Acesso em: 01 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de Redução de Danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CASTRO, Odilon da Silva. **Redução de Danos**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso de Serviço Social, Faculdade Paulista de Serviço Social de São Caetano do Sul. São Caetano do Sul, 2002. 83 p.

CAZENAVE, Silvia de Oliveira Santos. Toxicologia Geral das Substâncias Psicoativas de Abuso. In: SEIBEL, Sérgio Dário e TOSCANO, Alfredo Jr. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2000, p 35-46.

DIAS, Renata Aparecida de Almeida Bersani. **Psicanálise e Toxicomania**. Governador Valadares, 2009, 16p. TCCP (Pós-graduação em Psicanálise: Teoria, Interfaces e Aplicações) – Universidade Vale do Rio Doce, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <http://www.pergamun.univale.br/pergamun/tcc/Psicanaliseetoxicomania.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2011.

ESCOHOTADO, Antonio. **O livro das Drogas**: usos e abusos, desafios e preconceitos. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

FREUD, Sigmund (1914). Introdução ao Narcisismo. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, vol. VII. Rio de Janeiro: Ed. Delta S. A.

FREUD, Sigmund (1930). O mal-estar na civilização. In: **Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, vol. XIII. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

HORNSTEIN, Luis. **Introdução à Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 1989.

LABIGALINI, Eliseu Jr. O Uso de Cannabis por Dependentes de Crack: um exemplo de redução de danos. In: MESQUITA, Fabio e SEIBEL, Sérgio Dário (orgs.) **Consumo de Drogas**: desafios e perspectivas. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 173-184.

LACAN, Jacques (1966). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 96-103.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2009.

MIGUELEZ, Oscar M. **Narcisismos**. São Paulo: Escuta, 2007.

O'HARE, Pat. Redução de Danos: alguns princípios e a ação prática. In: MESQUITA, Fabio e BASTOS, Francisco Inácio (orgs.) **Drogas e Aids**: estratégias de redução de danos. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 65-78.

PACHECO FILHO, Raul Albino. Drogas: um mal-estar na cultura contemporânea. **Revista Psicanálise e Universidade**. São Paulo, n. 9 -10, p. 119-147, jul./dez. 1998-jan./jun. 1999.

PACHECO FILHO, Raul Albino. Toxicomania: um modo fracassado de lidar com a falta estrutural do sujeito e com as contradições da sociedade. **Mental**. Barbacena, v. 5, n. 9, p. 29-45, nov. 2007.

QUAGLIA, Giovanna. **Ética, Cidadania e Redução de Danos**. Texto produzido em parceria com a equipe técnica da UNDCP (Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas) para o III Treinamento de Redutores de Danos da ABORDA em São Paulo entre 8 e 14 de outubro de 2000.

RIOS, Terezinha Azerêdo. Pela Ética, Contra a Indiferença. **Psi Jornal de Psicologia CRP SP**, São Paulo, n.158, p.30-31, dez/jan 2008/2009.

SALMEN, Sebastiana Maria Lopes. **Toxicomania: um sintoma social?** Governador Valadares, 2009, 18p. TCCP (Pós-graduação em Psicanálise: Teoria, Interfaces e Aplicações) – Universidade Vale do Rio Doce, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <http://www.pergamun.univale.br/pergamun/tcc/Toxicomaniaumsintomasocial.pdf>.

Acesso em: 16 mai. 2011.

SEIBEL, Sérgio Dário e TOSCANO, Alfredo Jr. Conceitos Básicos e Classificação Geral das Substâncias Psicoativas. In: SEIBEL, Sérgio Dário e TOSCANO, Alfredo Jr. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 1-6.

SODELLI, Marcelo. **Uso de Drogas e Prevenção**: da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade. São Paulo: Iglu, 2010.

TOSCANO, Alfredo Jr. Um Breve Histórico Sobre o Uso de Drogas. In: SEIBEL, Sérgio Dário e TOSCANO, Alfredo Jr. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 7-23.