

Redução de Danos e Psicanálise de orientação Lacaniana nas internações de usuários de drogas

Harm Reduction and Lacanian Psychoanalysis during drug users hospitalization

**Maycon Rodrigo da Silveira Torres,
Paulo Eduardo Viana Vidal**

Resumo

Este artigo discute a articulação possível entre Redução de Danos e psicanálise de orientação lacaniana no contexto de internação para usuários de drogas. Parte-se do relato de uma prática de Grupo de Redução de Danos e das falas dos usuários registradas em livro-ata. A Redução de Danos (RD) é a direção de políticas públicas que visam promover o acesso à saúde aos usuários de álcool e outras drogas entendendo que tal consumo não é um problema em si. Sem exigir a abstinência como ideal de cura, a RD se aproxima da psicanálise por trabalhar com a construção de vínculos. No contexto de internação, a RD esvazia o caráter imaginário criado na instituição ao trazer de fora a experiência que fura o ideal de cura. Entretanto, a RD afasta-se da psicanálise se considerada como criação de um novo ideal pelo uso regulado das drogas possível a todos.

Palavras-chave

Redução de Danos, Psicanálise, Internação.

Abstract

This paper discuss possible articulation between Harm Reduction and lacanian psychoanalysis during a period of hospitalization of drugs users. The practice of a Harm Reduction Group is used by collecting lines spoken by drug users and wronthen down in institucional records. Harm Reduction (HR) is a public policy that aims to promote health access to alcohol and other drugs users by dealing with consumption as not a problem itself. HR does not demand abstinence as an ideal of cure, there for its aproach links to psychoanalysis for construction bonds. In the context of hospitalization, HR empties imaginary caracteristcs build in the institution as it brings from the outside an experience that drills the ideal of cure. However, HR moves away from psychoanalysis for creating a new ideal of regulated drug use possible to everyone.

Keywords

Harm Reduction, Psychoanalysis, Hospitalization.

Maycon Rodrigo da Silveira Torres

UFF

Especialista em Psicanálise e Saúde Mental/UFF
Mestre em Estudos da subjetividade/UFF
Doutorando em Estudos da Subjetividade/UFF
Professor FAMATH
Trabalhador e Pesquisador em Saúde Mental e o Campo de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas

Paulo Eduardo Viana Vidal

UFF

Professor-associado do Departamento de Psicologia da UFF
Doutor em Teoria Psicanalítica pela UFRJ

Introdução

A internação em um hospital psiquiátrico promove o rompimento do contexto de vida do sujeito através do afastamento do convívio social. No caso dos usuários de drogas, observa-se como consequência desta lógica de tratamento a modulação de discurso do sujeito em função da abstinência que acredita-se ser o que espera o ideal institucional encarnado pela equipe profissional. Há uma divisão entre este discurso rígido dos pacientes endereçado à equipe e o discurso fluido nos espaços de convivência com os demais pacientes. A experiência de fissura se faz presente nestes dois momentos, atualizando certo muro que separa o dentro institucional carregado de fantasia imaginária e o fora de gozo com a droga. Como estratégia de manejo deste fenômeno, apresentamos a prática do Grupo de Redução de Danos (GRD). A pesquisa toma por fonte os relatos registrados em livro-ata na instituição e foi autorizada pelo Comitê de Ética sob a inscrição CAAE 35033914.7.0000.5243. Todos os nomes próprios utilizados são fictícios para garantir o anonimato dos participantes.

Estruturado como um grupo de fala e de palavra, o GRD é aberto à participação voluntária dos pacientes. A coordenação é realizada pela equipe do Programa de Redução de Danos vinculado ao CAPSad e o psicólogo de referência do setor de internação. Sua proposta é criar um espaço de discussão sobre o uso de substâncias psicoativas e suas consequências com intuito de construir com os pacientes internados estratégias para reduzir os danos decorrentes deste uso. O GRD é um modo de seguir as diretrizes das políticas públicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) que propõem a redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de drogas através do desenvolvimento de ações dirigidas ao usuários que não podem, não conseguem ou não querem interromper o uso, mas que podem beneficiar-se de estratégias de proteção.

A Redução de Danos na instituição

Um primeiro desafio que encontramos é a questão da abstinência. A internação é o momento de abstinência forçada, escolhida ou não pelo sujeito. Inserida no contexto hospitalar, este momento é atravessado pelo ideal médico de cura e sustenta a fantasia imaginária de uma vida sem drogas. Estar acolhido em uma internação evoca a abstinência como ponto de referência que orienta o discurso dos usuários. Discutir o uso de drogas de modo mais aberto encontra certa resistência por parte dos pacientes pelo fato de que com a proteção de uma instituição total reforça-se a ideia de que o único modo possível de tratamento é a interrupção definitiva do uso. Sustentar um espaço que interroga este ideal já marca a direção do tratamento: a aposta na entrada pela via discursiva de algo do uso abusivo de drogas durante momento de suspensão deste uso.

A heterogeneidade dos participantes permite o encontro de usuários em momentos distintos de sua relação com as drogas e com o tratamento, de modo que aqueles com um longo histórico de internações afirmam que apenas esta modalidade de tratamento não garante mudança em suas vidas. A via seguida nesta prática de grupo é do trabalho significativo em que o que é dito por um possa reverberar no outro e incluir aí o que é do Outro, que retorna ao sujeito como sua própria mensagem. É o trabalho de fala em que o encontro com os semelhantes possibilita advir a alteridade, apostando na formulação de Lacan (1953-54/1986, p. 61) que toma a palavra como “mediação entre o sujeito e o outro e ela implica na realização do outro na mediação mesma”.

O objetivo do grupo em dar lugar à palavra do sujeito orienta escutar o que os participantes tem a dizer, independente do conteúdo. Alberto queixa-se da instituição e chega a comparar negativamente a internação a uma

prisão, pois “os presos pelo menos saem profissionalizados.” Ao mesmo tempo, ele afirma que a diferença entre as duas instituições é que “aqui vocês dão valor a nossa palavra, vocês conseguem nos ouvir. Pode parecer pouco, mas vocês não tem noção da importância.” Reconhece-se ainda que a dificuldade de sustentar um tratamento muitas vezes tem a ver com a palavra. Como disse João “falar é muito difícil, me dá angústia e vontade de usar [drogas].”

A RD é comumente registrada como redução da quantidade de uso ou a troca de uma droga mais danosa por outra menos (CRUZ, 2006). Ainda que não restrinja-se a isto, o fato de não aderir ao ideal de abstinência causa certo mal-estar, pois há por parte dos pacientes expectativa pelo reforço dos votos de abstinência. Falar sobre a história pessoal e encontrar-se no grupo com as histórias dos outros permitiu a conclusão de um participante de que a “Redução de Danos serve para quem já tentou parar várias vezes e recaiu,” buscando assim uma “recaída menos danosa.”

Um dos primeiros problemas que encontramos na condução foi a insistência em frisar a não exigência de abstinência. Como consequência, acabamos retirando a abstinência como uma possibilidade e a RD restringiu-se à discussão sobre substituição de drogas. Na tentativa de afirmar uma prática não restritiva corríamos o risco de impor aos pacientes um novo ideal – o uso regulado de drogas – ainda que denegado. Assim, vale a indicação de que “a presença do analista é ela própria uma manifestação do inconsciente” (LACAN, 1964/2008, p. 125). Ou seja, os coordenadores do grupo fazem parte do que é dito pelos participantes, de modo que o ideal pode impossibilitar a escuta.

A presença da equipe com uma direção apontada para um ideal, ao invés de remeter à ordem significante cuja dimensão simbólica presentifica uma falta – falta de sentido unívoco –, incitava uma fala sobre as drogas sem distanciamento. Falar sobre drogas tornou-se equivalente a usá-las. As consequências para o tratamento foram o aumento de queixas de fissura e abuso de medicação ansiolíticas como meio de acessar ao gozo da intoxicação ainda que por substâncias legais e prescritas pelo saber médico.

Isto posto, cabe ressaltar que a presença do psicólogo no grupo remete à internação, aos votos de melhora e abstinência endereçados ao saber médico. Os pacientes sustentam o discurso referido ao ideal suposto de cura. A proposta de um Redutor de danos vindo de fora da instituição, “da pista”, é um modo de fazer falar esvaziado deste ideal. O GRD só opera como tal com a participação do Redutor, pois como afirmou um participante: “com psicólogo é só conversa psicológica.” O Redutor atua como um fora-dentro que permite ao psicólogo ser esse de dentro-fora, de onde pode operar com a psicanálise, como discutiremos subsequentemente.

A internação pode ter a conotação de proteger o usuário, mas certamente também o exclui do laço social. A orientação de tratamento como abstinência suprime a dimensão de singularidade de cada usuário por submeter todos a uma mesmo objetivo final. Este modelo passa a ser visto como um modo de segregação que historicamente “operava não somente isolando os sujeitos da sociedade, mas também excluindo sua subjetividade, uma vez que o discurso do mestre os nomeava toxicômanos e prescrevia a abstinência” (ALVARENGA, 2012, p. 78-9).

Assim, a proposta de construir um espaço de fala que não reforce tais nomeações predeterminadas causa incômodo que deve ser sustentado para permitir o sujeito de encontrar-se com a história de outros que entendem o próprio uso de substâncias diferentemente. Destaca-se a conclusão de que “a RD é muito pessoal.” João afirma que “ficar limpo é fácil, viver limpo não é fácil. É viver infeliz para o resto da vida. Droga é felicidade comprada,” o que faz retornar aos demais participantes o reconhecimento do uso de substâncias para além de uma doença. Falar deste uso pessoal entre outros é

um modo de sujeito por em palavras o que é de um gozo fora da palavra, restrito à ação e ao corpo.

Conduzimos nossa reflexão com o conceito de “operação toxicômana” (TERRAB, 1998, p. 154), isto é, o que mantém o sujeito em um fazer (ato de drogar-se) ao nível da experiência num processo de exclusão do próprio sujeito em relação à experiência da droga. A prática de drogas torna-se problemática quando se esvazia de significação e não pode ser posta em uma série do deslizamento significante, ou seja, não produz associações a outros elementos do discurso do sujeito, tal qual a experiência da análise que engendra o próprio sujeito como efeito da associação livre da enunciação endereçada ao analista. Com o uso de drogas, a experiência vazia do sujeito do inconsciente estruturalmente posta a todos transforma-se em experiência vazia de Outro por abolir o endereçamento através desta prática de gozo limitada ao corpo. O GRD apresenta-se como um espaço para tratar do gozo que está fora do discurso e presente como positividade da repetição vivida nos momentos alternados de abstinência e intoxicação, pois a “intoxicação requer o não falar e sabemos que a única chance clínica que temos nestes casos é ‘fazer falar’” (TERRAB, 1998, p. 154).

Propomos ser falando sobre o uso de drogas em sua história que o sujeito pode produzir ou deslocar algum sentido para o mal-estar em sua queixa. Como diz Sávio, “A droga não é a causa de nada, é consequência do que não sei lidar comigo.” Por mais que a fissura se manifeste, “é preciso falar das drogas para tratar o problema, ”afirma Mário. Sustentar esta direção esbarra na dificuldade em subjetivar a relação do sujeito com as drogas. A “fissura” é um termo que parece ter um sentido totalmente fechado e já entendido tanto para o usuário quanto para a equipe. É preciso interrogar a cada vez o que é a tal fissura e o que significa para cada um. João inicia sua internação estabelecendo uma diferença entre fissura e angústia: a angústia é o incômodo de estar na vida, de falar, e a fissura é a falta da droga frente este incômodo.

Então, qual a relação da fissura com a angústia, que se manifesta na prática de grupo? Criar um espaço para o sujeito falar de seu gozo pode rapidamente cair em um lugar de gozar entre outros, acentuando a dimensão imaginária que constitui o laço entre o Eu e o outro (LACAN, 1949/1998). Falar sobre o modo como cada um usa droga, as consequências deste uso e o envolvimento com o tráfico cria fenômenos como risos debochados, descrição excessiva de detalhes, menosprezo pela palavra do outro, apresentando deste modo uma forma de gozar na presença de outros. O outro, o próximo, tem papel fundamental na constituição subjetiva, uma vez que o Eu é uma construção que se dá em relação ao outro e não em relação a um objeto de satisfação. Por este motivo, existe uma ambiguidade na relação do Eu com o outro: ao mesmo tempo que me reconheço no outro, ele pode tornar-se meu inimigo e roubar meu lugar. A relação imaginária é construída sobre um fundo de competição permanente e mortal, entre prazer e desprazer, onde “pelo viés portanto do desprazer, que o próximo surge como dessemelhante, estranho” (FALBO, 2005, p. 151).

A orientação psicanalítica no retorcer dos discursos

É recorrente no grupo a ideia de que o poder público deveria investir mais dinheiro na construção de hospital do que em RD. Por isto, a internação ganha importância como via de aprendizagem para manter abstinência. Moisés interroga se os coordenadores do grupo já tiveram algum problema com álcool ou outras drogas. Reconhece que não gosta de beber, mas o faz para “esquecer os problemas que não consegue resolver.” Sua questão provocou exaltação e divisão no grupo: uma parte acreditava ser importante saber tal informação e outra, não. Foi perguntado se saber disto faz diferença para o tratamento e Moisés respondeu que precisa ouvir de nós

como resolvemos nossos problemas para então poder ocupar nosso lugar: “quero que vocês me ensinem isso!” Reafirmou-se ser o trabalho de cada um no grupo a construção de estratégias pessoais. O grupo foi encerrado com esta tensão.

O que podemos observar com este fragmento é o modo como os discursos podem girar nesta prática de grupo. Oferecendo-se à demanda do Outro segregador da toxicomania pela construção de mais interações - Discurso do Mestre -, passando pela tentativa de construção de um laço social pela exigência endereçada às figuras dos redutores de danos como possíveis mestres de um saber que obture a dimensão singular do gozo implicado nas práticas de drogas - Discurso da Histérica -, a vertente de educação que atravessa as diretrizes da RD deixam sua marca na possibilidade de produção efetiva de um saber tal qual a máxima de trocar droga mais danosa por outra menos danosa - Discurso do Universitário. As estratégias que os usuários constroem a partir do encontro com os redutores de danos e os outros usuários tem efeitos, mas é preciso haver um segundo tempo para acolher seus efeitos - Discurso do Analista.

Encontra-se consonância da prática do GRD com a dimensão de grupo terapêutico. Se considerarmos que a clínica se funda a partir da transferência em sua multiplicidade de uma demanda do sujeito endereçado a um profissional ou instituição através da enunciação de sua realidade psíquica pela fala, os efeitos do grupo podem ser entendidos como terapêuticos - ainda que guarde particularidades que tentamos ressaltar neste trabalho. O inconsciente que emerge no discurso sempre produz sentidos que podem ser individuais e coletivos. Neste processo,

[...] torna-se possível a passagem do ‘Discurso do Mestre’ – em que o sujeito se punha a serviço da Demanda do Outro, serviço expresso no sintoma como dissipação de gozo – ao laço social Discurso da Histeria, no qual se dá a interrogação do sintoma e a autoinclusão no trabalho de sua solução. Com isso abrem-se as possibilidades da passagem ao Discurso do Analista, em que o terapeuta opera com a função de instituir o sujeito no discurso do Outro, ou seja, na associação significativa (PRATA; COSTA-ROSA, 2013, p. 681).

Em reinternação, Alberto relata ter aprendido os riscos de usar crack no copo, em especial reutilizar o resto da droga que adere ao plástico - prática comum entre os usuários e que remete a uma “onda mais forte.” Como promoção de saúde, esta informação visa reduzir o dano provocado pela ingestão dos compostos químicos do plástico através dos pulmões. Reduziu e controlou o uso de drogas por algum tempo até o momento em que voltou a usar crack no copinho de plástico e a raspar esse resto: “eu sabia que ia me fazer mal [...] Esse era o fundo do poço, mas era o que eu queria. Eu queria os danos!” A dureza de sua fala produziu o impulso do redutor de danos em valorizar o que ele havia conseguido de um uso regulado e menos danoso. A função do praticante de psicanálise por sua vez foi pontuar qual a posição do sujeito implicado em sua modalidade de gozo. Estando em um grupo, a intervenção que visa incidir sobre o sujeito que comparece em seu dizer também viabiliza sustentar a intervenção relançando-a como questão aos demais participantes: em que medida cada um está implicado com seu dano, seu gozo? O encerramento do grupo operou como um corte de tal modo que o que do sujeito emergiu na fala não seja capturado por sentidos produzidos em nome de uma ética pedagógica do bem-estar.

Devemos então atentar para a relação entre RD e psicanálise. Ainda que haja pontos de articulações possíveis, é fundamental interrogarmos se a abordagem da RD considera as dimensões do gozo intrinsecamente atrelada

às práticas de intoxicação, de modo que a ética construída pela Reforma Psiquiátrica que preconiza o bem-estar psicossocial dos pacientes não promova um outro tipo de demissão subjetiva comuns aos modelos que visam a abstinência. Considera-se que “abordagem psicossocial tende a desconsiderar a existência de um mais além do princípio do prazer que impele o sujeito a buscar um prazer no corpo que pode, em última instância, implicar na sua autodestruição” (RIBEIRO, 2010, p. 2).

De fato, a fala deste usuário interroga o ideal em que a RD pode ser capturada de uma sociedade com uso de drogas regulado. Este é um dos limites da relação entre RD e psicanálise, pois como política pública esbarra-se no imperativo de gerir a população, sendo, deste modo, uma modulação prática do Discurso do Mestre. O reconhecimento de uma sociedade que inclua o uso de drogas pode produzir a ideologia de um uso de drogas regulado possível a todos, ideia tão impossível quanto a da abstinência (LAURENT, 2012). A psicanálise, como o avesso do Discurso do Mestre, é o que vai dar lugar e manejar o que de singular de cada caso fura, interroga e não se adéqua às generalizações. Se os imperativos do mestre ordenam que isso funcione, a dimensão sintomática implicada nisso que não funciona aponta para o impossível de regulação do gozo. Frente esta impossibilidade, cabe então saber-fazer com o gozo e o caminho que a psicanálise aposta e que pode contribuir com a RD é na singularidade do caso a caso.

As práticas de grupo e a posição do praticante de psicanálise

As práticas clínicas de grupo correm sempre o risco de produzir uma identificação vertical de seus membros com um líder. A abertura que Lacan (2003 [1947], p. 113) indica para operar com a psicanálise em grupo é sustentar a “resistência e o desconhecimento sistemático” por parte dos clínicos em contraste à posição corrente de uma tomada total de consciência. Manter o grupo ao alcance da palavra implica necessariamente o desconhecimento sistemático que irrompe na emergência do sujeito, isto é, do inconsciente. Assim, ainda que os coordenadores sejam incluídos como parte do grupo, a posição de analista sustenta-se em seu objetivo: mantê-lo ao alcance da palavra (LACAN, 2003 [1947], p. 114). Se a definição do sujeito do inconsciente é o que um significante representa para outro significante, podemos afirmar que o sujeito é justamente o que não é totalmente apreendido por um significante ou um saber. O saber, neste caso, tanto aquele suposto ao redutor de danos a ensinar ao usuário quanto o que o redutor supõe encontrar nas práticas de drogas relatadas, pode contemplar a dimensão do saber inconsciente que vem a ser lido e pontuado em uma análise e que opera transformação no modo de apreender outros saberes por sua subjetivação.

A concepção do sujeito do inconsciente rompe com sua localização e coincidência no indivíduo plenamente consciente de si. O inconsciente enquanto produção e falha do saber articulado pela incidência da linguagem permite reconhecê-lo nas mais diferentes práticas quando referidas pela fala, afinal o “inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, neste nível em que um sujeito se constitui pelos efeitos do significante” (LACAN, 2008 [1964], p. 126). Seja em um atendimento individual ou em um grupo, o inconsciente surge como o inesperado ou o incômodo.

Faz-se necessário seguir as indicações no que concerne à diferença entre psicanálise pura e psicanálise aplicada (LACAN, 2003 [1967], p. 251). A primeira, ou psicanálise em intensão, diz respeito à formação do analista como consequência de sua própria experiência analítica. Ao fim de uma análise, na travessia da fantasia, há a passagem de analisante à analista. A segunda, ou psicanálise em extensão, estabelece relação com presentificação da psicanálise no mundo, sua inserção em diferentes espaços, como as instituições. O que permite pensar a presença da psicanálise no mundo é sua

forma singular de tratamento do real enquanto impossível ou insuportável: “é o fato de que esse real provoca seu próprio desconhecimento, ou até produz sua negação sistemática.” (LACAN, 2003 [1967], p. 249).

Se o modo de trabalho no grupo é fazer falar a partir dos significantes “droga” e “redução de danos”, a intervenção do praticante de psicanálise é a de autorizar a fala de cada um participante assim como a intervenção de um sobre a fala dos outros, esvaziando os elementos imaginários que atravessam os enlaçamentos narcísicos intrínsecos a qualquer grupo. A recusa do lugar de líder que Lacan valoriza como fundamental para operar em grupo se sustenta, pois a função do praticante orientado pela psicanálise “não é atuar como professor, dar respostas, mas responsabilizar cada um pela produção [do grupo]” (VIDAL, 2011, p. 80).

Não responder ao que nos pedem, não compactuar com uma expectativa de cura e não oferecer um nome para identificação são modulações de uma posição ética que tem consequências. A contribuição da psicanálise no manejo de um grupo de RD se sustenta no fato de não haver a expectativa de um efeito terapêutico que vise o bem-estar do usuários de drogas, uma vez que “não há definição possível da terapêutica senão a de restabelecimento de um estado primário” (LACAN, 2003 [1967], p. 251)

Dos arranjos possíveis, a singularidade está no centro da questão e deve orientar a direção de tratamento. Não passou despercebido por Lacan (2003 [1947]. p. 125) a visada que o incentivo à realização de grupos terapêuticos estabelecem relação com certos imperativos - que podemos aproximar do Discurso do Mestre - e prevê “novos abusos do poder” sobre técnicas que incidem no psiquismo. Esta consideração é fundamental se atentarmos ao fato de muitos modelos de tratamento que trabalham com grupos, orientam-se pela via da identificação e do fortalecimento do Eu e sua força de vontade para promover mudanças na relação do sujeito com a droga. Assim, como afirma Salamane (2014), é recorrente no tratamento para as toxicomanias a ideia de um Eu fraco frente à droga e, por isso, tais modelos procuram estabelecer um Eu forte através dos muros da internação, onde o sujeito se submete para aprender.

O problema é haver uma função de desconhecimento que sempre surpreende o Eu, esta instância que não é senhora da própria casa, que torna qualquer tipo de tratamento pelo ensino inviável, uma vez que este saber pedagogicamente ensinado pode ser reabsorvido pelo Eu e usado como resistência ao tratamento.

Considerações finais

A RD se apresenta como uma ferramenta importante no acesso aos usuários e na possibilidade de vinculação que estabelece. O tratamento, segundo a psicanálise, acontece quando se estabelece um vínculo entre o usuário e o serviço de saúde ou um trabalhador da saúde específico a partir de um pacto firmado sobre o que é possível para o usuário, permitindo assim que algum saber sobre o uso de drogas possa ser construído dentro da singularidade de cada caso. O uso que o sujeito pode fazer tanto do grupo quanto da própria internação será particular e deverá ser pensado dentro de uma direção que contemple esta singularidade.

No GRD, a escuta orientada pela psicanálise incide não só no sujeito que toma palavra, mas também nos profissionais que podem tamponar o silêncio inerente ao uso de drogas com as ideologias que atravessam suas práticas. Os usuários podem estabelecer através de sua fala um saber sobre suas escolhas e seu gozo e isto só é possível através do vínculo com os profissionais da equipe de saúde.

Uma intervenção é clínica quando seus efeitos se fazem sentir na escansão do sujeito e de seu gozo. Desta perda o que advém é um saber, o saber do inconsciente que se furta à verdade, isso que não se sabe mas leva a querer o dano. Sendo esta uma das aproximações possíveis entre psicanálise e RD, sustentar a singularidade do caso e a responsabilidade do sujeito frente seu gozo. Assim, o objetivo do grupo na internação seria possibilitar a vinculação ao serviço de atenção psicossocial ou ao próprio hospital de modo que cada um se responsabilize pela decisão de internar-se, e não delegar à família ou à justiça.

Sobre o artigo

Recebido: 13/03/2016

Aceito: 30/10/2016

Referências bibliográficas

ALVARENGA, Maria Elisa Parreira. Violência e drogadição. **Responsabilidades Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**, v.2, n.1, p. 75-86., 2011/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028 de 1 de julho de 2005.**

CRUZ, Marcelo Santos. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos. In: CIRINO, O. & MEDEIROS, R. **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas.** Autêntica: Belo Horizonte, 2006.

FALBO, Gisele. Considerações sobre o mal estar na civilização. In: BERNARDES, Angela. **10 x Freud.** Niterói: Azougue Editorial, RJ LAPSO, 2005, p. 147-64.

LACAN, Jacques. A psiquiatria inglesa e a guerra (1947). In: _____. **Outros Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

_____. O estádio do espelho como formador da função do eu (1949). In: **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. **O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud (1953-1954).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1986.

_____. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. A proposição de 9 de outubro de 1967 (1967). In: _____. **Outros escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

LAURENT, E. O tratamento das escolhas forçadas da pulsão. In: **Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário.** Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2011-2012.

PRATTA, Nara; COSTA-ROSA, Abílio. O grupo psicoterapêutico e a interpretação na abordagem lacaniana: reflexão e redefinição de possibilidades e modos de atendimento na Saúde Coletiva. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.14, n. 4, pp. 672-689, 2013.

RIBEIRO, Cynara Teixeira. Psicanálise e redução de danos: articulação possível? **IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental**,

Curitiba, 2010. Disponível online em: <goo.gl/1126TM>. Acesso em 10.11.2014.

SALAMANE, Luís Darío. **El silencio de las drogas**. Olivos: Grama ediciones, 2014.

TERRAB, Maurício. Uma experiência vazia. In: BENTES, L. e GOMES, R. **O brilho da infelicidade**. Kalimeros – Escola Brasileira de Psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1998, p. 149-156.

VIDAL, P. Marx não sem Lacan. In: MARIANI, B., (org.) **Discurso, Arquivo e...**, Rio de Janeiro, Ed. Sete Letras, 2011.