

UNIVERSIDADE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

ISABELA CRISTINA BATISTA LEDO

**A psicanálise nas instituições de assistência a usuários de álcool e
drogas: a construção de um lugar**

São Paulo
2017

ISABELA CRISTINA BATISTA LEDO

**A psicanálise nas instituições de assistência a usuários de álcool e
drogas: a construção de um lugar**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lívia
Tourinho Moretto

São Paulo
2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Ledo, Isabela Cristina Batista

A psicanálise nas instituições de assistência a usuários de álcool e drogas: a construção de um lugar / Isabela Cristina Batista Ledo; orientadora Maria Livia Tourinho Moretto. -- São Paulo, 2017.

135 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2017.

1. psicanálise. 2. instituição. 3. método. 4. álcool. 5. drogas. I. Tourinho Moretto, Maria Livia, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Isabela Cristina Batista Ledo

Título: A psicanálise nas instituições de assistência a usuários de álcool e drogas: a construção de um lugar

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Aprovada em: _____

Banca Examinadora:

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Aos meus amores, nas nossas familiaridades e estrangeirices: Painho, Mainha, Dan,
Gau e Ricardo.*

AGRADECIMENTOS

À profa Dra Maria Livia Tourinho Moretto pela orientação constante e pelo olhar crítico e preciso nos momentos mais decisivos desta pesquisa. Agradeço também pelo cuidado e acolhimento nas etapas mais difíceis, bem como, pelos demais espaços de transmissão que são fundamentais no meu percurso teórico-clínico.

A cada um dos colegas do grupo de orientação, que estiveram, desde o início, ou em alguma etapa deste percurso, Eliane, Marcos, Cláudio, Mayra, Luciana, Daniela, Will, Júlia, Elton, Camila, Felipe, Laura, Patrícia, pela parceria e trocas teóricas, leituras do meu trabalho, as quais me ajudavam a avançar.

Ao professor Ivan Estevão, pela leitura rigorosa, atenta e generosa no exame de qualificação e por aceitar, gentilmente, o convite para compor a banca da defesa, junto aos psicanalistas Marcos Vinícius Brunhari e Gláucia Faria, aos quais, desde já, também sou muito grata.

Aos psicanalistas Sandra Berta, Michele Roman Faria, Conrado Ramos, Silvana Pessoa, Raul Pacheco pelos enriquecedores espaços de transmissão teórico-clínica e valiosas contribuições que me ajudam a sustentar o desejo pela clínica psicanalítica.

Aos entrevistados, participantes desta pesquisa, pela troca e pelas valiosas contribuições para que eu pudesse produzir o meu próprio texto e colocar novas questões.

A cada um dos colegas do Serviço de Psicologia do HCor e aos membros da equipe multiprofissional pela parceria cotidiana de trabalho que me faz crescer.

Aos amigos do cartel Rodrigo Pacheco, Maria Tereza Piedade, Silvia Nishioka, pois sem dúvida, este trabalho é um produto deste enlace tão fundamental na minha trajetória.

Aos amigos e colegas Gabriel Bartolomeu, Sara Alvarez, Mariana Carmo, Augusto Coaracy pelos encontros e discussões que renovam, com humor e afeto, a leveza do estudo psicanalítico.

Aos amigos “da *psi* para a vida”, pelo carinho constante, pelas parcerias, risadas, torcidas, por tornarem Sampa mais amorosa, colorida e leve: Fernanda Leão, Júlia

Torres, Marcia Cerdeira, Júlia Frayha, Tathiane Guimarães, Livia Ariento, Daniela Lara, Paula Vasconcellos.

Aos amigos do coração, especialmente, Gabi Teixeira, Lu Abdon, Natie Calheira, Glauber Farias, pela presença constante que é aconchego e lar, pelo interesse sincero e pelo amor que, há anos, são combustíveis para a minha trajetória.

Aos meus pais, pela transmissão de um amor que não me deixa só, mesmo tão longe. Ao meu pai, Hilton, por me inspirar com sua sensibilidade, caráter e me ensinar que colocar amor naquilo que se faz ainda vale a pena. À minha mãe, Regina, por sua garra, força, por traduzir com afeto e firmeza, nos momentos mais importantes, o significado da palavra persistência.

Aos meus irmãos, Gau e Dan, por eternizarem a nossa meninice e comporem as minhas melhores lembranças, um refúgio nos dias mais difíceis, por me emprestarem tanto amor e me ensinarem, com as nossas diferenças, tão precocemente, a alegria de dividir.

Ao Ricardo, por fazer da contingência de um encontro, a causa de uma vida juntos, por dividir sonhos e despertar uma versão mais doce da realidade, pela serenidade que ameniza a minha pressa, por este amor estrangeiro que me deixa sempre em casa.

Aos meus primos, tios, avós Deli, Joanita e avó Lúcia (*in memoriam*) pela torcida, pelo bem-querer, pelo aconchego e amor, a cada volta para casa.

Ao meu avô Antônio (*in memoriam*) e à minha Tia Daia (*in memoriam*) pela nossa breve, doce e inesquecível convivência, que, ainda hoje, tem valor de descoberta e atravessa o meu desejo de estudar, escrever e seguir em frente.

À psicanalista Beatriz Oliveira, pela escuta precisa, pela antitética e inusitada lembrança da “menina esquecida” e por facilitar a sustentação da novidade de uma aposta naquilo que me move.

A cada um dos meus pacientes, causa diária do meu desejo pela clínica psicanalítica.

“Eu tenho à medida que designo – e este é o esplendor de se ter uma linguagem. Mas eu tenho muito mais à medida em que não consigo designar (...) é do buscar e não achar que nasce o que eu não conhecia (...) volto com o indizível. O indizível só me poderá ser dado através do fracasso da minha linguagem. Só quando falha a construção, é que obtenho o que ela não conseguiu”

(Clarice Lispector, 1964/2009, p. 176)

RESUMO

LEDO, I. C. B. **A psicanálise nas instituições de assistência a usuários de álcool e drogas: a construção de um lugar.** 2017. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

O aumento no consumo de substâncias psicoativas tem sido difundido como um problema social e um dos vinte mais importantes problemas de saúde pública no mundo. É preciso que se faça uma reflexão crítica e contextualizada acerca disto, retomando a questão do uso de drogas enquanto efeito de um discurso. Diferentes saberes têm sido convocados neste cenário. Dentre esses, destaca-se o da psicanálise que sustenta uma práxis a partir de uma política específica. Qual o trabalho que os psicanalistas vêm produzindo nesse cenário? Quais os desafios e possibilidades nesse contexto? O objetivo desta pesquisa constituiu-se em investigar os métodos de trabalho que têm sido propostos por psicanalistas em instituições de assistência a usuários de álcool e drogas. Trata-se de uma pesquisa em psicanálise, por meio dos seguintes procedimentos: i) uma revisão sistemática da literatura; ii) uso da técnica de entrevistas semiestruturadas com psicanalistas que trabalham em instituições. A sustentação de uma clínica analítica para além dos muros do consultório e das instituições psicanalíticas é uma aposta, desde Freud, e uma escolha cada vez mais recorrente dos analistas. Dentre os desafios, como prosseguir um trabalho que não se edifica sob a égide da normatividade, da universalização, da erradicação do sintoma, na relação com a equipe, numa instituição que tem justamente estes princípios como base? Como trabalhar fora do par, sem que isto signifique fora de um laço na instituição? A partir da revisão da literatura, foi possível extrair que, apesar de na lógica lacaniana, psicanálise em intensão e em extensão estarem em uma continuidade moebiana, os textos apresentavam uma espécie de ruptura. Se, por um lado, do ponto de vista metodológico, na clínica com o paciente usuário de álcool e drogas havia uma vasta e rica construção teórica; por outro, havia um certo silenciamento ou uma evidenciação exacerbada em termos das dificuldades do trabalho do analista na relação com os outros saberes. Uma das conclusões desta pesquisa é que o trabalho do analista na relação com outros discursos pode ser tomado não apenas em termos de dificuldade, mas como causa do trabalho analítico. Para isto, foi importante considerar a relação que o analista estabelece com o seu próprio saber, com um outro discurso e o que ele decide fazer a partir daí. Uma das contribuições desta pesquisa se dá pela formalização de uma possível modalidade de construção do lugar do analista na relação com outros discursos, utilizando-se como operadores de leitura as noções lacanianas de política, estratégia e tática. Entrar no cenário institucional não garante um lugar ao analista, é preciso um compromisso em construí-lo a cada vez. Construção que implica uma ética operada por um ato e uma modalidade de laço específica, em função de uma finalidade de tratamento que não passa pelos ideais. Trazer reconhecidamente tal estrutura, pelo próprio analista, nesta relação de continuidade e articulação da psicanálise em intensão e em extensão é tido como uma condição fundamental para um analista praticar a sua especificidade no contexto institucional.

Palavras-chave: Psicanálise. Instituição. Método. Álcool. Drogas.

ABSTRACT

The increase in the consumption of psychoactive substances has been widespread as a social problem and one of the 20 most important public health problems in the world. It takes a critical and contextualized reflection on this, retaking the issue of drug use as the effect of a speech. Different areas of knowledge have been called in this scenario. Among these, we highlight the one of the psychoanalysis that sustains a praxis from a specific policy. What work have psychoanalysts been producing in this scenario? What are the challenges and possibilities in this context? The objective of this research was to investigate the work methods that have been proposed by psychoanalysts in alcohol and drug addiction treatment institutions. It is a research in psychoanalysis, through the following procedures: i) a systematic review of the literature; ii) use of the technique of semi-structured interviews with psychoanalysts working in institutions. The support of an analytical clinic beyond the walls of the practice and psychoanalytic institutions has been, since Freud, an increasingly recurrent choice of analysts. Among the challenges, how to continue a work that is not built under the aegis of normativity, universalization, the eradication of the symptom, in the relationship with the team, in an institution that has just these principles as a supporting base? How to work out of par, without this meaning out of a bond in the institution? From the literature, it was possible to extract that, although in the Lacanian logic, psychoanalysis in intension and extension are in a Moebian continuity, the texts presented a kind of rupture. If, on the one hand, from the methodological point of view, in the clinic with the patient user of alcohol and drugs there was a vast and rich theoretical construction; On the other, there was a certain silencing or an exacerbated evidence in terms of the difficulties of the analyst's work in relation to other knowledge. One of the conclusions of this research is that the analyst's work in relation to other discourses can be taken not only in terms of difficulty but as the cause of analytical work. For this, it was important to consider the relation that the analyst establishes with his own knowledge, with another discourse and what he decides to do from there. One of the contributions of this research is the formalization of a possible modality of construction of the analyst's place in relation to other discourses, using the Lacanian notions of politics, strategy, and tactics as reading operators. Entering the institutional scenario does not guarantee a place for the analyst, it takes a commitment to build it every time. Construction that implies an ethic operated by an act and a tie specific modality, in function of a purpose of treatment that does not pass through the ideals. Bringing such a structure, admittedly by the analyst himself, into this relationship of continuity and articulation of psychoanalysis in intensity and extent is seen as a fundamental condition for an analyst to practice his specificity in the institutional context.

Keywords: Psychoanalysis. Institution. Method. Alcohol. Drugs.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	17
COMO AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS SE TORNARAM UMA “DROGA”?	17
AS (IM)POSSIBILIDADES DE SE PENSAR O DESAFIO DAS DROGAS	19
A ABORDAGEM PSICANALÍTICA NO CUIDADO COM OS USUÁRIOS: DESAFIOS E POSSIBILIDADES	21
JUSTIFICATIVA	24
OBJETIVOS	25
GERAL	25
ESPECÍFICOS	25
MÉTODO	26
CAPÍTULO 1 – UMA REVISÃO DA LITETATURA	33
CAPÍTULO 2 – DOS PRINCÍPIOS DA INSTITUIÇÃO AOS POSSÍVEIS IMPASSES PARA UM ANALISTA.....	37
CAPÍTULO 3 – COMO O ANALISTA (NÃO) RESPONDE ÀS DEMANDAS IMPOSSÍVEIS	43
3.1 O LUGAR DO ANALISTA NA INSTITUIÇÃO.....	43
3.2. AS RESPOSTAS CLÍNICO-INSTITUCIONAIS DOS ANALISTAS.....	45
3.3 O LUGAR DO ANALISTA NA INSTITUIÇÃO É CONSTRUÍDO, MAS DE QUE MODO? ..	57
CAPÍTULO 4 – COM A PALAVRA, O PSICANALISTA.....	60
CAPÍTULO 5 – UMA PRIMEIRA LEITURA DAS ENTREVISTAS	74
CAPÍTULO 6 – UMA PAUSA ESTRATÉGICA PARA DESENVOLVER OS CONCEITOS: POLÍTICA, ESTRATÉGIA E TÁTICA.....	78
CAPÍTULO 7 – PARA CONCLUIR: O PSICANALISTA E A CONSTRUÇÃO DE UM LUGAR NUMA INSTITUIÇÃO DE ÁLCOOL E DROGAS	87
7.1 - O PSICANALISTA DIRIGE O TRATAMENTO.....	88
7.2 - A ESTRATÉGIA NA CONSTRUÇÃO DE UM LUGAR.....	96
7.3 - TÁTICA: UMA INTERPRET-AÇÃO POSSÍVEL	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA.....	131
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	133

APRESENTAÇÃO

A atenção a usuários de álcool e drogas envolve um trabalho que ultrapassa a especialidade de cada profissional. Exige uma capacidade inventiva, de trabalho em equipe articulada a um saber ampliado sobre o contexto e os múltiplos fatores envolvidos na problemática. Apresentar tal afirmativa, num cenário complexo como este, se faz possível, especialmente, pela via da experiência. Os desafios do fazer recolocam, ao profissional, questões sobre a sua relação com o seu próprio saber e com os seus modos de sustentação no cotidiano. Foi, assim, a partir dos desafios de um trabalho ao longo de um ano e meio no contexto da assistência a usuários de álcool que surgiu a proposta deste mestrado.

Ao longo de dois anos, fui psicóloga em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em transplante e captação de órgãos. A proposta da especialização era sustentar o enlace entre prática, teoria e pesquisa nos diferentes níveis de atenção à saúde, em especial, terciário (hospitais). Dentre os diversos campos de prática, tive a oportunidade de participar da implantação de um serviço de psicologia em um ambulatório de gastroenterologia. Nesse serviço, eram tratados pacientes acometidos por enfermidades do fígado, em sua maioria, cirrose de etiologia alcohólica. O tratamento do alcoolismo tornava-se premente já que o esquema terapêutico indicado para a maioria dos pacientes era o transplante de fígado, o qual só poderia ser indicado e realizado mediante alguns critérios, dentre eles, a abstinência de álcool mínima de seis meses.

O pedido de implantação do serviço de psicologia vinha da equipe médica, a qual se queixava da baixa adesão ao tratamento por parte dos pacientes, em especial, no que concerne ao uso compulsivo do álcool. Tal tarefa seria executada por mim e por outra psicóloga residente, a partir da supervisão da preceptora. Quando cheguei, orientada pela teoria psicanalítica, entendia que aquele “pedido” precisaria ser escutado em suas entrelinhas. A palavra implantação traz em si a noção de delimitar um lugar para se fixar algo. Curiosamente, apesar do ato de implantar guardar intrinsecamente algo dessa introdução, de um primeiro passo, naquele contexto, já se encontrava algo previamente estabelecido e dirigido a psicologia: “esta é a Dra. que vai fazer o senhor parar de beber”. O psicólogo deveria convencer os pacientes, tratá-los para manterem-se abastêmios, e assim poderem seguir para o transplante.

Introduzir algo já muito bem fixado, delineado, eis o primeiro paradoxo com que me deparo.

Ainda que advertida, mas pouco ciente dos impasses que esta primeira constatação poderia me trazer enquanto praticante da psicanálise, na prática, segui. A questão que se tornava urgente do lado dos psicólogos era: encontrar um método, isto é, um modo de fazer operar o que fora requisitado - fazer os pacientes aderirem ao tratamento. Hoje, consigo nomear como equívoco, mas na altura, com a melhor das intenções, foi nos apresentado que a questão metodológica estaria resolvida com a criação de protocolos. Esses, guiados pelo objetivo maior de adesão ao tratamento, delineavam de que maneira o trabalho se daria: estabelecimento da técnica (entrevistas), do conteúdo a ser abordado, do tempo, do espaço, dentre outros. Não sabíamos, contudo, que a clínica recolocaria todo o método em questão.

A cada entrevista com os pacientes, podia-se constatar a desarticulação entre a proposta, em teoria, e as reais possibilidades de executá-la. Agora, a clínica dava consistência à fugidia advertência que se desenhava desde o início do projeto. Enquanto praticante da psicanálise, o lugar que se configurava ali, na relação com o paciente, estava longe de ser daquele que convence, aconselha para que o doente se livre do seu sintoma. A partir de uma escuta analítica, pelo contrário, sabemos que o sintoma é também estruturante do ponto de vista psíquico e não só algo a ser eliminado. Um sujeito pode se queixar e obter satisfação numa mesma circunstância.

Além disso, era preciso, para conseguir trabalhar, sair do lugar de quem tem o “desejo de curar” para o lugar de quem tem o “desejo de saber”. Isto significa que se o analista se coloca como um instigador, que busca uma resposta – e não como aquele que tem a resposta a priori – o paciente pode se colocar em trabalho, falar, se escutar e se dar conta de como um saber, inconsciente, determina grande parte da sua vida psíquica. Dessa forma, a partir da psicanálise, a relação que o sujeito estabelece com o álcool, com o seu adoecimento, com o seu tratamento não poderá ter seu curso alterado a revelia dele próprio, a partir de um aconselhamento, de um saber técnico que lhe é externo. Pelo contrário, a possibilidade de mudança aparece ao contar com o saber do próprio paciente, ao convocá-lo, interrogá-lo com as intervenções para que ele próprio venha a ter condições de decidir sobre o seu tratamento e fazer novos arranjos com os sintomas.

Eis o cenário: havia um pedido de implantação de um serviço de psicologia para tratar dos pacientes alcoolistas, cuja demanda era: trabalhar para manter os pacientes abstêmios. A teoria que eu lanço mão para sustentar a clínica, todavia, não me dá subsídios metodológicos para realizar tal tarefa. Sendo assim, uma primeira questão me inquieta: enquanto psicanalista, que não trabalha a partir de um dispositivo da normatividade, poderia me sustentar em tal contexto institucional? Parece uma pergunta ingênua, afinal, há muitos psicanalistas trabalhando, há anos, em um cenário institucional com demandas bem parecidas. Se tomarmos a questão do ponto de vista clínico, então, ou seja, na relação com o paciente, a resposta parece ainda mais clara. Afinal, sabe-se que é possível sim ir além da lógica normativa e produzir um trabalho orientado pela dimensão do Inconsciente, que possibilita ao paciente uma apropriação do seu modo de sofrer e promover retificações. Trabalho este, inclusive, que apesar de orientado por objetivos outros, pode trazer efeitos bem parecidos com o que se espera pela lógica normativa, como, por exemplo, um paciente se reposicionar em relação a sua adicção.

Dizer que se faz psicanálise e se sustenta em um contexto institucional somente a partir dessa argumentação clínica, contudo, é que pode vir a ser de veras ingênuo. Afinal, o trabalho clínico dentro de uma instituição tem especificidades e coloca questões ao fazer de cada analista, diferentes das que apareceriam num contexto de consultório particular, por exemplo. A instituição exige trocas, articulações entre os saberes, ainda que sustentados por lógicas epistemológicas distintas. Um analista precisa trabalhar, para além da clínica, com a transmissão; com a articulação deste saber, operado com o paciente, e aquele que será produzido na relação com os outros profissionais. Sendo assim, a pergunta já se reconfigura: Como fundamentar o método psicanalítico nestas circunstâncias? Como transmitir este fazer do analista, já que este é construído clinicamente a partir das especificidades de um cenário institucional?

Ao longo da minha experiência, embarcei-me com esta questão, em especial, ao tentar articular a clínica com o trabalho de transmissão em equipe. Quais as saídas possíveis? Trabalhar isoladamente na clínica? Em equipe, deixar a psicanálise de lado? Só haveria estas alternativas? Esquivar-se ora da psicanálise, ora da equipe? Ainda que mobilizada com estas questões, o trabalho se seguia, mesmo sem saber ao certo *o como*. Uma das saídas que encontrei para lidar com esses impasses e questões

foi a PESQUISA. Fui para implantar um serviço, uma resposta, mas implantei uma questão (ou algumas)! Só assim poderia resgatar o dinamismo necessário para se iniciar um novo trabalho em um cenário em que tudo parecia, de largada, muito bem estabelecido. Sendo assim, a investigação se guiaria pelas seguintes questões: Como os psicanalistas produzem respostas no contexto institucional de assistência a usuários de álcool e drogas? De que modo nomeiam as especificidades de um trabalho psicanalítico nessas instituições? Quais impasses encontrados? Quais as saídas inventadas?

A princípio, ainda no contexto do programa de residência multiprofissional, a pesquisa se iniciou por uma revisão de literatura, retomada e aprofundada no contexto desta pesquisa. Optou-se, no *capítulo 1*, assim, por uma apresentação sistematizada deste material numa tabela, na qual continha as ideias-chave, o título do artigo, ano de publicação e nome dos autores. A análise desses textos se seguiu nos *capítulos 2 e 3* com uma discussão que, mais do que apresentar citações teóricas e respostas ao problema investigado, a pesquisadora foi convidada também a uma relação com um não-saber imbricado à leitura e à escrita.

A partir de uma análise dos resultados da literatura, destacam-se algumas constatações sintetizadas no final do capítulo 3: a maioria dos estudos trazia o trabalho clínico do analista, muito consistente; mas de maneira pouco articulada com o trabalho institucional, em equipe. Do lado do trabalho clínico, havia uma rica exposição do saber produzido. Quando se vai além do paciente, no entanto, são demarcados, em geral, impasses, dificuldades em relação às diferenças epistemológicas dos saberes que coexistem em uma instituição. Pouco se fala, contudo, da relação que o analista tem estabelecido com estas diferenças, do que ele decide fazer a partir disso, ou seja, da relação que o analista estabelece com o seu próprio saber num contexto diverso.

Essas lacunas tornaram-se causa para mais um passo nesta investigação: ir até os psicanalistas que estão trabalhando em instituições, para se investigar as metodologias de trabalho construídas por estes a partir das especificidades envolvidas no contexto institucional de assistência a usuários de álcool e drogas. A aposta inicial é que, pelas entrevistas, seria possível fazer uma espécie de levantamento das respostas dos analistas nas instituições de assistência a usuários de

álcool e drogas para avançar na discussão metodológica acerca da psicanálise em extensão.

Sendo assim, a apresentação dos resultados das entrevistas se deu, inicialmente, por uma transformação das entrevistas em texto e preliminar sistematização, em tabelas, no *capítulo 4*, a partir dos três eixos de análise, acima referidos, que guiaram a análise da revisão da literatura. Tal texto, mais uma vez, mais do que trazer soluções quanto à questão norteadora da pesquisa, coloca a pesquisadora a trabalho. Os entrevistados não responderam diretamente sobre o método de trabalho, enquanto psicanalistas, na relação com outros saberes nas instituições de assistência de álcool e drogas. Havia, pelo contrário, em alguns momentos, uma espécie de amplificação das dificuldades que um trabalho numa instituição deste tipo impunha ao psicanalista. Nesse sentido, a pesquisadora, afetada pela experiência das entrevistas, toma a falta de uma resposta como causa para fazer uma nova proposta.

A proposta da pesquisadora foi construir uma resposta possível, não suficiente, para a questão que norteia esta pesquisa: quais os métodos de trabalho do psicanalista numa instituição de assistência a usuários de álcool e drogas? Viu-se que dizer da dimensão clínica deste método, ou seja, da relação do analista com os pacientes é algo mais consistentemente explorado e estabelecido na literatura, mas e quando se trata da psicanálise em extensão? Tratar-se-ia de um outro método? Nesse sentido, no *capítulo 5*, para responder a tais questões, a pesquisadora propõe uma discussão preliminar das entrevistas a partir da retomada de três noções lacanianas: política, estratégia e tática. No *capítulo 6*, então, estas noções teóricas são desenvolvidas de modo mais aprofundado para melhor introduzir as reflexões e conclusões tecidas no *capítulo 7*.

Uma das conclusões a partir deste trabalho é que é possível extrair uma estrutura metodológica do dispositivo psicanalítico operado também na relação com outros saberes. Para desenvolver esta ideia, cada uma das noções - política, estratégia e tática - foi enfatizada numa articulação com cada um dos eixos da literatura anteriormente apresentados, de modo articulado com o texto das entrevistas. Ao final, foram tecidas considerações, retomando os aspectos mais importantes deste percurso de pesquisa, enfatizando as contribuições da transmissão desta experiência.

INTRODUÇÃO

Como as substâncias psicoativas se tornaram uma “droga”?

A questão das drogas tem sido um tema, cada vez mais, difundido pelos diferentes segmentos do conhecimento. O crescente consumo de substâncias psicoativas, para diversos setores, configura-se como um problema de ordem social e um dos 20 maiores problemas de saúde pública no mundo de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS).

O consumo de álcool e outras drogas é discutido como um grande desafio para políticas públicas internacionais. Dados de um estudo global sobre álcool apontaram prevalências de 4,65% para uso abusivo e 3,81% para dependência (Grant et al, 2004). No Brasil, dados do Levantamento Nacional do Uso de Álcool e Drogas de 2013, encontraram uma prevalência de consumo regular (ao menos uma vez por semana) de 50% (sendo maior entre os homens - 62%, frente às mulheres - 39%). A taxa de abuso e dependência do uso ficou em 17% nesse mesmo estudo (Lenad, 2014, Meloni & Laranjeira, 2004). Quando se trata de outras drogas, as taxas, desse mesmo ano, apontam 7% de uso de maconha entre adultos no Brasil (ao menos uma vez) e 4% para cocaína.

Independente da droga (se lícita ou ilícita), porém, a literatura relata que o excesso do uso está associado a doenças crônicas, ferimentos (causados, principalmente, por acidentes) e aumento na mortalidade. Rehm et al. (2009) investigaram o impacto do uso do álcool e encontraram que 3,8% das mortes e 4,6% das deficiências físicas de longo prazo estavam relacionados ao seu consumo. Em países ricos e em desenvolvimento, estima-se que 1% do PIB nacional seja direcionado aos custos da saúde com o impacto do uso do álcool (Rehm et al, 2009). Jané-Llopis e Matysina (2006), ainda, em uma vasta revisão da literatura epidemiológica sobre o efeito do álcool e outras drogas, encontraram artigos que apontam as comorbidades do seu consumo com doenças mentais, variando de 5% com ansiedade a 39% com transtorno de ansiedade.

É compreensível que, diante desse cenário de danos associados ao uso dessas substâncias, as discussões propostas pelos principais veículos de comunicação, tenham um caráter alarmista, focalizando o tema sob um viés combativo. Esse

enfoque condenatório, no entanto, oculta a complexidade dos múltiplos fatores que sustentam e expandem o fenômeno. É preciso ultrapassar essa naturalização e reducionismo do emblema do “combate às drogas”, situando a lógica, os discursos que promoveram (e promovem) este status de agente nocivo dessas substâncias (Bucher & Oliveira, 1994). A urgência de soluções no espaço social, imposta por esta problemática, precisa ser pensada entendendo que a droga ganha uma função a depender da época, da cultura. Torna-se efeito de um discurso vigente.

As mudanças socioculturais, ao longo do tempo, trazem efeitos sobre o caráter assumido pelas substâncias psicoativas. Alguns exemplos dessa transição podem ser descritos, através de referências históricas. Os gregos foram os primeiros a conceber o uso das drogas de forma relativa. O “*phármakon*”, termo referente a essas substâncias que, dependendo da dosagem, poderiam promover um efeito curativo ou um envenenamento (Santiago, 2001; Macrae, 2001). A partir do discurso do Cristianismo, as drogas deveriam ser banidas, pois eram concebidas como agente nocivo apenas. Com o marco dos ideais do Iluminismo, as drogas recobram sua legitimidade lúdica, terapêutica e religiosa. Aumentou-se a comercialização e o uso se expande para todas as classes sociais. A partir dos séculos XIX e XX, as lógicas opostas do consumo, como as preconizadas pela religiosa e pagã, passaram a conviver numa mesma época (Birman, 2011; Santiago, 2001; Macrae, 2001).

Vê-se que as lógicas discursivas se alteram e se sobrepõem ao longo do tempo. Apesar da apropriação ímpar do consumo da droga de cada época e cultura, mantém-se, de maneira geral, o fascínio pelo potencial “mágico” deste *phármakon*. Esse parece ser um eixo comum dentro da pluralidade dos modos de consumo aqui expostos: a possibilidade de ter um fantástico afastamento da realidade em si, com suas intempéries, e a produção de experiências subjetivas diversas. Freud (1939/2006) já dizia que, em nenhuma cultura, pode-se enfrentar a realidade o tempo todo sem mecanismos de escape.

Como foi visto até aqui, os padrões de uso da droga são determinados por variáveis como disponibilidade, tendência e padronização cultural. Quais mudanças nesses aspectos permitiram que as substâncias psicoativas ganhassem nova função na atualidade? O discurso predominante sustentado pelos pilares do capitalismo, ciência e globalização promove efeitos na forma como os sujeitos passam a se relacionar entre si e com os objetos do mundo.

Essa nova lógica carrega a promessa imediatista e hedonista de que tudo se controla, se programa, se trata, se cura. Os objetos em anamorfose passam a ser ofertados, vendidos como passíveis de sanar sofrimentos, obturar as faltas peculiares à existência humana. As drogas, sob a lógica mercadológica, têm o seu potencial “mágico” acentuado neste contexto, esvaziando a heterogeneidade simbólica atrelada ao consumo. A oferta em grande escala pela indústria não só farmacêutica, mas pelo narcotráfico, favorece um aumento considerável no consumo dessas substâncias (Santiago, 2001; Birman, 2011). O escapismo eventual intrínseco ao uso, ao longo da história, torna-se assim, para muitos, um hábito ou até mesmo a única forma encontrada para lidar com a realidade, com o mal-estar contemporâneo (Birman, 2011).

É imprescindível ressaltar a colaboração que os saberes biológicos tiveram nessa descontinuidade da função simbólica inerente ao consumo das drogas. Os avanços científicos fundaram um novo utilitarismo às drogas, potencializando a produção industrial e o comércio. A medicalização, em larga escala, principalmente no que concerne aos fármacos psiquiátricos, trazia a mensagem de evitar a dor. Nesse discurso científico-mercadológico, a falta e o sofrimento inerentes à existência se artificializam frente à promessa de objetos capazes de exorcizar a angústia. O uso, no entanto, ultrapassa as prescrições médicas, compondo um cenário da ilegalidade ou do consumo lícito banalizado (Santiago, 2001; Birman, 2011).

É estruturada nessa lógica perigosa que a droga se transmuta de remédio para veneno, ou seja, fica na tênue fronteira da satisfação e mortificação, conforme os gregos já advertiam (Santiago, 2001). É nesse paradoxo daquilo que salva e mata que os profissionais da saúde têm precisado administrar a problemática do consumo abusivo de drogas, o qual configura, dentre outras, uma questão de saúde pública.

As (im)possibilidades de se pensar o desafio das drogas

Se antes a temática das drogas restringia-se à medicina e à farmacologia, diante da magnitude do problema e dos limites próprios destes saberes, outros campos do conhecimento são convocados a contribuir com esta questão. As ciências humanas, nas quais se inclui a psicanálise, entram nesse cenário, assim, para produzir

novas leituras teóricas e instrumentalizar novas práticas (Birman, 2011). É preciso, no entanto, uma reflexão crítica acerca das demandas e do lugar que as ciências naturais convocam esses outros saberes na tentativa de abordar o problema do álcool e das outras drogas. Detendo-se, especificamente, à psicanálise, faz-se necessário interrogar a serviço de que a sua ética e a sua técnica serão colocadas nesse contexto.

A experiência da pesquisadora diante das solicitações de uma equipe multiprofissional num ambulatório de doenças do fígado, em sua maioria cirrose por etiologia alcoólica, pode ser fonte de uma análise interessante. Em geral, o analista é convocado quando os pacientes “desobedecem” a ordem médica de manter-se abstinência. Há sempre, nesse momento, um convite ao analista para convencer, garantir ou auxiliar o paciente a cessar o uso da bebida alcoólica. O que está em jogo nessas solicitações? É possível responder a pedidos dessa ordem? Faz-se necessário, assim, enquanto psicanalistas, apurar com acurácia este tipo de demanda, tendo como base o seu referencial ético.

As respostas para essas questões exigem uma reflexão acerca das diferenças dos preceitos e discursos que regulam a prática do psicanalista e do médico. O médico, autorizado por uma racionalidade científica, trabalha na direção de objetivar a doença, os sintomas, excluindo os vestígios da subjetividade, tidos aí como atrapalhadores (Tenório, 2001). Coloca-se no lugar daquele que sabe e tem como principal objetivo remover a causa da doença e alcançar a cura. Segundo Guedes, Nogueira e Camargo (2006), as manifestações que fogem ao seu saber, que escapam à díade doença-lesão, logo são tidas como anomalias e delegadas, como uma exceção, ao saber “psi”. O psicanalista, por outro lado, autoriza o seu trabalho, justamente, a partir desses fenômenos tidos como “anômalos” que, em sua maioria, materializam a singularidade dos sintomas de cada indivíduo, os quais não podem ser vedados na lógica científica classificatória.

Para a psicanálise, o corpo não segue uma lógica normatizada, racional e objetiva, mas comporta a contradição, o aparente “lógico”, o desvio, a indeterminação, o singular. É por isso que o sujeito pode, ao mesmo tempo, se queixar e obter prazer de uma mesma situação, de um mesmo objeto. Um sintoma, assim, pode ser estruturante e não só algo a ser eliminado. Se o médico avalia um organismo em sua lógica anátomo-funcional; o analista escuta um corpo vivo, modelado por afeto que aponta para uma outra via, a do Inconsciente.

Essa dimensão, da qual a psicanálise se ocupa, é desconhecida para a pessoa, mas não cansa de se inscrever nos seus atos e palavras. Ao pedir que o paciente associe livremente, regra fundamental da psicanálise, este pode se aproximar de como seu corpo, sua sexualidade, suas escolhas se inscrevem na sua história e trazem repercussões múltiplas. Diferentemente da mestria peculiar à posição do médico, o analista precisa apostar que o saber está do lado do paciente e colocar-se como um facilitador, um instigador para que o sujeito fale, se escute e descubra que sabe mais do que o que diz (Moretto, 2001).

Vê-se, claramente, que a medicina e a psicanálise se ancoram em éticas distintas e isso traz consequências no fazer de cada um destes profissionais. Sob a visão médica, há um sujeito universal que pode ser regido por regras gerais pré-estabelecidas pelo bem-estar científico. Sendo assim, é compreensível que a medicina proponha um engajamento dos demais saberes na tentativa de garantir ou convencer alguém a parar de beber, já que isso compromete a sua saúde, podendo-lhe causar a morte. Para um psicanalista, contudo, situado por sua ética, é curioso que alguém se aventure a tentar convencer um indivíduo do que é melhor para si. Isso porque, para o analista, o sujeito é regido pela lógica do seu desejo, como já referida aqui, e esta não pode ter seu curso alterado por ninguém além do próprio desejante. Guiados por esse entendimento, é concebível que um paciente não queira parar de beber, por exemplo, mesmo que isto coloque a sua vida em risco e que já tenha sido advertido a respeito por outras pessoas. Essa escolha está inserida numa rede complexa, inconsciente que diz muito sobre um modo particular de estar no mundo, o qual pode vir a ser acessado e até alterado através da fala do sujeito articulada a uma escuta analítica.

A abordagem psicanalítica no cuidado com os usuários: desafios e possibilidades

Na assistência aos usuários, torna-se imprescindível que o analista tenha a clareza dos preceitos éticos que regulam o seu lugar e funções analíticas, para que apure as demandas que lhe chegam. Birman (2011) adverte que, assim como os medicamentos, a psicanálise também pode ter efeitos paradoxais se ficar como mais uma promessa de “poção mágica” que evita, tampona a dor, ao tentar trazer soluções para um dado indivíduo. O paciente estaria destinado a manter-se alienado a

promessa de completude, de alívio da dor, se não pela droga, pelo médico e, agora, pelo analista também?

Ao se inserir numa equipe multiprofissional, assim, é preciso que o analista se interrogue sobre sua função para não estar equivocadamente como um obturador, um complemento da falta daquele que demanda. Se o analista, como foi visto, não pode responder do lugar daquele que salva, convence, aconselha o paciente para que este se livre do seu sintoma, mantenha-se abstermido; de que forma ele se posiciona? O que ele faz? De que forma ele (não) responde a essas demandas? Esses questionamentos orientaram o trabalho de pesquisa que se deu em duas partes: revisão sistemática da literatura e investigação por meio de entrevistas com psicanalistas que trabalham na área.

Inicialmente, buscou-se na literatura de que modo os psicanalistas têm produzido respostas no contexto institucional da assistência a usuários de álcool e drogas. Ressalta-se que a busca não se restringe aos resultados do trabalho em si, mas ao modo como estes são construídos. Isto implica conhecer o método de trabalho também, o processo para se chegar num dado resultado. Tendo isto como ponto de interesse, a leitura dos artigos teve como critério observar, para além das respostas, questões anteriores que traziam aspectos relacionados ao processo e estratégias metodológicas para se trabalhar. Esses aspectos se relacionavam a chegada do analista na instituição, às dificuldades encontradas, ao posicionamento diante dos pedidos e demandas dentre outros.

Percebeu-se, assim, que para acessar de que forma os analistas vem produzindo respostas, trabalhos, nas instituições de saúde de assistência a usuários de álcool e outras drogas, era preciso destriçar esta meta maior em três eixos específicos: 1) Os impasses da inserção do psicanalista nas instituições de saúde que prestam assistência a usuários de álcool/ drogas; 2) O lugar ocupado pelo analista nestas instituições; 3) A resposta do analista à: 3.1) Clínica da toxicomania e 3.2) Às demandas da instituição.

Esses eixos favoreceram a sistematização dos resultados e a problematização dos mesmos, para que novas questões pudessem ser construídas. Sinteticamente, em relação aos impasses, os artigos traziam as diferenças paradigmáticas encontradas nas instituições como uma dificuldade; mas não foi explorado, por exemplo, de que modo os analistas se relacionam com estas diferenças. A premissa é que deslocar a

discussão dos impasses para esta perspectiva – o modo como o analista se relaciona com as diferenças – pode trazer saídas interessantes.

No que concerne ao lugar dos analistas nas instituições, os artigos consultados traziam uma discussão muito valiosa acerca do lugar que o analista ocupa na relação com o paciente. Alguns autores, ainda, constatavam o lugar delineado através das demandas da equipe. A partir daí, pôde-se indagar: como seria caracterizar o lugar do analista no campo de relações com a equipe? Será que os analistas veem suas repostas a partir da ética psicanalítica como uma possibilidade de construção de um outro lugar neste campo?

Em relação ao último eixo, os das respostas propriamente ditas, há uma vasta exposição do trabalho produzido clinicamente com os pacientes assistidos. Além disso, outros autores trazem importantes dispositivos de trabalho estabelecidos através de projetos terapêuticos com outros profissionais da equipe. Destaca-se, contudo, que não fica claro se há uma articulação refletida entre o trabalho realizado com o paciente e aquele produzido na articulação com a equipe.

Vê-se que a literatura teve uma função de situar o prisma pelo qual a questão dos métodos de trabalho dos psicanalistas no contexto em voga vem sendo discutida até o momento. Esse mapeamento permitiu que novas questões pudessem ser estabelecidas. Já que tais interrogações circulam em torno do modo como o analista faz o seu trabalho na instituição, para podermos avançar na produção de novas repostas, assim, pensou-se que seria uma estratégia interessante que a investigação se seguisse a partir do contato direto com os psicanalistas que estão nas instituições de assistência a usuários de álcool e drogas. Desse modo, foram realizadas três entrevistas, tomando os eixos aqui expostos, para se pensar a problemática aqui delineada: **Quais os métodos de trabalho que têm sido propostos por psicanalistas em instituições de assistência a usuários de álcool e drogas?**

JUSTIFICATIVA

A elaboração das políticas tem levado em conta a necessária mudança nas metodologias de trabalho. Como legado das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, tem-se a retirada da medicina como o eixo de referência a todos os profissionais, bem como, o hospital como único modelo de assistência, o qual favorecia intervenções apenas curativas, desengajadas das questões sociais. Dentre os profissionais que se destacam nesse contexto, está o psicanalista que, desde a época das reformas, tem contribuído com a prática clínica da escuta, permitindo uma escuta do sujeito para além do universalismo do discurso da cidadania (Tenório, 2001).

No Brasil, há pouco tempo, foi divulgado um documento que aborda uma política específica para o uso de drogas (Moraes, 2008). Dentre os pilares que a orientam, estão: a reinserção social, a passagem da ideia de doente para cidadão e a tão debatida, atualmente, redução de danos. Essa última proposta tem pelo menos dois princípios intrínsecos: é impossível uma sociedade totalmente livre das drogas; e a noção de que é preciso ultrapassar a lógica combativa em relação a estas substâncias, já que se opõe aos direitos éticos e civis das pessoas no que concerne ao uso do corpo e da mente.

Como esta política tem se operacionalizado na prática? Moraes (2008), em seu estudo, revelou as dificuldades de atender a esses fundamentos teóricos na vivência cotidiana. Os resultados mostram que as instituições mantêm uma função de ajuste social baseadas em ideias como o de abstinência e o paciente mantém uma posição pouco ativa no tratamento. Os profissionais, ainda, pareceram ter pouco conhecimento e intimidade com os princípios norteadores do SUS e da política específica de pacientes adictos que regem o modelo de atenção, no qual estão inseridos.

É neste contexto transicional em que ainda há um distanciamento entre o saber sistematizado teoricamente e aquele desenvolvido na prática que se segue a atenção a usuários de álcool e drogas. Torna-se urgente, assim, a revisão e exploração dos dispositivos de trabalho que vem sendo desenvolvidos neste contexto. De modo mais específico, o que os psicanalistas vêm produzindo? A possibilidade de entrada neste cenário não assegura um lugar apriorístico ao psicanalista. É preciso

construir um trabalho consistente teoricamente, contextualizado, integrado constantemente. Talvez, profissionais não advertidos disto reproduzam uma prática descontextualizada (Moraes, 2008, Moretto, 2006).

Os trabalhos encontrados na literatura ilustram a prática de psicanalistas que permite uma articulação multiprofissional, através de grupos e a criação de projetos terapêuticos, buscando a participação e autonomia dos sujeitos, considerados na sua particularidade (Romanini & Roso, 2012; Siqueira & Pereira, 2002; Abreu, 2008; Conte, 2002). É preciso, assim, avançar no desenvolvimento teórico da escuta e do posicionamento do psicanalista na relação com outros saberes, ou ainda, dar-se conta do que já vem sendo produzido. Ampliar a capacidade de análise do próprio processo de trabalho, a partir da pesquisa e do estudo teórico, também pode promover mudanças. A hipótese é que discutir o processo de construção do próprio trabalho do psicanalista associado à apresentação dos possíveis efeitos, permite que os psicanalistas, os analistas em formação revejam os próprios dispositivos adotados e que outros acessem este saber para (re)inventar, em outros contextos, metodologias de trabalho rigorosamente afinadas com a ética psicanalítica.

OBJETIVOS

Geral

Investigar os métodos de trabalho que têm sido propostos por psicanalistas em instituições de assistência a usuários de álcool e drogas.

Específicos

Identificar os impasses da inserção do psicanalista nas instituições de saúde que prestam assistência a usuários de álcool e drogas.

Identificar o lugar ocupado pelo psicanalista nessas instituições.

Identificar possíveis respostas operadas a partir da clínica com os pacientes usuários de álcool/drogas, na relação com os outros saberes (com a equipe).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa em psicanálise. A metodologia constituiu-se pelos seguintes procedimentos em duas etapas distintas: i) uma revisão sistemática de literatura; ii) uso da técnica de entrevistas (semiestruturadas) com psicanalistas que trabalham em instituições de assistência a usuários de álcool e drogas.

Dizer que a psicanálise, teoria da clínica, tem um método significa que há um modo de conceber e fazer pesquisa que lhe é próprio. Para uma melhor compreensão, é válida uma primeira ressalva: toda pesquisa em psicanálise abarca, mas não se restringe ao que poderíamos chamar de “pesquisa psicanalítica”. O que isto quer dizer? A pesquisa psicanalítica inclui, por excelência, mas não só, a relação analista-analisando. Implica a atenção flutuante do analista e a associação livre do analisando, em que investigação e tratamento coincidem. Quando se fala em pesquisa em psicanálise, pode-se tratar da pesquisa psicanalítica, mas não somente. Trata-se também da atividade de pesquisa do campo da psicanálise em que implica o esquadrinhamento das questões teórico-metodológicas psicanalíticas, podendo se dar em configurações distintas que no tratamento analista-analisando propriamente dito (Neto, 2006).

Qual é a especificidade metodológica de uma pesquisa em psicanálise? É sempre uma pesquisa que tem a clínica como método (Dunker, 2011). Neste contexto, isto significa que a clínica aqui não se confunde com o espaço físico em que a pesquisa se dá. Clínica é um *modo pelo qual* o saber da pesquisa será produzido (Alberti & Elia, 2000; Dunker, 2011). O método clínico, assim, tem a ver com lugar de produção e não de aplicação da pesquisa, ou seja, só pode ser estabelecido no campo das relações e não em um lugar físico. Dessa forma, o pesquisador ao tomar os procedimentos de revisão de literatura e, posteriormente, a entrevista como técnica estabelece uma relação com o participante, por meio da qual será possível produzir um saber, “os resultados”, termo aqui significado como os efeitos recolhidos de uma experiência. O método é justamente isto, o modo como vai se chegar aos “resultados”.

Pode-se destacar, a partir disso, uma primeira especificidade desse dispositivo metodológico da pesquisa em psicanálise: o caráter clínico, ou seja, a construção do saber não se dá a priori, mas a partir de uma relação estabelecida com os textos

revisados, com os entrevistados. Isto é bastante diferente da proposta metodológica de coleta de dados, já que, a princípio, antes que a relação se estabeleça, não há dados para serem verificados, checados, coletados. Essa diferenciação revela como bases epistemológicas distintas apontam para diferentes modos de conceber o acesso aos resultados: coleta de dados *versus* construção de um saber.

Construir um saber tem a ver com abrir mão de uma lógica de acesso objetivo e neutro ao que é “recolhido” (ou melhor, produzido), dando um tratamento descritivo e reprodutivo posteriormente, o qual traz sempre um ideal. Parte-se, justamente, do contrário: é impossível uma apreensão completa e direta da realidade dos textos, das entrevistas. Apresentam-se recortes como um efeito da relação do pesquisador com a linguagem, e por isso, preserva-se sempre uma falta própria a ética da psicanálise.

Nogueira (2004) trará que realizar uma pesquisa em psicanálise requer uma implicação do pesquisador numa relação. O autor retoma o início do método freudiano, destacando como Freud inaugura uma nova lógica metodológica ao convidar o analisante a falar e a associar livremente, a partir de uma relação transferencial; ao invés de tomar o seu organismo ou a sua psique como objeto de uma investigação, o que resultaria numa separação entre sujeito que investiga e objeto investigado. O trabalho que se dá a partir de uma relação transferencial só é possível por um processo inconsciente e, como afirmado por Nogueira (2004), “a consciência tenta transmitir isto, mas há um salto entre a experiência original e a sua transmissão” (p.5). Deste modo, há uma distância entre a experiência de Freud na relação com uma paciente e o que ele escreve a partir desta experiência. A construção bibliográfica a partir daí já implica um tratamento do real da experiência, inapreensível em sua totalidade, pelo simbólico.

A partir de tal lógica, a presente pesquisa, que teve o seu problema delineado na clínica da pesquisadora percorre um caminho que pode ser pensado nos termos de uma experiência e da transmissão dos seus efeitos. A pesquisadora, neste caso, como participante da investigação parte de uma problematização de alguns aspectos da sua clínica na instituição com pacientes usuários de álcool e drogas para construir um saber acerca disto.

Num primeiro momento, optou-se por adotar um procedimento ou uma estratégia de busca sistemática na literatura e trazer os efeitos da relação da pesquisadora com o texto encontrado. A revisão sistemática da literatura foi realizada

mediante a busca eletrônica de artigos nas seguintes bases de dados: BVS, Lilacs, Scielo e Pubmed. As consultas incluíram o período de 2002 a 2014. As palavras-chave se relacionavam com a produção de psicanalistas de orientação freudiana e lacaniana, acerca do trabalho do analista em instituições de saúde, cuja problemática central é a assistência a usuários de álcool e drogas. Ressalta-se que o tipo de droga, o potencial químico de cada uma, não é uma variável determinante para o cumprimento dos objetivos deste estudo. Já que para a psicanálise o tratamento do sujeito se dá pela relação que o sujeito estabelece com a droga e não pelo tipo de droga em si. O álcool, no entanto, será destacado por ser a droga lícita de maior impacto social, bem como, pela experiência da pesquisadora num serviço em que a clínica principal era com pacientes alcoolistas.

Foram usados, nas línguas inglesa e portuguesa, os seguintes descritores: *“psicanálise, instituição e alcoolismo”*, *“psicanálise, instituição e álcool”*, *“psicanálise instituição e drogas”*, *“psicanálise, instituição e toxicomania”*, *“psicanálise instituição e saúde”*, *“psicanálise e álcool”*, *“psicanálise e toxicomania”*. *“Psychoanalysis, institution and alcoholism,”* *“psychoanalysis, institution and alcohol,”* *“drugs and psychoanalysis institution,”* *“psychoanalysis, institution and addiction,”* *“Psychoanalysis and health institution,”* *“Psychoanalysis and alcohol,”* *“Psychoanalysis”*. Foram identificados 214 artigos provenientes da base de dados BVS, 70 da Lilacs, 20 da Scielo e nenhum na Pubmed, totalizando 304 trabalhos. Após a exclusão dos repetidos, restaram 209 trabalhos.

A partir de uma leitura preliminar dos títulos e dos resumos, foram usados os seguintes critérios de inclusão: I) veículo de publicação – optou-se por periódicos indexados; II) idioma de publicação – artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhola; III) ano de publicação – estudos que estivessem no período de 2002 a 2014; IV) Artigos com texto completo; V) artigos que atendessem ao objetivo deste estudo.

Foram excluídos 149 artigos que não tinham o texto completo disponível, restando 60 artigos. Após a análise dos títulos e dos resumos, foram excluídos 50 por não contemplarem o objetivo deste estudo. Selecionou-se, então, 10 trabalhos para a leitura completa.

Os 10 artigos originais selecionados conforme os critérios de elegibilidade foram lidos na íntegra, proporcionando um tratamento que visou avançar no problema norteador da investigação. Para melhor organização e apresentação dos

aspectos mais importantes recolhidos pela leitura, identificou-se ideias-chave de cada artigo, tomando como referência o objetivo desta pesquisa que foram organizadas a partir de três grandes eixos de análise: 1) Os impasses da inserção do psicanalista nas instituições de saúde que prestam assistência a usuários de álcool/ drogas; 2) O lugar do analista nestas instituições; 3) A resposta do analista à: 3.1) clínica da toxicomania e 3.2) às demandas da instituição.

Num segundo momento da pesquisa, foram realizados contatos com três psicanalistas de orientação freudo-laciana que trabalham em instituições de assistência a usuários de álcool e drogas. A escolha dos participantes se deu por indicação e conhecimento de colegas que trabalham na área, amparada por uma transferência de trabalho, a partir de alguns critérios: trabalhar ou ter um trabalho consolidado em uma instituição pública, de reconhecido saber acerca da assistência a usuários de álcool/drogas, que possui um trabalho de equipe multiprofissional.

Quanto ao aspecto ético, destaca-se que a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP) - CAAE 51815815.6.0000.5561. Mediante o consentimento livre e esclarecido destes profissionais, foram realizadas as entrevistas em locais de escolha dos próprios entrevistados (consultórios particulares e/ou locais públicos como cafés) e foram preservadas as identidades dos participantes, assegurando-se a possibilidade de desistir a qualquer tempo durante o processo.

Dizer que a investigação, como já foi explicitada, se dá numa relação entre falantes é considerar a dimensão do Inconsciente, no sentido de que a linguagem transforma a realidade, não podendo mais separar interno e externo, sujeito e objeto e que o saber nunca pode ser apreendido objetivamente de modo completo (Nogueira, 2004). A realidade é acessada por uma subjetivação presente na transmissão do pesquisador. A pesquisa em psicanálise, assim, inclui esse caráter discursivo do ser falante, o qual traz em si sempre um recorte particular condicionado à organização psíquica de cada um. Para ilustrar, ainda que cada psicanalista tenha sido entrevistado por um mesmo pesquisador, se cada um fosse convocado a fazer uma descrição, teríamos produções distintas. A transmissão da experiência dessa relação envolverá sempre uma construção. Advertida disto, a pesquisadora não se preocupou em investigar o que ocorreu, o ato investigativo é direcionado ao saber (não-todo) e não a um conteúdo previamente estabelecido. Além disso, a ausência de um a priori,

traz em si uma função de causa: algo novo pode ser construído e transformado quando se fala numa dada relação. Saber este produzido por algo que se passa na relação, uma experiência única, sem a qual não haveria tal produção (Nogueira, 2004; Alberti & Elia, 2000).

A técnica da entrevista semiestruturada enquanto estratégia da pesquisadora foi interessante por explicitar uma produção, de início, que envolve ativamente entrevistado e entrevistador. Os autores Fontana e Frey (2000) utilizam a expressão “texto negociado” para caracterizar tal aspecto desta técnica.

As questões foram construídas, a partir das lacunas e reflexões proporcionadas pela fundamentação teórica. O instrumento para a entrevista foi produzido, assim, a partir dos mesmos eixos que guiaram a sistematização da revisão de literatura: Eixo 1) Impasses na inserção do psicanalista; Eixo 2) Lugar do analista; Eixo 3) Respostas do analista (clínico-institucionais). A princípio, cada entrevista se iniciou com uma mesma questão disparadora: *Como você desenvolve o seu trabalho?* A partir daí, com a entrevista iniciada, a depender das produções, o pesquisador lançava mão de todas ou de algumas questões acessórias, conforme sintetizado pelo instrumento a seguir:

1- **Questão disparadora:** Como você desenvolve o seu trabalho?

Eixo 1 – Impasses da inserção do psicanalista

- 2- Como foi a sua chegada na instituição?
- 3- Como funciona o contexto institucional?
- 4- Você se deparou com dificuldades? Quais?

Eixo 2 – Lugar do psicanalista

- 5- Você lançou mão de alguma estratégia para contornar estas dificuldades?
- 6- Quando você é chamado? Você poderia trazer exemplos?

Eixo 3 – Respostas do analista (clínico-institucionais)

- 7 Como se dá o atendimento clínico?
- 8- Você destacaria algum aspecto específico da direção do tratamento na clínica com usuários de álcool/drogas?

- 9- Tem alguma especificidade de um trabalho clínico psicanalítico numa instituição de saúde que presta assistência a usuários de álcool/drogas? Qual?
- 10- Quais os alcances e limites do seu trabalho?
- 11- Há troca entre os outros profissionais? Se sim, como é feita esta troca?
- 12- Você recorre a alguma base teórica para sustentar o seu trabalho? Quais?
- 13 - Como se deu sua formação?

Quanto às estratégias de registro, foram adotadas: a escrita e a gravação das entrevistas. O objetivo da gravação não foi para a transcrição literal, mas para ser utilizada como um recurso de elaboração, de percepção de novos sentidos a partir de uma nova escuta pelo pesquisador. Isto respeita a premissa do método da pesquisa em psicanálise de que toda descrição implica em uma construção particular (Nogueira, 2004).

Se por um lado, como coloca Iribarry (2003), o método da pesquisa em psicanálise pode não inovar quanto aos procedimentos: revisão de literatura, entrevistas, que são guiados pela escolha do pesquisador, há uma novidade no modo de tratar a experiência resultante disto. O autor sugere a transformação de entrevistas em texto. Texto este que precisaria ser escutado durante a leitura adotada pelo pesquisador. Ele resgata o termo “leitura-escuta” para sugerir um modo de análise do material. Trata-se de uma leitura dirigida que, ao transcrever o texto das entrevistas, toma-o na sua dimensão significativa, ou seja, naquilo que pode trazer uma abertura de sentidos, os quais assumem uma contribuição ao problema norteador da pesquisa.

Iribarry (2003), juntamente com a ideia da leitura-escuta, propõe o termo “transferência-instrumentalizada” para dizer que a relação do pesquisador com o material de análise torna-se o seu instrumento. A ideia é que a análise dos resultados se dê também por uma construção específica de novas relações entre os achados e a literatura psicanalítica já disponível, um trabalho que envolve uma composição de um novo texto, uma produção de um saber – “São os significantes introduzidos pela experiência do pesquisador com o texto que irão oferecer novas significações, novos sentidos para o dado coletado e transformado em texto” (Iribarry, 2003).

Sendo assim, a proposta da pesquisadora, a partir deste método, foi construir uma resposta possível, não suficiente, para a questão que norteia esta pesquisa: quais os métodos de trabalho do psicanalista numa instituição de assistência a usuários de álcool e drogas?

CAPÍTULO 1 – UMA REVISÃO DA LITETATURA

Este capítulo tem como objetivo apresentar os resultados encontrados através da revisão de literatura e a síntese das principais reflexões que possibilitaram a construção de novas questões.

A revisão resultou em dez artigos que foram analisados e organizados a partir dos três grandes eixos de análise já referidos. Os eixos que, quando condensados, delineiam o objetivo geral desta pesquisa foram mapeados nos artigos. O primeiro deles, os impasses à inserção do analista nas instituições de assistência a usuários de álcool/drogas, apresentou-se em três estudos: Moraes (2008), Romanini e Roso (2012) e Bueno e Pereira (2002). Já o lugar do analista nessas instituições foi abordado pelos três seguintes trabalhos: Romanini e Roso (2012), Bueno e Pereira (2002), Abreu (2008). As respostas do analista: à clínica da toxicomania foi analisada nos seguintes trabalhos: Santos e Costa-Rosa (2007), Giansesi (2005), Ribeiro (2009) e Oliveira (2003), Chaves e Rocha (2007); e as respostas às demandas da instituição nos seguintes estudos: Romanini e Roso (2012), Bueno e Pereira (2002), Abreu (2008), Conte (2002). As ideias-chave de cada artigo, orientadas por esta organização dos eixos, foram sistematizadas no quadro.

Tabela 1 - Sistematização dos resultados da Revisão de Literatura

Artigo	Ideias Fundamentais
<p>BUENO, D. S.; PEREIRA, M. E. C. (2002). Sobre a situação analítica: a experiência de psicoterapia psicanalítica no Hospital Universitário da Unicamp</p>	<p>O estudo traz as dificuldades inerentes à inserção do psicanalista na instituição, a partir da experiência de implantação de um ambulatório de orientação psicanalítica num Hospital Universitário. Foram discutidas questões ligadas à transferência, <i>setting</i> e direção do tratamento, destacando como o analista opera o seu saber numa instituição. Dessa forma, aborda também o lugar do analista na instituição e as respostas construídas frente às demandas da equipe.</p>
<p>CONTE, M. (2002). A clínica institucional com toxicômanos: uma perspectiva psicanalítica</p>	<p>Ela propõe um dispositivo interessante que favorece a construção de um lugar sustentado no discurso analítico. A autora denomina o dispositivo, realizado em equipe, metaforicamente, de “corte e costura”. O programa de tratamento era realizado por uma equipe multiprofissional e propunha atividades diversificadas. Em todas, o analista priorizava um espaço de fala para os pacientes. Esse trabalho revela a resposta do analista às demandas institucionais.</p>
<p>OLIVEIRA, I. M. A. (2003). As inscrições de um corpo – considerações sobre uma oficina de Escrita com toxicômanos num centro de recuperação</p>	<p>A autora traz uma compreensão teórica acerca da toxicomania, sob o referencial psicanalítico. Propõe em seu estudo uma oficina de escrita, em grupo, com os pacientes internados em um centro de recuperação para alcoolistas e drogados. Esse trabalho constitui-se uma resposta do analista à clínica com usuários de álcool/drogas.</p>
<p>GIANESI, A. P. L. (2005). A</p>	<p>O artigo traz uma análise do termo toxicomania,</p>

toxicomania e o sujeito da psicanálise	localizando-o historicamente e na concepção psicanalítica. As indagações teóricas são articuladas a fragmentos de um caso clínico a respeito do sujeito com a droga, ressaltando como o analista opera na clínica da toxicomania.
SANTOS, C. E.; COSTA-ROSA, A. (2007). A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos	O estudo examinou o fenômeno da toxicomania a partir da fala de 11 pacientes de uma instituição especializada de dependência química e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Os resultados do trabalho de escuta e reflexão, sob o referencial psicanalítico, apontaram uma série de características psicológicas dos indivíduos estudados favorecendo o planejamento de estratégias individuais e coletivas de atenção ao problema. Aborda a resposta do analista à clínica da toxicomania.
CHAVES, E.; ROCHA, Z. (2007). O toxicômano e o psicanalista: um encontro possível?	Os autores propõem uma reflexão teórica acerca das respostas da psicanálise ao desafio da clínica da toxicomania na contemporaneidade.
MORAES, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais.	O estudo investigou a percepção de usuários, acompanhantes e profissionais acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas, em um CAPSad de Recife. Os resultados mostram que os usuários se percebem ainda como doentes, havendo ampla medicalização, o que evidencia resquícios do modelo de atenção que entrou em desuso a partir da reforma psiquiátrica. Essa lógica é reforçada pelos profissionais de saúde que pouco sustenta seu fazer sob o paradigma de atenção integral, questão que orienta a discussão sobre os impasses da inserção

	do analista na instituição.
ABREU, D. N. (2008). A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental	O artigo discute o lugar do analista numa instituição de saúde mental. Foram tecidas considerações acerca das intervenções possíveis à psicanálise no campo do coletivo, contemplando as respostas que o analista constrói frente às demandas institucionais.
RIBEIRO, C. T. (2009). Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade	O estudo traz ferramentas teóricas para que o analista responda à clínica da toxicomania. A autora trabalha o conceito laciano de “discurso capitalista”, como uma via de compreender como o uso das drogas incide sobre cada sujeito. Delimita a diferenças entre “toxicomania” e a prática configurada como o simples uso de drogas.
ROMANINI, M.; ROSO, A. (2012). Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo	O artigo estabelece uma reflexão acerca do trabalho da psicanálise na instituição, tomando um Centro de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas (CAPSad). Traz uma articulação entre a clínica psicanalítica e a demanda institucional para o tratamento da toxicomania. O trabalho atende às 3 categorias de análise: os impasses da inserção do analista à instituição, o lugar do analista na instituição e as respostas operadas por este frente às demandas da equipe.

CAPÍTULO 2 – DOS PRINCÍPIOS DA INSTITUIÇÃO AOS POSSÍVEIS IMPASSES PARA UM ANALISTA

Para se entender a complexidade de fatores envolvidos no trabalho do analista em uma instituição de saúde, cuja questão central é a assistência aos pacientes dependentes do álcool/drogas; é preciso compreender, primeiramente, especificidades e fundamentos éticos que edificam o local em que ocorre o trabalho. Os impasses, as dificuldades com as quais o analista se defronta no processo de inserção se dá num contexto peculiar. Começemos, então, pelo contexto: quais os princípios que orientam uma instituição pública de saúde que tem como foco o cuidado a usuários de álcool e drogas? Quais os “ideais” envolvidos na lógica de tratamento adotada?

Esse contexto é bem caracterizado em um dos estudos encontrados que analisa os princípios que regem uma instituição, cujo foco é a atenção a usuários de álcool e drogas. A autora ressalta que, até bem pouco tempo, não havia, no Brasil, uma política pública específica para o uso de drogas lícitas, especialmente, o álcool. Foi divulgado, para dar conta disto, o seguinte documento: “A política do Ministério da Saúde para a Atenção integral aos usuários de Álcool e outras drogas”. Dentre os pilares que orientam esta nova política, estariam: a reinserção social, a passagem da ideia de doente para cidadão e a tão debatida, atualmente, redução de danos. Essa última proposta tem dois princípios intrínsecos: é impossível uma sociedade completamente livre das drogas; e a noção de que é preciso ultrapassar a lógica combativa em relação a estas substâncias, já que se opõe aos direitos éticos e civis das pessoas no que concerne ao uso do corpo e da mente. Sob esta óptica, o indivíduo deixa de ser visto como um doente, sendo contemplado como um cidadão com direito à atenção integral e equânime à saúde, tendo um papel ativo no asseguramento destes (Moraes, 2008).

É interessante aqui fazer uma breve digressão para situar, historicamente, a origem dos princípios que organizam e dão rumo a essas práticas atuais no contexto institucional. A construção desta nova política foi fruto dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma sanitária que ocorriam paralelamente (Moraes, 2008). O cerne das lutas era a oposição a um modelo médico tido como reducionista, no qual o imperativo do olhar sobre o quadro sintomático excluía a subjetividade dos doentes,

desfavorecendo a implicação e envolvimento dos indivíduos enquanto sujeitos capazes de escolher e de portar um saber sobre o que é melhor para si. Em contraposição a um manejo patologizante, apassivador e incapacitante em relação ao paciente, propõem-se novos modos de intervenção (Tenório, 2001). As políticas sanitárias do Brasil, assim, retiram a medicina como o eixo de referência a todos os profissionais, bem como, o hospital como único modelo de assistência, o qual favorecia intervenções apenas curativas, desengajadas das questões sociais. Como legado mais específico da Reforma Psiquiátrica, tem-se o ideal de resgatar a subjetividade do indivíduo em sofrimento psíquico pela via da reestruturação deste enquanto cidadão, em serviços chamados substitutivos. Neste contexto, também, a psicanálise começa a contribuir com a prática clínica da escuta que, para além do universalismo do discurso do sujeito cidadão, dá lugar ao sujeito do Inconsciente (Tenório, 2001).

É, justamente, num contexto de um serviço substitutivo de saúde mental – Centro de atenção psicossocial Álcool/Drogas (CAPSad) – o qual constitutivamente estaria orientado pelos princípios postos; que a autora revelou as dificuldades de atender a esses fundamentos na vivência cotidiana. Os resultados mostram que as instituições mantêm ainda uma função de alto controle e ajuste social baseadas em ideais como o de abstinência, colocando o doente ainda em uma posição pouco ativa no tratamento. Os usuários ratificam isto ao revelarem um sentimento de gratidão exagerado pelos funcionários e trazerem uma identificação a posição de doente, denotando a distância do lugar de cidadania preconizado pelas novas políticas. Além disso, muitos pacientes reproduzem a noção de que o reajuste social só pode ser alcançado pelo ideal da abstinência, colocando-se não responsabilizável frente ao tratamento – “sou alcoolista e sempre serei?”. Os profissionais, ainda, pareceram ter pouco conhecimento e intimidade com os princípios norteadores do SUS e da política específica de pacientes adictos que regem o modelo de atenção, no qual estão inseridos (Moraes, 2008).

É neste contexto transicional em que há um distanciamento entre o saber sistematizado teoricamente e aquele desenvolvido na prática que se segue a atenção a usuários de álcool e drogas. Como mencionado, a descentralização do modelo médico convoca a entrada de profissionais de outras áreas para produzirem trabalhos consistentes e integrados que diminuam essa distância entre o saber e o fazer. Dentre

esses saberes, destaca-se o da psicanálise como um modo de intervenção neste novo modelo. A possibilidade de entrada neste cenário, todavia, não assegura um lugar apriorístico ao psicanalista. Talvez, profissionais não advertidos disto reproduzam uma prática descontextualizada. É preciso, por isso, refletir acerca das questões e impasses inerentes a esta entrada, especialmente, no que concerne a psicanálise (Moraes, 2008).

A partir da experiência em um serviço substitutivo de saúde mental, os impasses da inserção de um psicanalista numa instituição, o lugar que este precisaria ocupar e os dispositivos que precisam ser construídos para garantir que o trabalho ocorra foram expostos. Vamos nos deter, primeiramente, às dificuldades intrínsecas a esta entrada. Para os autores, as diferenças paradigmáticas com as quais o analista irá se defrontar no contexto institucional constituem o cerne da problemática deste processo (Romanini & Roso, 2012).

A instituição, conceitualmente, traz uma marca de agente regulador e normativo de aspectos relacionados à vida social. Desta forma, estruturalmente, ela carrega normas, regras, códigos baseados em ideias sociais do que é o bem, o mau, o saudável, o patológico. Uma instituição, assim, se edifica sob a ética do bem, ou seja, a saúde estaria atrelada a preceitos universais sobre qualidade de vida, reinserção social. Convoca-se um sujeito na condição de cidadão, propondo intervenções universalistas – para todos – para cura do mal-estar. O psicanalista, ao entrar nesta estrutura, é convocado a sustentar o seu fazer pautado na lógica curativa e da cidadania, visando a reestabelecer um estado de saúde e de bem-estar de modo padronizado (Romanini & Roso, 2012).

A psicanálise, contudo, sustenta-se num outro paradigma. Orienta-se por uma concepção diferente de sujeito, tomando-o na sua dimensão inconsciente, que subverte as normas consensuais da cidadania. Freud entende que apesar da civilização ter uma função para proteger o homem contra as intempéries da natureza e para ajustar os relacionamentos; adequar-se a ela também gera sofrimentos, já que exige renúncias, perdas. Para que fique mais claro a diferença paradigmática da qual estamos tratando, é interessante detalhar a visão de homem trazida pela psicanálise (Freud, 1930/2006). O ser humano, diferentemente dos animais, não é um ser orientado pela necessidade, pelo instinto, mas pelo que Freud nomeou como pulsão, um dos complexos conceitos fundamentais da teoria. Trata-se, em linhas gerais, de

uma energia livre que faz o psiquismo trabalhar. Isto significa que, ao nascer, diferente de um animal, o homem precisará da relação com um outro e, a partir disto, terá modos particulares de satisfação, de experimentar o próprio corpo, o do outro e os objetos do mundo. Essa satisfação vai muito além do somático, da fisiologia. O ato de alimentar-se, por exemplo, ultrapassa uma necessidade fisiológica e se insere numa rede cultural, de relações e afetos. O contato contínuo com a linguagem, com a cultura faz com que o humano molde estas pulsões, mas estas não são aniquiladas. Se ao nascermos podemos usufruir do nosso próprio corpo e do outro de várias formas, o assujeitamento a cultura promove algumas podas e entramos em contato com regras, noções de certo e errado, bom e mau dentre outros. Isso que vai sendo, aparentemente, apagado, entretanto, continua na vida mental e influencia inconscientemente o nosso modo de funcionar, de nos relacionar (Freud, 1915/2006).

Um outro detalhe importante é que Freud percebeu que o aparelho psíquico nem sempre esteve direcionado ao prazer ou a extinção da tensão. Temos impulsos destrutivos, agressivos e reprimi-los também resulta em mal-estar. É constitutivo do psiquismo, assim, a falta, o conflito, o mal-estar. É, justamente, porque falta algo que o homem se funda como desejante. A pulsão não tem um objeto específico capaz de promover uma satisfação plena, completa. Dessa forma, de um modo bem singular, passamos a vida elegendo, temporariamente, objetos de desejo. Ao nos depararmos com a incompletude dos mesmos, os restos da insatisfação promovem novas buscas. Esse é o movimento incessante do desejar (Freud, 1920/2006).

Orientada por esta lógica do desejo, por um sujeito determinado também pelo inconsciente, a ética da psicanálise não pode ser a que designa a busca de um bem-estar geral. Apesar da falta fundadora do desejo ser constitutiva do ser humano, cada um terá uma forma muito particular de lidar com isto. Cada um constrói um modo, uma trilha única para tentar alcançar o que lhe falta, o que lhe faz bem, o que remedia o seu mal-estar. Dessa forma, a ética do desejo que orienta o tratamento a partir da psicanálise se rebela a quaisquer ideais de bem-estar e completude e a tentativa de universalização moral (Romanini & Roso, 2012).

Vê-se, assim, uma rica exposição das diferenças entre o sujeito cidadão que orienta a prática da maioria dos profissionais na instituição e do sujeito do inconsciente que direciona o tratamento na psicanálise. O significado desta enfática distinção, no entanto, deve ser analisado com cautela para não gerar equívocos. Essas

diferenças trazem muito mais elementos que desenham o lugar que o analista deve ocupar na instituição do que os impasses para o analista operar deste lugar. Os autores tomam como parâmetro estas diferenças paradigmáticas para falar das dificuldades intrínsecas à inserção do psicanalista na instituição, mas elas em si não configuram necessariamente um obstáculo para que o trabalho do analista ocorra a partir da sua ancoragem discursiva (Romanini & Roso, 2012). O modo, contudo, como o profissional orientado pela psicanálise vai lidar com estas diferenças pode tornar-se um grande impasse para a sua (não) inserção.

É interessante, ainda que brevemente, que o estudo toca as dificuldades que o próprio psicanalista tem de lidar com um trabalho fora do setting tradicional, em transmitir os efeitos do seu trabalho, as qualidades dos fenômenos psíquicos. Tecem uma crítica aos analistas da década de 60 e 70 que adotavam uma posição externa à instituição, promovendo interpretações e leituras em relação aos demais profissionais. Ressaltam que é preciso haver uma mudança no próprio movimento do psicanalista com o seu saber para se operar uma clínica no cotidiano institucional. Embora os autores tragam essas ideias, são muito enfatizadas as diferenças paradigmáticas, sem articular os impasses ao modo como os analistas vão lidar com isto (Romanini & Roso, 2012).

O estudo se propõe a trazer as dificuldades inerentes à inserção do psicanalista na instituição, mas também não promove uma discussão aprofundada acerca da relação que o analista estabelece com o seu próprio saber e como o seu uso pode se tornar um obstáculo. Outros autores trazem a experiência de implantação de um serviço ambulatorial de psicoterapia psicanalítica em um hospital universitário. Embora tragam considerações importantes acerca do modo como o analista deve operar, trabalhar com o seu saber na instituição, ao falar das dificuldades para a instalação da “situação analítica” orienta a discussão pelas diferenças discursivas que coabitam uma instituição. Ressalta bastante que é um trabalho arriscado, desafiador e a necessidade de se criar um espaço independente do psiquiátrico, de se observar a sobreposição transferencial quando se está numa instituição. Essas questões são de extrema importância, mas não marca o problema da inserção em si (Bueno & Pereira, 2002).

Ainda que os artigos encontrados não tratem desta maneira, é preciso discutir a ideia de que o verdadeiro impasse para que um analista se insira na instituição tem

a ver com o que ele faz com essas diferenças que se apresentam na sua chegada à instituição. A autora fará uma reflexão acerca disto, colocando que muitos psicanalistas se sentem pessoalmente incompreendidos ou excluídos ao se depararem com estas divergências, colocando-as como um obstáculo apriorístico para que o seu trabalho ocorra. Muitos analistas, em resposta, tendem a fazer trabalhos clínicos isolados no contexto institucional, o que dificulta ainda mais a possibilidade de inserção. Vê-se na prática cotidiana dois verdadeiros empecilhos: ficar no solipsismo da teoria, realizando um trabalho clínico separado ou abrir mão da clínica, da ética que orienta o fazer psicanalítico, guiando-se pelos princípios que edificam o trabalho dos demais profissionais na instituição. Se o analista se situa em uma destas opções, inserir-se enquanto tal torna-se impossível (Moretto, 2006).

Os impasses se configuram, também, se não está clara a diferença entre o processo de inserção e a entrada no contexto em si, expressões que se misturam nos artigos que se propõem a abordar a temática. A entrada do profissional psi no contexto da saúde se dá a partir dos movimentos já referidos em que se observa a necessidade de modos de intervenção para além de um organismo adoecido. O sofrimento que vai muito além do orgânico se presentifica no cotidiano institucional e convoca a entrada de profissionais que tenham métodos específicos para manejar com esta subjetividade. Desta forma, a entrada tem a ver com oferta de vaga num dado campo de trabalho, contrato (Moretto, 2006). Se é pelas próprias diferenças dos saberes, que se torna possível a entrada do psicanalista por que estas se configurariam um impasse então? Os impasses, assim, não têm a ver com a entrada em si, mas com o trabalhoso artifício da inserção. A inserção tem a ver com o processo de construção de um lugar, algo que vai para além do contrato (Moretto, 2006). Para ultrapassar os impasses acima discutidos e possibilitar a inserção do analista na instituição, é preciso que este LUGAR que se constitui num posicionamento simbólico e ético, num modo específico de manejar o próprio saber, esteja muito claro para quem vai operar daí.

CAPÍTULO 3 – COMO O ANALISTA (NÃO) RESPONDE ÀS DEMANDAS IMPOSSÍVEIS

3.1 O lugar do analista na instituição

A entrada do analista na instituição, como vimos, está dada pela necessidade de se produzir um saber acerca da subjetividade no campo da instituição. Na sua chegada, o analista tem um lugar desenhado a partir dos endereçamentos que lhe são feitos, acerca do que ele poderá ou não fazer. Desde já, entendemos que não se trata de um lugar físico, mas que se estabelece num campo de relações (Moretto, 2006).

Um dos estudos encontrados se propõe a pensar o lugar do analista na relação de trabalho com o paciente, diferenciando-o daquele que outros profissionais ocupam. Romanini e Roso (2012) pressupõem que as diferentes ancoragens éticas e teóricas sustentadas por cada profissional implicará em posicionamentos distintos em relação ao paciente, a maneira de intervir e tratar dos mesmos. Para discutir, mais especificamente os lugares ocupados pelo analista e pelo médico, os autores tomam como base, de modo bem simples, a teoria dos discursos de Lacan. Para a psicanálise, o discurso não tem a ver com o que a pessoa fala, com o conteúdo do que é dito em si, mas de onde ela fala, de que modo e de que posição. Trata-se de posição subjetiva. Para ficar mais claro, podemos partir do exemplo trazido: um paciente que é dependente de álcool. Um médico, por exemplo, tomará o caso pelo **desejo de curar**, ou seja, o paciente será visto como portador de uma doença que traz um grande comprometimento físico e social. A intervenção deve ser no sentido de torná-lo saudável, a partir da remoção do sintoma e da promoção de uma reinserção social deste indivíduo. Um psicanalista, no entanto, pegará o caso pelo **desejo de saber** a relação que o sujeito estabelece com o que fala e com o que não consegue falar, com o modo como se queixa do adoecimento, da dependência, ao que ele atribui o saudável (Romanini & Roso, 2012).

Ao agenciarem o desejo de saber ou o desejo de curar, estes profissionais falam de posições distintas. O desejo de saber estaria afinado com o lugar do discurso analítico. Isto significa que o analista se coloca como Outro para que ao paciente fique reservada a posição de um sujeito capaz de produzir um sabe sobre si, sobre o seu desejo. As marcas particulares que vão sendo impressas ditam ao

psicanalista a direção do tratamento. O analista, assim, ao se furtar da posição de quem tem uma resposta a priori sobre o paciente, coloca-o em trabalho, direcionando-o a perceber que sabe mais do que o que diz. A direção do trabalho analítico ao sujeito do inconsciente faz com que o próprio paciente se depare com a possibilidade de reordenar, reinventar de modo ímpar o caos estabelecido pela condição de adoecimento. O analista, nesta posição de objeto causa do desejo, é um facilitador que fará pontuações, intervenções no sentido de favorecer que o paciente busque uma apropriação e ressignificação deste saber não sabido, inconsciente, que determina grande parte da sua vida psíquica (Romanini & Roso, 2012).

Já o desejo de curar, muitas vezes, agenciado pelo médico, para os autores, estaria pautado no discurso do mestre. O profissional coloca-se como um sujeito que, a partir do seu desejo, dos seus preceitos de bem-estar, saúde, doença, por exemplo, ordena que um outro trabalhe. Este outro deve produzir algo que interesse ao mestre, ou seja, modificar um comportamento tido como inadequado como o de beber, substituindo-o. Ainda que os autores vinculem a posição do médico ao da mestria, pode-se pensar que o médico e os outros profissionais da saúde no contexto institucional agenciam um outro discurso: o universitário. Desta forma, os profissionais ocupam uma posição de saber apriorístico e universalista sobre o que é melhor para o outro, tomado aqui como um objeto.

Outro autor estudado ratifica as ideias trazidas sobre o lugar do analista na instituição. Ele sintetiza como o lugar do furo, ressaltando que o saber da psicanálise não é apriorístico, completo, mas se constrói com um sujeito (Abreu, 2008). A função exercida neste lugar esvaziado é para que o sujeito possa construir um saber autêntico sobre si. Há um estudo, também, que caracteriza o lugar do analista, definindo-o como a criação de uma condição transferencial que sustenta frente ao sujeito em sofrimento o enigma e o desejo de elucidar um saber inconsciente que ele porta (Moretto, 2006).

Os estudos caracterizam bem o lugar do analista pensando-se clinicamente, no tratamento com o paciente, mas discutem pouco sobre a posição ocupada por este na equipe. Esse lugar desenhado na relação analista-analisando dá um bom parâmetro para se pensar naquele que deverá ser construído junto à equipe. Sabemos que, a priori, o analista é convocado a responder sobre o sofrimento psíquico dos pacientes, já que os demais profissionais não têm instrumentos metodológicos para

lidar com isto. Embutida nesta convocação, há a demanda de que o analista auxilie na formalização dos ideais de cura, de reestabelecimento de um bem-estar. O analista, como foi visto, tem um método para trabalhar com o sofrimento psíquico dos pacientes sim, mas não tem instrumentos para responder sob esta ética do bem geral.

Dessa forma, o lugar que o analista irá ocupar tem a ver com o modo como ele responde às demandas que lhe chegam. O lugar do analista não corresponde necessariamente a este que a equipe o coloca. A posição do analista na equipe de saúde tem a ver com o seu ato frente ao que lhe é solicitado. A não correspondência das demandas, o acolhimento e tratamento destas demandas impossíveis, a produção e promoção de trabalho vão configurar a possibilidade de ocupar o seu lugar. É preciso discutir, assim, de que modo o analista constrói este lugar na equipe, de que forma ele opera daí. Como tornar ação o saber que advém da sua posição frente aos outros (Moretto, 2006).

3.2. As respostas clínico-institucionais dos analistas

A possibilidade do analista construir e ocupar o seu lugar na instituição requer que ele tenha intimidade com o que há de específico no seu trabalho neste contexto. A peculiaridade do trabalho é a simultaneidade das vertentes clínica e institucional (Moretto, 2006). Isto significa que o lugar do analista se constrói a partir do modo pelo qual ele opera e responde às demandas clínicas, junto ao paciente, e às da equipe de saúde. Independente do lugar que essas demandas o convoque, é preciso que ele responda com um ATO, referenciado na sua ética e possibilidades metodológicas. Vamos analisar, primeiramente, o que os artigos trazem acerca destas respostas que o analista vem construindo na instituição frente à clínica da toxicomania.

Alguns dos autores entendem que o analista responde à clínica com pacientes dependentes de álcool e drogas, primeiramente, com ferramentas teóricas. A compreensão teórica acerca da questão torna-se um instrumento imprescindível à sustentação de uma prática (Gianesi, 2005; Ribeiro, 2009; Oliveira, 2003; Chaves & Rocha, 2007).

Um dos estudos encontrados faz uma leitura acerca do processo de intensificação e cronificação do uso de drogas na sociedade atual (Ribeiro, 2009). A autora resgata o que Freud já trazia sobre o uso das drogas desde aquela época: uma das respostas mais eficazes do sujeito para o seu mal-estar. Segundo Freud, como já mencionado neste trabalho, a vida civilizatória exige renúncias e sacrifícios à vida sexual, a agressividade, à vida pulsional constituinte do ser humano (Freud, 1930/2006). Dessa forma, o homem recorrerá a “medidas paliativas” a fim de dar vazão ao mal-estar intrínseco à normatização da vida em sociedade. As drogas, com seu potencial químico, promovem mudanças no organismo que priorizam sensações prazerosas, colocando em suspensão o desprazer. Nos últimos tempos, para um número cada vez maior de sujeitos, o uso da droga ultrapassa a recreação, um recurso paliativo e eventual e torna-se a única possibilidade, o remédio contínuo e imprescindível para se viver.

A mudança na maneira como se faz o uso da droga tem relação com uma transformação na lógica discursiva que organiza uma cultura. O uso crônico da substância, assim, seria uma resposta de alguns sujeitos ao imperativo cultural de que há objetos capazes de suprimir a dor e o mal-estar. O discurso capitalista que tem como lema o prazer a qualquer preço oferece objetos imaginários que dão a sensação ilusória de completude e remissão de uma falta que é constitutiva (Ribeiro, 2009).

Dessa forma a toxicomania seria um modo particular de subjetivação que se dá como efeito desse discurso. A psicanálise, segundo estes autores, não consideraria a toxicomania como uma estrutura, mas uma posição discursiva, ou seja, marca uma relação particular que o sujeito estabelece com o objeto droga, a partir do recorte que ele faz da organização cultural em que se encontra (Gianesi, 2005; Ribeiro, 2009; Oliveira, 2003).

É preciso que esteja claro a um psicanalista que lida com esta clínica a diferença entre o sujeito da toxicomania e aquele que faz uso de drogas como recreação, eventualmente ou até com frequência (Ribeiro, 2009). A modalidade de uso da droga na toxicomania se diferencia pela relação de exclusividade que o sujeito estabelece com a substância. Há uma entrega alienada, absoluta a este único objeto. A droga assume, assim, uma função específica na vida psíquica do sujeito que faz este tipo de uso. Nos termos psicanalíticos, isto delinearão um modo de gozo particular (Santos & Costa-Rosa, 2007; Gianesi, 2005). Modalidade de gozo tem a

ver com a maneira como cada sujeito irá encontrar para lidar com a sua falta, com a restrição da sua vida pulsional, efeito do assujeitamento à cultura. Dessa forma, o gozo se traduz na junção de satisfação e dor, já que os objetos que buscamos no mundo, são capazes de nos oferecer satisfações apenas parciais, incompletas. Quando nascemos, há a ilusão de que podemos gozar de todas as formas, plenamente, sem limites. A vida em sociedade, com regras, normas, impõe restrições a este gozo. Passamos a construir formas de satisfação que tragam em si a marca da incompletude (Nasio, 1993).

Como já trazido anteriormente, passamos a vida elegendo objetos que podem nos satisfazer apenas parcialmente e a experiência da completude permanece como uma miragem. Isso garante que existamos enquanto desejantes. A falta, assim, tem a função de movimentar a vida, de promover aspirações e conquistas incessantes. Esse é um modo de gozo ligado à linguagem que conserva a plasticidade dos objetos. Embora esse movimento desejante seja particular ao ser humano, a forma como cada sujeito vai buscar estes objetos, quais vão ser eleitos imprimem uma lógica particular. Isto significa que ainda que usemos um mesmo mecanismo, um mesmo dispositivo peculiar ao movimento do desejo, cada um inscreverá uma história, dispondo seus objetos de um modo radicalmente ímpar (Oliveira, 2003).

Quando o analista ressalta a “categoria” da toxicomania, ele trará esses mecanismos gerais, dispositivos comuns que alguns sujeitos, de modo particular, se utilizam. Na escuta com o paciente, contudo, cada um, a sua maneira, preencherá esta estrutura com suas idiossincrasias. Vários sujeitos podem, por exemplo, tomar a mesma droga como um objeto exclusivo, único de satisfação, mas o modo e os motivos pelos quais cada um fará isso, já estarão inscritos na história intransferível de cada um.

Falemos, então, das particularidades dos pacientes dependentes de álcool/drogas. No caso do toxicômano, a relação estabelecida com a droga parece simular, reproduzir a ocasião em que nascemos, na qual nos apresentamos como objeto, entregue ao Outro, de modo a obter uma satisfação plena. Na toxicomania, assim, o sujeito sairia da modalidade de gozo fálica que percorremos, a qual pressupõe a plasticidade subjetiva, em que vários objetos podem se tornar alvo do desejo (Santos & Costa-Rosa, 2007; Gianesi, 2005). Para o sujeito que faz uso crônico da droga, esse ideal de felicidade absoluta, impossível no horizonte desejante, é subvertido e a

droga, em sua concretude, torna-se um objeto único e capaz de lhe proporcionar isto. Dessa forma, através de uma vivência corporal, muito mais do que elaborada pelo pensamento, o sujeito estabelece uma relação de exclusividade com a droga (Chaves & Rocha, 2007). Seria um gozo que escapa à mediação simbólica, obtido no próprio corpo, retirando a possibilidade de simbolizar o que é experimentado como falta. O sujeito perde a sua capacidade de desejar ao colocar a droga como um objeto de necessidade. O objeto da pulsão torna-se fixo e imprescindível na sua concretude e não mais no seu caráter metafórico e metonímico (Santos & Costa-rosa, 2007).

Vê-se que há uma grande diversidade no modo como as drogas são usadas. A um psicanalista interessará o por quê de alguns sujeitos fazerem da droga uma escolha mortífera. Não é principal saber da concretude da droga e dos seus efeitos químicos (Gianesi, 2005). O analista escutará a maneira como o sujeito se posiciona diante do objeto droga (Chaves & Rocha, 2007). Ao escutar cada paciente, acessaremos de modo particular, a partir da sua história, os motivos que sustentam a substância num dado lugar na sua vida psíquica - “acreditamos que é uma particular relação de um sujeito com um objeto que confere a este último o poder de converter-se em uma fonte de gozo da qual o próprio sujeito não consegue mais prescindir”. (Ribeiro, 2009, p. 340)

É com esta leitura teórica que o analista opera clinicamente. A partir disso, ele precisará apurar que demanda lhe é dirigida pelo paciente no início de um tratamento. Os autores ressaltam que o paciente diante do analista, e aqui eu acrescentaria dos demais profissionais da equipe, coloca-se como um contemplador passivo da sua própria condição, a espera que alguém o trate, repare a sua dor a sua falta (Chaves & Rocha, 2007). Se não pelo objeto droga, pelos profissionais, o paciente mantém seu movimento de recuperar a condição perdida, de evocar o preenchimento da falta. No caso do analista, essa escuta é fundamental para justamente não responder deste lugar que é convocado e abrir espaço para que um trabalho analítico aconteça.

Um dos estudos também se propõe a discutir essa chegada do paciente ao tratamento, muitas vezes, identificado alienadamente ao diagnóstico da toxicomania – “sou dependente químico” - numa posição vitimizada. É preciso uma escuta atenta para que a resposta do analista não avalize, não reforce esta posição. Pelo contrário, a direção do tratamento deve ser no sentido de permitir que esta identificação bruta se

desfaça. O que mais além de “toxicômano” você é? Essa questão, metaforicamente, deve guiar as intervenções iniciais do analista. Todo o trabalho, assim, é tratar esta queixa, questionar esta posição objetal, convocando a responsabilidade deste paciente enquanto um sujeito que porta um saber, ainda que inconsciente, sobre si, sobre o seu sintoma. É preciso escutar para além da narrativa, da identificação paralisante de um diagnóstico, atentando-se ao discurso – de onde este paciente fala? Quais elementos se repetem? Que relação ele estabelece com o objeto droga? Ao sujeito ser colocado como agente que formula a questão, ele pode se escutar e construir novos sentidos ao ato de drogar-se (Gianesi, 2005).

Freud fala que o paciente atua com o analista, ao invés de apenas falar, pra tentar dar conta do que não é todo dito pelas palavras. É imprescindível que o analista esteja atento, por isso, a esse lugar que é convocado, para justamente não responder daí (Freud, 1914/2006). Quando sob transferência, o paciente não encontra correspondência no seu “parceiro” analista, são abertas novas possibilidades de respostas, expondo o enunciado do paciente a efeitos. Diante do paciente, o lugar do analista é o de objeto. A posição de objeto na qual o analista deve se colocar não é de objeto de gozo, satisfação, mas de causa de desejo. Ao não responder, não satisfazer a demanda, ele fomenta o desejo do paciente (Caligaris, 1989; Moretto, 2001).

Além das considerações teóricas, uma autora traz em seu estudo uma ilustração de um trabalho clínico realizado com a paciente Lia, que exemplifica bem o lugar e de que forma o analista responde nesta relação. A paciente chega ao tratamento identificada ao diagnóstico da toxicomania, queixando-se da sua condição de forma totalmente desimplicada – “sou vítima das drogas”. A analista tratou de convocar a paciente a trazer o que lhe marcava além disto. Lia vai trazendo sua história de vida, sua relação complexa com a mãe, sua opção sexual e a dinâmica do seu desejo vai desenhando para além dos fatos, da narrativa. Lia sofria por não ser amada o suficiente, algo complementar lhe falta, é assim que a analista escuta. A autora, ao escutar o discurso da paciente, vai traçando o que em psicanálise orienta o tratamento desde o início: o diagnóstico estrutural. A toxicomania não escolhe estruturação subjetiva (Gianesi, 2005). Freud (1913/2006) recomenda que no início de um tratamento é imprescindível se atentar para a forma como o paciente se posiciona frente ao Outro. Os indivíduos, segundo Freud, possuem espécies de “clichês estereotípicos”, que se repetem de forma constante nas diversas relações e

reaparece ao longo da vida de cada um. Na relação transferencial com o analista, este é incluído nessa “série” psíquica, nestes estereótipos constituídos ao longo da existência. A partir destas repetições que se desvelam no discurso da paciente, o analista vai compreendendo a estrutura (Freud, 1912/2006).

Dessa forma, a autora escutou a maneira como Lia se colocava nas relações, na própria transferência. Identificou-se que se tratava de uma estrutura neurótica, mais especificamente, histeria, segundo o tipo clínico. Essa posição neurótica, histérica, se desenhou a partir da posição que a paciente se colocava nas suas relações. Traz um significante que se repetia que era o abandono, o ser abandonado. Na relação analítica, colocava a analista como um mestre e, depois apontava as falhas, cobrava resposta, conclusões, trabalho por parte da profissional (Gianesi, 2005).

Quando a paciente colocava a analista no lugar do mestre, esta manejava convocando-a a construir esta resposta, este saber. A aposta do analista é: você “*sabe mais do que o que diz*”. O saber estar do lado do analisando, ainda que ele não se dê conta e o manejo do analista é para que isto se desvele. Lia, ao longo do trabalho, pôde transformar sua queixa em uma questão a ser decifrada, mediada pelo sujeito suposto saber, que é o analista. Esse faz, contudo, semblante, pois não tem a resposta. É um facilitador, um instigador para que o analisando vá construindo, formalizando este saber não sabido, inconsciente (Gianesi, 2005; Quinet, 1991).

O conhecimento analítico fala, assim, de uma relação em que, aquele que sofre, supõe à figura (e não à pessoa) do analista um saber sobre o que lhe aflinge – “trata-se de uma ilusão na qual o sujeito acredita que sua verdade encontra-se já dada no analista e que este a conhece de antemão” (Quinet, 1991, p. 31). Esse “erro subjetivo” é imprescindível ao tratamento, mas o psicanalista jamais deve encarnar ou se identificar com tal lugar. Pelo contrário, ele, em sua ética, deve se furtar a esta posição, permitindo a emergência, nessa relação, de um novo sujeito, o sujeito do inconsciente.

Dessa forma, a própria paciente foi tecendo reflexões acerca do seu “jeito de ver o mundo” que a aprisionava na posição de abandonada da qual tanto se queixava. É possível estar nas relações de outra forma? As perguntas vão instigando a construção de novas respostas, de novos sentidos e formas de estar no mundo, nas relações. É interessante que o trabalho analítico favoreceu que a mera identificação

ao diagnóstico de toxicomania fosse cedendo espaço para outras identificações e outras questões. Quando o estigma de dependente químico não dominava mais todas as suas queixas, Lia pôde recontar a sua história. A droga também aparece para além dos efeitos químicos, como um recurso da paciente para tamponar a dor de lidar com a sua posição subjetiva faltante. A paciente conta que com a droga se sente linda, não tem grilos, problemas. Ela não tem que lidar com os desencontros, as frustrações próprias das relações interpessoais das quais se queixava. O trabalho analítico é para que a paciente possa ressignificar esta experiência e criar novas saídas, sustentando-se como sujeito dividido, ou seja, incorporando a dimensão “incurável” da falta (Gianesi, 2005).

Em um estudo realizado em um núcleo de Atenção a dependentes químicos, também irá trazer como o analista opera frente à questão da toxicomania. Os autores Santos e Costa-Rosa (2007) escutam 11 sujeitos que passam na clínica uma média de 15 dias para desintoxicação. A análise do discurso dos pacientes ratifica o que já foi trazido acerca da identificação alienada à condição de dependente químico na qual o paciente chega (Gianesi, 2005). Uma condição naturalizada e inquestionável que traz uma desresponsabilização pelo ato de drogar-se. A busca pela abstinência, assim, se dá também pelo outro, pela instituição – alguém, que possa colocar uma barra, fazer suplência à falta de limite subjetivo. Um tratamento que responde a esta demanda de tamponamento, faz a função da droga – “a instituição, tal como está estruturada, está perfeitamente incluída na lógica de funcionamento psíquico desses sujeitos, e que eles já parecem contar com a existência deste recurso” (Santos & Costa, 2007, p 501). O paciente permanece fixado num modo de obter satisfação, buscando o entorpecimento diante do que lhe falta, seja na droga, na equipe. Segundo os autores, o fato do paciente continuar nesta posição passiva, faz com que ele não sustente ficar sem a droga, voltando a fazer o uso assim que sai da internação (Santos & Costa-Rosa, 2007; Gianesi, 2005).

Nesse contexto institucional, o analista poderá operar com as entrevistas preliminares, permitindo que o paciente se dê conta de que há o que ser falado da sua experiência. O analista deve afastar-se do lugar de confessorário ou de prestação de contas para escutar. A ideia é que o paciente possa trazer a sua história e o modo como a droga foi ganhando função, tirando o caráter naturalizado deste vício (Santos

& Costa-Rosa, 2007). Esse contexto em que o paciente está sem fazer o uso da droga é privilegiado para que um trabalho analítico se inicie (Chaves & Rocha, 2007).

Para os autores, o ato de drogar-se é uma experiência que se dá no imediato do corpo e não possui um sentido em si mesmo. Dessa forma, enquanto o sujeito estiver fazendo o uso, fica muito difícil viabilizar condições para que a transferência se dê e os questionamentos apareçam (Santos & Costa-Rosa, 2007; Gianesi, 2005; Chaves & Rocha, 2007). No contexto em que os pacientes estão sem a droga, a experiência da falta pode favorecer que o paciente entre em um trabalho que convoque um outro recurso. A “falta química” pode ser capturada pelo processo simbólico e o paciente poderá se a ver com a própria castração – a falta a ser. Quando isto não é possível e o paciente estiver numa relação de fusão com a droga, o analista precisará manejar estrategicamente, para ser um terceiro nesta relação dual e aos poucos facilitar que um processo de trabalho se inicie (Chaves & Rocha, 2007).

O analista pode responder clinicamente também não só com o trabalho nos moldes individual como visto até aqui. Em um estudo, como tática, é proposta uma oficina de escrita, em grupo, com os pacientes internados em um centro de recuperação para alcoolistas e drogados. A técnica da escrita, neste caso, tornou-se importante para alguns pacientes, na medida em que inseriu a linguagem, o simbólico, numa experiência solipsista, ensimesmada, restrita ao corpo, que dispensa o pensamento, como o ato de drogar-se. Ao escrever, o sujeito pôde construir uma significação para este ato. Para além do conteúdo em si, da ortografia, a produção marca um estilo, carrega uma inscrição subjetiva (Chaves & Rocha, 2007). Para o autor, produzir e socializar podem ser uma forma de elaborar, de dar novos sentidos e de possibilitar que cada sujeito resgate a posição de agente da própria história - “o ato de escrita coloca em cena não somente uma descrição, mas um momento de inscrição subjetiva, podendo assumir o caráter de estatuto clínico, pois diferentemente do imaginário, ela não dispensa o pensamento” (Oliveira, 2003, p. 121).

Além deste trabalho clínico, junto ao paciente, como vimos, na instituição esse discurso sustentado pelo analista se dará num contexto em que tem outras abordagens discursivas. Lidar com estes saberes distintos, como vimos, não é um obstáculo, um impasse em si, mas parte do ofício do analista que entra em uma instituição. Entendemos também que é o modo como o analista atua com estas

diferenças que definirá o seu lugar. O posicionamento do analista na instituição pode ser construído tomando como base, inicialmente, o trabalho de apuração das demandas que lhe são endereçadas, analogamente ao que é feito com os pacientes (Moretto, 2006).

O lugar que o analista constrói na equipe e a consequente possibilidade de inserção na mesma depende do tipo de demanda que a equipe lhe dirige, da forma como as demandas são escutadas pelo analista e o tipo de resposta que ele dá (Moretto, 2006). Os estudos encontrados tratam do trabalho do analista nesta vertente institucional, trazendo dispositivos importantes que marcam o ato, as respostas que o analista dá na prática cotidiana, para configurar um lugar referenciado na sua ética (Romanini & Rosso, 2012; Bueno & Pereira, 2002; Abreu, 2008; Conte, 2002). Não é discutida, entretanto, a estrutura do processo em si – leitura clínica de como se dá as relações no campo transferencial da instituição; apuração das demandas; complicadores e possibilidades de respostas como fatores determinantes na possibilidade de construção de um lugar analítico. Começamos a discutir, primeiramente, esse processo para se pensar nos dispositivos trazidos pelos autores que permitem a sustentação do mesmo.

Já ressaltamos que o primeiro passo do analista é entender, apurar o que lhe está sendo endereçado a partir das solicitações da equipe de saúde. Para Moretto (2006), as demandas da equipe vão ter a ver com o modo pelo qual os profissionais lidam com a própria subjetividade e com a dos pacientes que aparecem no cenário do tratamento. Sabemos que, metodologicamente, os profissionais da saúde, em geral, não têm técnicas, recursos para trabalhar com o subjetivo, por isso mesmo, é chamado alguém que o saiba, os psicólogos e/ou psicanalistas. Alguns profissionais, entretanto, demandam saber, ou seja, querem um retorno acerca do trabalho realizado, já que o elemento da subjetividade é tomado como algo que interfere no tratamento e gera embaraços para a equipe como um todo. Outros, no entanto, fazem apenas um encaminhamento, mas nada querem saber a respeito. Pressupõe-se que alguém lide com isto e o trabalho segue de maneira independente. Isso revela duas questões importantes. A primeira é o lugar que a equipe localiza o analista: de um lado como alguém que tem um saber e pode contribuir e de outro como alguém que tem um saber e que deve operá-lo de modo independente. Em ambas as situações o

analista terá que trabalhar muito, talvez, um pouco menos na primeira, para que ele opere um saber a partir dos seus referenciais (Moretto, 2006).

É interessante que, a partir da minha própria experiência em um ambulatório que tem como questão central pacientes dependentes do álcool, há profissionais com as duas posturas descritas acima. Nos dois casos, entretanto, o analista é convocado a usar o seu saber sobre a subjetividade orientado pelo mesmo referencial da equipe que toma a abstinência ou a problematização do uso do álcool como um indicador de cura. O analista é convocado com o seu saber a ajudar, a convencer o paciente que a abstinência é o melhor para a sua saúde. Sabemos que do ponto de vista psicanalítico esta é uma demanda impossível de se responder. É, justamente, o que o analista fará com isto que poderá lhe colocar em lugares bastante distintos.

O analista poderia, por exemplo, responder a uma demanda deste tipo no lugar do mestre, explicando que do ponto de vista da psicanálise não há como convencer alguém a parar de beber, a não ser que ele mesmo formule uma queixa acerca disto, mas enquanto o incômodo for da equipe, nada pode ser feito. Uma segunda opção de resposta é através do discurso histórico, no qual ele irá apontar à equipe a falha e a impossibilidade própria deste “ideal” universalista de convencer um paciente à parar de beber. Em uma terceira alternativa, ainda, o analista poderia se aventurar a tomar os referenciais da equipe como seus e tentar desenvolver o seu trabalho orientado por isto. Essas três opções de respostas resultam em posicionamentos bem distanciados do que a ética da psicanálise preconiza. As duas primeiras situações, além do apontamento da falta, trazem uma recusa embutida. Já a última, revela um acolhimento acrítico da demanda, ação bastante arriscada sendo que o método psicanalítico não respalda a construção deste tipo de trabalho. Essas situações exemplificam a construção de um lugar de isolamento do profissional da psicanálise e configuram um obstáculo para que uma inserção aconteça (Moretto, 2006).

O posicionamento de um analista, amparado em sua ética, deve ser o acolhimento destas demandas impossíveis. A resposta a ser construída, no entanto, não significa uma correspondência ao que é demandado. É preciso tratar, manejar com estas demandas. Para ilustrar, ao invés de um analista apontar o limite do saber do outro, explicar sobre a sua impossibilidade de responder à demanda de fazer um paciente parar de beber, conforme as situações discutidas acima, ele pode, através do

seu trabalho, manejar de forma que alguém perceba por si mesmo, se dê conta. Observa-se, assim, que já temos duas maneiras iniciais pelas quais o analista opera frente à equipe: escuta, apuração das demandas que lhe chegam e construção de respostas que não significa correspondência ao que é demandado. Embora, como já colocado, os estudos encontrados não discutam esses princípios em si, é interessante analisar as respostas que vem sendo criadas que podem recolocar estas demandas. O lugar do analista é construído através do seu ato, do seu trabalho referenciado pelo seu discurso.

Destaca-se a questão acerca do que fazer com as demandas que lhe chegam, na instituição, que apontam para uma formalização da lógica curativa, da abstinência que orienta o trabalho da equipe. Romanini e Roso (2012) propõem a criação de dispositivos que resultam na não correspondência desta demanda e na possibilidade de trabalho. O dispositivo de tratamento proposto baseia-se na noção de clínica ampliada. Essa clínica envolve o trabalho com profissionais de áreas distintas que criam um projeto terapêutico buscando a participação e autonomia dos pacientes. Nessa proposta, o analista, através do seu trabalho em equipe, com a prática da construção do caso clínico, pode resgatar a escuta do sujeito, revelando em ato os efeitos disso. Há a possibilidade neste processo de articular, em trabalho, o sujeito cidadão da instituição e o sujeito do inconsciente, sem que haja uma oposição ou uma renúncia por parte do analista dos seus princípios.

Vê-se que o analista, ao responder com a ética do seu discurso, sem corresponder à demanda da equipe, não inviabiliza o seu trabalho. Pelo contrário, ao operar seu trabalho sustentado nos seus referenciais, favorece uma articulação entre a clínica do sujeito e a do cidadão. Ressalta-se a necessidade de o analista manejar com essas demandas para que os ideais da instituição não estejam diretamente implicados no trabalho clínico. Os autores, no entanto, ao falar das manobras frente a estas demandas, acabam propondo respostas apenas clínicas, como o manejo na relação com o paciente dos diferentes planos transferenciais (com o psiquiatra, com o enfermeiro) que atuam no trabalho clínico realizado na instituição (Bueno & Pereira, 2002).

Outra possibilidade de manejo às demandas impossíveis seria pela via de considerar a clínica psicanalítica como uma “prática entre vários”, ressaltando que é através do ato do analista em equipe que o trabalho se sustenta e se desenvolve.

Entende-se que é possível produzir um discurso que aposta no sujeito do inconsciente atrelado às diferentes abordagens discursivas. Para operacionalizar esta prática, o autor destaca 4 eixos fundamentais. O primeiro seria a desespecialização: para além do saber de cada profissional presente na equipe, deve-se apostar no saber que o paciente que ali se trata porta. Ressalta que a condição alienada a um diagnóstico por parte dos pacientes e reforçada pela equipe pode marcar um impedimento para sua capacidade inventiva. O segundo eixo é a formação: entende-se que o analista, para conseguir realizar este trabalho, não deve formar-se apenas a partir do estudo teórico, mas por outras vias como a análise pessoal. O terceiro eixo seria a invenção: em situações de grupo, estar atento às invenções do sujeito. O autor dá o exemplo de um paciente que canta, ação que aponta para uma possibilidade de produção criativa. O quarto eixo seria a transmissão: nas reuniões de equipe, na construção coletiva de respostas clínicas e das táticas para o cotidiano do tratamento, o analista traduz em ato o seu lugar (Abreu, 2008).

Um outro estudo interessante é realizado numa comunidade terapêutica da Cruz Vermelha do Rio Grande do Sul com pacientes dependentes de álcool e drogas. A autora propõe um dispositivo interessante que favorece a construção de um lugar sustentado no discurso analítico. Ela denomina o dispositivo, realizado em equipe, metaforicamente, de “corte e costura”. O programa de tratamento aos pacientes era realizado por profissionais e estagiários de áreas distintas e propunha atividades diversificadas: artísticas, culturais, esportivas. Em todas, o analista priorizava um espaço de fala para os pacientes. As intervenções operadas pelo analista levavam em consideração o contexto, já que os pacientes estavam em momentos variados do programa terapêutico. Dessa forma, a partir de uma escuta acurada, observando-se posição subjetiva, relações transferenciais, o analista operava com pontuações e facilitava o processo de construções, elaborações, que foram denominadas metaforicamente como os cortes e as costuras. Através da fala, os pacientes podiam trazer reflexões entre o pensamento e a ação, experiência que é suprimida no ato de drogar-se. Dessa forma, em equipe, o analista participava de todas as fases do plano terapêutico, desde a entrada até a alta, avaliando critérios orientados pelas particularidades dos pacientes. Tinha um lugar, nesta equipe, de um saber capaz de contribuir no campo de decisões (Conte, 2002).

É o ato do analista em dispositivos como os trazidos pelos autores que permite a construção de um lugar ético, resultando na inserção numa equipe. A inserção é efeito do trabalho. Ao trabalhar em conjunto com os demais profissionais, o analista pode manejar as transferências, as demandas que lhe são endereçadas. A resposta dada pelo analista pode promover um giro nos discursos e ele ser tomado de um outro lugar. Um lugar que não o de obturador da falta da equipe a partir da lógica científica de cura e reabilitação, mas como um profissional que trata da subjetividade, do sofrimento humano referenciado numa ética própria, específica e que pode estar no campo das decisões (Moretto, 2006).

3.3 O lugar do analista na instituição é construído, mas de que modo?

Em relação aos impasses na inserção institucional do analista, os estudos de Moraes (2008), Romanini e Roso (2012), Siqueira e Pereira (2002) os associam às diferenças paradigmáticas encontradas entre a psicanálise e os demais campos de saberes ancorados nas ciências naturais. A instituição, para os autores, propõe intervenções universalistas na abordagem do mal-estar, convocando um sujeito na condição de cidadão. A psicanálise, contudo, sustenta-se num outro paradigma. Orienta-se por uma concepção de sujeito, tomando-o na sua dimensão inconsciente, singular. Entende, por isso, que cada um constrói uma trilha única para tentar alcançar o que lhe falta, o que lhe faz bem, o que remedia o seu mal-estar. O paciente da instituição possui estas diferentes dimensões: o cidadão e o sujeito ímpar que se rebela a ideias de completude e universalização moral.

Essas diferenças paradigmáticas entre os profissionais são importantes, mas não constituem os impasses da inserção em si. Moretto (2006), autora que discute a temática do trabalho do psicanalista em instituições, trará que é justamente a diferença que justifica a entrada do profissional da psicanálise. Já o modo como o analista lida com estas diferenças pode constituir-se de fato um impasse a sua inserção. Os poucos estudos encontrados, contudo, não tratam disto. Tratar do modo como o analista irá trabalhar, lidar com as diferenças e demandas faz-se necessário, pois delineará o seu lugar na instituição.

A respeito desse Lugar do analista nas instituições, Romanini e Roso (2012), Abreu (2008) e Siqueira e Pereira (2002) revelam que não se trata de um lugar físico, mas de um lugar que se estabelece no campo de relações. Tem a ver com posicionamento. Sendo assim, as diferentes ancoragens éticas e teóricas sustentadas por cada profissional implicará em posicionamentos distintos em relação ao paciente, à maneira de intervir e tratar dos mesmos. Os artigos caracterizaram muito bem o lugar do analista na clínica, na relação com o paciente: lugar de agente de um discurso que coloca o paciente em trabalho, para que este produza um saber sobre o seu sofrimento e reinvente saídas.

Os estudos não discutiram, contudo, sobre o lugar do analista delineado na relação com a equipe, no trabalho institucional, nem o processo de construção do mesmo. Para Moretto (2006), o lugar, o posicionamento de um profissional perante o outro se delinea, de início, pelas demandas que lhe são endereçadas no contexto do trabalho. As respostas produzidas, contudo, podem promover mudanças. Os estudos apresentados trazem uma constatação deste lugar que o analista é convocado na equipe, mas não articula as respostas produzidas sobre os referenciais da psicanálise como uma possibilidade de construir um outro lugar. Dessa forma, o posicionamento do analista está relacionado com o modo como ele responde às demandas que lhe chegam.

Na consulta a literatura, ainda, os estudos trazem os trabalhos propriamente que vem sendo produzidos pelos analistas, os quais delineiam o seu lugar. Não há, entretanto, uma reflexão sobre o modo de construção desse trabalho, tomando como referência a apuração das demandas dentre outros, conforme discutido por Moretto (2006). As respostas trazidas na literatura foram didaticamente divididas entre os trabalhos realizados frente às demandas clínicas, com o paciente, e aqueles que abordaram as respostas do analista frente às demandas institucionais.

Os autores que trataram das respostas clínicas do analista destacaram a compreensão teórica como um primeiro instrumento essencial que sustenta uma prática. Dentre as questões comuns que apareceram, nos exemplos clínicos trazidos, destaca-se: favorecer que o paciente ultrapasse a categoria nosológica de dependente químico; construa novos sentidos ao ato de drogar-se e tome novos objetos como desejáveis (Santos & Costa-Rosa, 2007; Gianesi, 2005; Ribeiro, 2009; Oliveira, 2003 e Chaves & Rocha, 2007). A maioria desses estudos, apesar da riqueza da clínica

com o paciente, foram realizados em instituições, e não abordam as implicações disto.

Em relação às demandas institucionais, os estudos trouxeram dispositivos, metodologias importantes que apontam para o trabalho do analista realizado numa vertente institucional. Dentre os dispositivos propostos, destaca-se o trabalho em grupos, com profissionais de áreas distintas, os quais visam à criação de projetos terapêuticos que prezem pela participação e autonomia dos pacientes, considerados na sua particularidade (Romanini & Roso, 2012; Abreu, 2008; Conte, 2002).

Há a possibilidade nesses dispositivos apresentados de articular, em trabalho, o sujeito cidadão da instituição e o sujeito do inconsciente, sem que haja uma oposição ou uma renúncia por parte do analista dos seus princípios. Não foi possível verificar, contudo, se há uma articulação refletida e necessária disto. Para Moretto (2006), o lugar de analista neste contexto depende da simultaneidade refletida destas ações clínicas e institucionais. Foi possível refletir, também, que a construção do lugar de trabalho do analista, não está condicionada ao que a equipe demanda, mas a um trabalho diário bem fundamentado e transmitido sob o referencial psicanalítico.

Em síntese, mais do que apresentar as importantes diferenças de ancoragens éticas percebidas pelos analistas no cotidiano da instituição; é interessante entender como estes profissionais lidam com isto e quais os efeitos para a sua inserção na equipe. Para além de acessar o lugar reservado ao analista na sua chegada à instituição, delineado pelos endereçamentos da equipe; faz-se necessário analisar o que os profissionais da psicanálise fazem com estas demandas institucionais. Escutam, apuram? De que forma respondem, trabalham, operam para construir um lugar de trabalho na equipe fundamentado nos seus próprios preceitos éticos? Como se dá o trabalho na vertente clínica, com os pacientes? Os trabalhos produzidos envolvem uma articulação refletida entre as vertentes clínica, junto ao paciente, e institucional, na equipe? Destriçar essas questões dá forma elementos para ampliar a investigação acerca dos métodos de trabalho que vem sendo propostos pelos psicanalistas nas instituições de assistência a usuários de álcool e drogas.

CAPÍTULO 4 – COM A PALAVRA, O PSICANALISTA

Este capítulo tem por objetivo apresentar os principais resultados das entrevistas com os psicanalistas. Viu-se, até aqui, que a possibilidade de inscrição da clínica psicanalítica na instituição pauta-se, especialmente, na relação que o analista tem estabelecido com as diferenças dos saberes, com o seu próprio saber em um contexto diverso da clínica e no que ele decide fazer a partir disso.

O trabalho de revisão de literatura permitiu a extração de três eixos de análise que vem orientando uma discussão sistematizada da pesquisa até o momento. Em síntese, a partir do eixo 1 – impasses na inserção – foi possível perceber que as dificuldades do analista eram situadas no fato de haver diferenças discursivas na instituição, e não na relação que estes analistas estabeleciam com as mesmas. Quanto ao eixo 2 – lugar do analista – observou-se que a discussão focava sob o lugar do analista na relação com o paciente, mas não no campo de relações com os outros discursos. Por fim, relembremos do eixo 3 – respostas do analista – ressaltando que as respostas apresentadas no cotidiano do trabalho analítico na instituição não traziam uma articulação refletida entre as vertentes clínica e institucional, ou seja, entre a psicanálise em intensão e em extensão.

Dar a palavra ao psicanalista a partir das entrevistas, assim, consistiu em uma estratégia de buscar novas respostas e propor um giro nessa discussão, dando ênfase à relação que o analista estabelece com o seu próprio saber e fazer, situando também as dificuldades e extravios na sustentação desta práxis. A proposta deste capítulo, então, é apresentar abaixo os resultados das entrevistas com os psicanalistas organizados em tabelas sistematizados a partir dos três eixos que guiaram o trabalho até aqui: i) impasses na inserção; ii) lugar do analista; iii) respostas do analista (clínico-institucionais).

Tabela 2 - Texto resultante da 1ª entrevista

Identificação: Psicanalista 1(P1)
Caracterização: <ul style="list-style-type: none"> • Formação em psicanálise lacaniana • Trabalho em instituição de assistência a usuários de álcool e drogas; • Equipe multiprofissional formado por 3 psicólogas, sendo uma psicanalista; • Funções exercidas: psicóloga, técnico de referência, responsável técnica; • atendimentos individuais, em grupo, reuniões de equipe e trocas diárias.
Eixos de análise:
Eixo 1 – Impasses na inserção (contexto; relação com as diferenças)
<p><i>“já cheguei perguntando... onde está o projeto terapêutico? É uma exigência do ministério da saúde...”</i></p> <p><i>“Tem o projeto terapêutico da instituição... que prevê o técnico de referência (TR) ... é uma lógica antimanicomial... mas se você deixar a tendência da equipe é se fragmentar... como toda instituição. Cada um faz a sua parte... A função do TR é pensar num caso como um todo...”</i></p> <p><i>“E sou também técnico de referência... todos que atendem são ... e tem que cuidar do projeto terapêutico individual dos pacientes que você é responsável... ligar pra família e eu começava a entender melhor a relação deste paciente com a família”.</i></p> <p><i>“Tentávamos conciliar... ser psicóloga e técnica de referência dos mesmos pacientes...”.</i></p> <p><i>“Coordenei um grupo de cidadania... momento para discutir o que é a lei 10216, o que são os serviços da raps... pra eles se tornarem mais protagonistas do próprio tratamento...”</i></p> <p><i>“A reunião de cidadania... era quase uma assembleia. Não era terapêutico porque não vinha deles... nem assembleia porque não era deliberativo. A gente levava o tema... e facilitava a participação dos pacientes na gestão também da unidade... com o cunho deles entenderem o que eles estão fazendo ali...”</i></p> <p><i>“Mas eu pensava: vim aqui para escutar o sujeito do Inconsciente. Não são os 48 pacientes que estão interessados em se tratar, em se cuidar... e não, necessariamente, dirigido à substância que abusam...”</i></p>
Eixo 1 – Impasses na Inserção e Eixo 2 – Lugar do analista (Impasses no campo

das relações)

“No fundo, as dificuldades são os colegas... a interação multidisciplinar que não é só pela questão disciplinar, da diferença da área... mas por perceber que muitos estão ali para ganhar dinheiro, porque não tinham outra opção...então é um conflito constante”.

“Quando eu fiquei como responsável técnica... tinha um peso na minha imagem na instituição... eu cobrava que as pessoas refletissem sobre o seu próprio trabalho, que respondessem o que estavam propondo... aí ninguém quer... as pessoas preferem trabalhar como se fosse um ambulatório... chego, faço meu trabalho e vou embora”

“O responsável técnico é um coordenador da equipe (...) Isto soa como cobrança... começa a criar uma rivalidade, as pessoas se sentem cobradas e não se animam para trabalhar em equipe”

“Um supervisor vai estar como alguém de fora para ouvir uma equipe e colocar uma condução única, cortar as arestas, unir a equipe... fazer com que o trabalho tenha uma condução única. Sem o supervisor fica parecendo um monte de irmãos brigando entre si...”

“Eu nunca fui afeita a trabalho de grupo(...) Trabalhar no coletivo não é o mesmo que trabalhar em grupo. Tinha estagiárias para formar grupo terapêutico..., mas o perfil do paciente de serviço ad, a maioria é neurótico... grupo de neurótico tem conflito...ali é um barril de pólvora”.

“Entrei na instituição... já tem paciente atrás. O psicólogo é o centro da equipe... parece que ninguém sabe fazer nada sem chamar o psicólogo...”

“Na reunião de equipe... quem é o psicólogo que atende... o psicólogo tem que falar...”

“Não tem como fazer sem o supervisor... o supervisor é alguém que vai estar fora das relações”

“Um supervisor vai estar como alguém de fora para ouvir uma equipe e colocar uma condução única, cortar as arestas, unir a equipe... fazer com que o trabalho tenha uma condução única. Sem o supervisor fica parecendo um monte de irmãos brigando entre si...”

Eixo 3 – Respostas do analista (clínico-institucionais)

“E o que você faz com esta demanda? Eu atendo o que é da minha função...”

isto eu posso me abster? Não sei e não quero opinar. Isto gerava uma revolta... é muito forte a demanda, mas se você não intervém é muito forte as atrocidades...”

“Escutar o sujeito... o que vai dá direção é o discurso do sujeito o que ele traz como questão para ele. Não há nada de específico desta clínica e isto não quer dizer que não estou atenta às questões da realidade, do social, da lógica homogeneizadora que tentam faze-los se encaixar num funcionamento padronizado... na neurose, precisamos nos identificar... isto apazigua...não dá pra ficar singularizando o tempo todo...”

“Tem gente que diz, então, você não trabalha com a toxicomania... então, ou você pensa no sujeito ou no objeto... eu trato de sujeito (...) O que importa é este modo de relação excessivo. Não é que eu não trabalho com a toxicomania...mas não acredito que há um gozo específico da toxicomania como algo da ordem do significante. A toxicomania pode ser um modelo para compreensão destas relações excessivas, mas o que está em jogo aí não é o toxico, a substância...mas a relação”.

“A toxicomania começou a ficar em segundo plano e me fez pensar... que história é essa que o sujeito toxicômano não faz questão sobre o seu próprio gozo? Que gozo é este? Existe um gozo específico da toxicomania? Estou pesquisando na minha tese isto. Já trabalhei com obesos... não tem diferença. Quem faz uso excessivo da comida também está num nível de alienação em relação ao objeto...que nem se dá conta... não quer saber do seu gozo”.

“Pra fazer um grupo terapêutico tinha que lidar com várias lógicas... lógica do tráfico, lógica da abstinência, lógica do presídio, lógica da cura e até você conseguir um grupo que funcione de modo que eles se sintam tratando um conteúdo subjetivo deles... já estão na hora de ir embora... passar um filme, por exemplo, era mais rápido de chegar numa questão subjetiva”.

“Ex: a enfermagem fazia contenção no leito porque estava com raiva do paciente... era perverso... eu precisava intervir... gente, o que está acontecendo? Eu conversava com todos...”

“se você não intervém é muito forte as atrocidades. Quando vão se virar, vão se virar chamando a polícia...”

“Vou trabalhar na minha tese o conhecimento paranoico que o Lacan fala no estádio do espelho... nos grupos com neuróticos...você está o tempo todo

lidando com esta coisa paranoide... os conflitos giram em torno de uma rivalidade especular...e eu tentava desfazer este cenário que facilita a rivalidade deles...isto pra instituição não dava...tudo gira em torno de homogeneização, padronização e um grupo terapêutico tende a isto... e seria ainda mais trabalhoso... dado ao curto prazo de ficar na instituição...”.

“Toda minha pesquisa articula clínica e política... quando digo que um toxicômano não tem demanda porque não tem enigma sobre o seu próprio gozo, eu posso alimentar o discurso proibicionista de internação compulsória. Se ele não tem demanda ele vai ser obrigado a ser internado... justifico clinicamente a internação compulsória. Não é verdade...muitos têm demanda...mas não pela abstinência...e tem uma demanda de saber (...) A droga está no meio...”.

Tabela 3 - Texto resultante da 2ª entrevista

Identificação: Psicanalista 2 (P2)
Caracterização: <ul style="list-style-type: none"> • Formação em psicanálise lacaniana • Trabalho em instituição de assistência a usuários de álcool e drogas; • Equipe multiprofissional formado por psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais; • Funções exercidas: psicanalista, supervisor, editor de livros/revista; • Atendimentos individuais, em grupo, reuniões de equipe e trocas diárias.
Eixos de análise:
Eixo 1 – Impasses na inserção (contexto; relação com as diferenças)
<p><i>“O convívio destes discursos da psiquiatria, psicanálise e da socioantropologia, não é um convívio fácil”.</i></p> <p><i>“Esta instituição é interessante, pois desde a sua criação se colocou um pouco fora do circuito da saúde mental (...) então foi fundada por um psiquiatra psicanalista e desde a sua criação, ele contava com uma equipe que era de psiquiatra, psicanalistas e terapeutas ocupacionais”.</i></p> <p><i>“Isto é comum aos discursos... não se preconiza a abstinência porque se você faz isto, o que se vê é que o paciente fica um mês internado e se isto não é trabalhado... no primeiro dia que ele sai, ele volta a se drogar e pode fazer uma passagem ao ato em direção à morte...”</i></p>

“Eu acho impossível esta síntese... multidisciplinar... são lógicas diferentes que podem dialogar, mas elas não são convergentes... é impossível...”

“falo pelo meu percurso...sendo psiquiatra e estudando psicanálise...é impossível ser psicanalista e medicar... a partir do momento que isto ficou claro...eu funcionei bem melhor...”

“Na instituição, eu acho complicado... são três discursos... médico, psicanálise, social... síntese não é possível... tem que pensar em como fazer para sustentar o diálogo... por isso, digo que o psicanalista está dentro e está fora...”

Eixo 2 – Lugar do analista (Impasses no campo das relações)

“Eu não localizo a dificuldade na chegada... a instituição tinha um discurso plural que acolhia a psicanálise, a dificuldade aparece com a equipe ao longo do tempo...”

“Algumas vezes a gente tem que se contrapor a esta pressa em diagnosticar...”

“Às vezes estas reuniões são calorosas... exemplo: acolhedor encaminhar precipitadamente ao psiquiatra... estava na dúvida se era uma psicose... aí se precipita ... por que não marcar de novo para escutar? ”

“Perspectiva da construção, da discussão... a clínica precisa ser sempre construída, inventada... as reuniões são espaços de interlocuções destas diversas instâncias... o risco que se tem de ‘quem é que detém o saber?’ ”.

“gosto muito deste tipo de trabalho... de supervisão... é uma instituição muito rica do ponto de vista da formação”.

“O lugar do psicanalista é sustentar o lugar do impossível na instituição de saúde... instituição regida pelos elementos reguladores... É preciso adotar a posição moebiana... dentro e fora...ele não pode estar lá dentro lutando contra as outras... fazendo contraposição porque ele está lá...ele faz parte...mas ele pode apontar para o singular... fazer um furo neste discurso homogêneo, único... condição de estar dentro e estar fora... ele vai ter que prestar contas, falar de como opera naquele tratamento, o que levou a ele a adotar uma direção e não outra...”

“Eu acho importante a psicanálise em extensão... que para além da psicanálise em

intensão... que ele possa sustentar um discurso que aponte para o mal-estar...para isto que é da ordem do sujeito que os médicos tentam apagar...”

Eixo 3 – Respostas do analista (clínico-institucionais)

“Mas o que temos preconizado é que este encaminhamento para a medicação deve ser postergado num primeiro momento para que o acolhedor possa situar o que se articula no discurso do paciente, a escolha pela droga. E segundo que ele possa estabelecer algum tipo de transferência com quem acolhe e com a própria instituição”

“(...) este atendimento grupal, onde o imaginário tem uma função significativa, que isto possa dar alguma estabilização para o paciente pode permitir algum deslocamento do objeto droga, mas o grupo tem que funcionar também para furar este imaginário e remeter ao que é de cada um. Diferente dos grupos de ajuda mútua, que esta rede imaginária ela é amarrada, não tem furo... aí o usuário é vítima de uma doença incurável, fatal que a irmandade tem que lutar contra”.

“ele (paciente) diz eu sei qual é o meu problema, meu problema é a droga... ele diz ao outro o que ele precisa, eu preciso de um tratamento, de um remédio, então, ele não supõe ao outro, porque ele já sabe... então, é preciso um manejo da transferência inicialmente que se possa acolher esta demanda sem responder de imediato, seja com internamento, com o remédio... sustentar um pouco, vamos ver isto, acolher esta demanda, mas não desmontar de imediato... porque tem uma questão que ele sabe...meu problema é a droga...deslocar da droga para uma pergunta por que me drogo? Para se instalar esta pergunta precisa de um tempo porque não dá para fazer uma injunção ao sentido...”

“trabalhar com o sujeito para que ele possa se responsabilizar ou se implicar no uso que faz... porque o sujeito não quer abdicar de início a esta satisfação... ele vem para engordar um pouco... para ganhar mais força para voltar a se drogar novamente”.

“Uma outra vertente de trabalho é a proposição das oficinas de expressão e

criação... as vezes o sujeito está tão colado com o objeto que além dos atendimentos, eles possam frequentar estas oficinas que servem como possibilidades para deslocar deste objeto droga para construção de outros objetos no mundo... oficinas de marcenaria, textura, pintura, projeto interessantes...”

“não se trata de ocupar o tempo do paciente, mas que tem uma outra articulação, a importância do fazer ou de se fazer um nome... eu sou fotógrafo, eu sou pintor...para se descolar do eu sou craqueiro... eu sou drogado...”

“Discurso do mestre... de que lado se coloca o saber? O psicanalista deve apontar... o paciente fica como objeto de gozo dos vários discursos... leitura do analista de que não é quem sabe mais, quem detém o saber, mas no risco desta disputa imaginária, pois o paciente entra como objeto aí...pois tudo que ele não precisa aí é está neste lugar...lugar que ele chega e deste modo a gente ratifica isto...”

“Eles não fazem um sintoma, é um fazer... patologias do impulso... dimensão do agir... não é um sintoma no sentido da suposição do saber... é uma clínica que está muito no registro da urgência... urgência subjetiva... me ocorrem estas particularidades... tem muita presença da família...”

“é diferente de um toxicômano, onde ele está colado à droga... já rompeu os vínculos familiares, vínculos sociais... aí há esta especificidade: droga como solução. Não é clínica do usuário... há outras dependências, pacientes dependentes da máquina de jogar.... Tem uma similaridade da posição subjetiva entre o toxicômano e o usuário da máquina... clínica das adições...”

“Especificidade do atendimento... são pacientes que tem grande dificuldade no sentido da simbolização... a escuta que o analista faz quando o sujeito endereça, supõe um saber... Por isso, requer cautela no manejo...”

“Toxicomania”: neurose? Psicose? 4ª estrutura? Como você pensa isto? A estrutura não dá conta disto... tem que ir além disto. O sujeito, a depender de como ele articula os registros... na medida em que ele tem a sua subjetividade articulada aí...”

“Quando um sujeito larga a droga, fica em abstinência ou quando o paciente pode

se reposicionar diante deste uso... ele pode continuar a usar a droga pelo resto da vida, mas sem se colocar tão próximo do real, da passagem ao ato, da overdose... sempre no caso a caso que você vai avaliar...”

“para nós psicanalistas que não estamos sob a lógica curativa, não visamos a cura do sintoma... o sintoma para o analista é uma resposta para o mal-estar do sujeito... fazer o sujeito se reposicionar...conviver com o sintoma sem devastar-se....que ele possa de alguma forma se apaziguar... saber –fazer com o sintoma...”

“eu sou usuário de droga... tomam a droga como causa... o analista diz: a droga não é causa... clínica muito voltada para o produto quando a gente sabe que a causa não é esta... nós somos causados pelo objeto que está lá perdido desde sempre... o problema dele não é aquele objeto...dizer isto...sustentar isto...causa até um certo incômodo... mas tem que sustentar no caso clínico, no que você pode ler do caso... um colega narrando tudo que o paciente fez e o analista as vezes diz quem é esta pessoa? Não tem história? Meia hora dizendo o que ele fez... isto tem um efeito... um certo incômodo... só aparece atos, procedimentos, remédios...”

Tabela 4 - Texto resultante da 3ª entrevista

Identificação: Psicanalista 3 (P3)
Caracterização: <ul style="list-style-type: none"> • Formação em psicanálise lacaniana • Trabalha em instituição de assistência a usuários de álcool e drogas; • Equipe multiprofissional formado por psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais; • Funções exercidas: psicanalista, supervisor clínico-institucional, técnico de referência; • atendimentos individuais, em grupo, reuniões de equipe e trocas diárias.
Eixos de análise:
Eixo 1 – Impasses na inserção (contexto; relação com as diferenças)
<p><i>“Instituição pública... prestamos serviço para o SUS... a gente trabalha na lógica da reforma psiquiátrica e a gente começou a trabalhar numa proposta de escuta aos usuários de álcool e drogas..., mas dentro da lógica do ministério não é impossível o discurso psicanalítico estar presente”</i></p> <p><i>“O específico da psicanálise aí é escutar a singularidade... cada caso é um caso”.</i></p> <p><i>“Não trabalhamos numa lógica do serviço para todos... que todos os pacientes têm que frequentar a permanência dia...”</i></p> <p><i>“Então, o projeto terapêutico para cada usuário é montado de acordo com a realidade de cada um... com a possibilidade, demanda... com a escuta que o profissional faz para propor o projeto terapêutico junto com o usuário...”</i></p> <p><i>“então a gente não trabalha com uma lógica para todos... “todos os usuários vão frequentar a permanência dia” ... não, é o caso a caso que vai indicar...”</i></p> <p><i>“Então, minha escolha por trabalhar lá era porque esta instituição tinha a psicanálise como norteador... foi fundada por psicanalistas... movimento importante pois usuários de drogas eram tratados como caso de polícia, e a prisão que era a forma de tratamento destas pessoas...”</i></p> <p><i>“então, a gente tem uma direção, uma orientação que aposta muito nesta questão da singularidade, mas que também a questão que a gente está num espaço público, de saúde pública, o sus é que orienta e aí a gente tenta o tempo todo investir em</i></p>

formação e capacitação...”

“o caps é um espaço de circulação”

“É um desafio trabalhar com álcool e drogas..., mas antes de tudo as dificuldades não tem que emperrar...é sempre uma aposta que a gente faz com o sujeito...”

“é uma dificuldade que passa pela própria clínica”

“A instituição entra como um dispositivo mais interessante...”

“Prender alguém é fácil, difícil é está na vida circulando e o sujeito se responsabilizando por se drogar ou não... a instituição entrando como várias possibilidades de levantar para este sujeito uma forma de fisgar... ser fisgado pela vida”.

Eixo 2 – Lugar do analista (Impasses no campo das relações)

“Discurso analítico... uma via de suportar a clínica. A própria análise... se a gente não cuida da gente, fica difícil cuidar da gente... supervisão dos casos... cada um tem que ter o seu... não é possível conduzir...”

“(...) muitos profissionais entram e saem também... porque não suportam estar nesta clínica... esta limitação... esta dificuldade dos profissionais é porque eles colocam os próprios ideais do que é melhor para o outro... e aí falam: é muito triste, é muito fracasso... o discurso analítico possibilita outra coisa... a gente nunca sabe o que é melhor para o outro... então, se a gente trata e se desinveste deste ideal, fica mais fácil suportar este tipo de clínica... mas se você acha que vai fazer o bem e que este paciente vai ser salvo... aí complica porque ninguém salva ninguém...”

“O profissional tem que estar com o seu próprio corpo... com a sua presença... e não trancado em seus consultórios... a gente não resolve o problema restringindo o espaço (...) ele é convocado a intervir independente da profissão”.

“Sou convocada nestes momentos... vamos conversar sobre isto... não concordo com a faixa. Isto tem a ver com a psicanálise, com a minha ética. Os quatro discursos estão presentes na instituição. Não é a psicanalista M., mas é uma posição ética enquanto escuta da psicanálise.

“As pessoas usam a especialidade como defesa... a gente tem que sair da zona de conforto da especialidade... se é uma instituição pautada pela clínica (...) Com qual trabalho, o que você está sustentado enquanto clínica? ”

“Alcance em relação à equipe é a transmissão de um desejo... é preciso um desejo para sustentar esta clínica... e uma escuta. Agora, para os pacientes um alcance é dentro do que é possível... o alcance e o limite passam sempre pelo outro também (...) o limite é o próprio outro também... limite é o que o outro escolhe para ele também e a gente suportar lidar com isto”.

Eixo 3 – Respostas do analista (clínico-institucionais)

“a gente está sempre trabalhando nesta lógica de redes...”

“Então, este acompanhamento é sempre baseado para o técnico de referência com a escuta do caso... a escuta é: a relação do sujeito com a droga, com o Outro, com o trabalho, com a vida em si...e tentando trabalhar e fazer uma certa retificação na relação dele com este gozo...gozo de se drogar...construir um certo saber para este não saber... de porque estar ali como objeto da droga, o que aconteceu...quais são as coordenadas da história dele... como se deu este encontro com a droga e com o álcool... construir um certo saber com o usuário...individualmente e coletivamente”.

“tenta-se fazer a escuta de cada um dentro do grupo... cada um se apresenta... eu sou alcólatra...o que mais que você é? Que cada um possa se apresentar com o que faz e se liga na vida. Intervenções que visam à singularidade no grupo também”.

“isto tudo possibilita uma troca grande e uma disponibilidade que a instituição banca... dos colegas fazerem supervisão comigo: médico, psiquiatra, assistente social, t.o., psicólogos... dentro da minha carga horaria, além do atendimento, eu dava supervisão a quem me demandasse. Isto por um tempo, tudo tem um tempo para começar e de terminar... se não as pessoas se acomodam... a formação tem que se dá no serviço, mas tem que procurar fora também...este ano eu suspendi.

“Fazemos jornadas abertas na instituição... chamamos colegas de outras

instituições e com a cidade também. Tem a supervisão dada pelo município e a gente participa...”

“Eu sou chamada o tempo todo. Não como psicanalista... não existe isto como cargo, mas como uma opção singular de ter o arcabouço da psicanálise para sustentar a minha clínica. A cada momento que participo e a gente enquanto equipe vai pensando nos próprios furos que a gente está fazendo na instituição... com o grupo, com o caso a caso a gente é convocada o tempo todo... não está separado o ser psicóloga agora, ou agora sou psicanalista...”

“Outro exemplo: acender maconha na instituição... isto tem que voltar para o paciente... sobre o sujeito... a gente faz uma roda de conversa: o que acontece...você vêm para uma instituição para se tratar e acende um baseado? Esta questão da palavra e esta questão de voltar sobre os usuários e voltar para a equipe é uma questão da ética... da ética da psicanálise...”

“A psicanálise permite como solução que a gente não tem resposta pronta e que a gente vai ter que inventar... vai ter que responder sobre isto...”

“a gente como supervisora clínico-institucional vai incomodar um pouco a instituição porque a gente vai fazer intervenção na equipe...se o caps só aceita usuário de álcool, bonzinho que não dá trabalho e os usuários de crack estão do lado de fora na rua, aprontando (...) caso que não dá trabalho para a equipe...estes casos punks que dão trabalho, vai convocar a equipe o tempo todo para o não saber... há uma invenção...muitas vezes a gente não sabe o que fazer...é inventar uma saída, por isso, é importante um trabalho em equipe...”

“a equipe existe para isso. Inventa uma saída. Hoje, estou atendendo outra coisa. Tem muito esta coisa... “o seu paciente”...aí ele não é da equipe? Não é do caps? É uma forma da pessoa não se responsabilizar...usa da suposição de saber para retirar a sua responsabilização...”

“A droga e o álcool entram muito mais como solução do que como problemas para

eles... é uma solução que funciona, alivia mesmo que instantaneamente... Essa relação do sujeito com o gozo, com a vida e a morte, colocada nos seus limites... é uma clínica muito difícil”.

“uma clínica muito específica e a direção do tratamento é o sujeito que vai sempre apontar o que ele vai fazer... qual a invenção que ele vai fazer ou não, se ele vai continuar nesta parceria com este objeto... se o objeto desloca, a gente percebe que tem usuários que começam a ter uma relação menos mortífera com a droga, mas continuam usando... mas faz outros laços.”

“o que é característico desta clínica é o rompimento com a vida, com o outro, com o sexo, com a família, com o trabalho... o problema não é usar droga, todos se drogam, o problema é quando a eleição é exclusiva por aquele objeto...aí vira problema para o sujeito e para quem está...”

“gosto de fazer um grupo para pensar no que eles fazem para além da instituição... para não fazer da instituição um meio de vida. É importante quem está a frente do caso, na condução, está atento para o paciente não colar na instituição, não fazer uma identificação – eu sou toxicômano para o resto da vida”.

“é importante dentro da instituição, a escuta psicanalítica e acompanhar o paciente nos movimentos dele... se o paciente se droga todos os dias, indo para o caps, cabe perguntar, então o tratamento é só ficar abstinente aqui de dia e a noite se drogar... então, você não precisa estar mais aqui na instituição, volta só para conversar comigo aqui... cabe cutucar o paciente, colocar ele em trabalho para ele não ficar como crônico da instituição... a instituição tem que incomodar um pouco...”

“Ele vai, volta... bebe, joga o corpo na instituição... estes casos que dão trabalho, a equipe não suporta... a equipe toma como fracasso, ironiza “seu filho está aí” “o que você vai fazer?” ... Eu digo, eu? E você? Da mesma forma que a gente faz com o paciente, a gente tem que fazer com a equipe também... tem que convocar a se implicar...”

CAPÍTULO 5 – UMA PRIMEIRA LEITURA DAS ENTREVISTAS

Sustenta-se como hipótese, até aqui, que o dispositivo psicanalítico não é operado apenas na relação com o paciente, mas também na relação com os outros campos de saber, ainda que, muitas vezes, o analista parece não se dar conta disto. Do que se trataria tal estrutura metodológica que regula este dispositivo? Este capítulo visa apresentar uma proposta de análise das entrevistas a fim de construir possíveis respostas para tais questionamentos.

Ao tomar as entrevistas como um texto, observa-se que as respostas para tais questões não estavam dadas na leitura. Apesar disto, foi a partir da experiência das entrevistas que a pesquisadora pôde estabelecer uma nova relação com a teoria para propor a composição de uma nova resposta, dando um novo passo nesta etapa de análise. Ao se propor, nesta pesquisa, uma investigação dos meios pelos quais o analista pode dirigir um tratamento numa instituição de assistência a usuários de álcool e drogas, dando ênfase nas suas ações, intervenções, torna-se importante recorrer ao clássico texto de Lacan: “A Direção do tratamento e princípios do seu poder”. Este é um texto de virada emblemático, em que Lacan (1958/1998) se dirige ao analista, convocando-o na sua responsabilidade de fazer da ação terapêutica, um método. Deste modo, é problematizado o que e como responde um psicanalista. O autor, ao discutir a finalidade, os efeitos da direção do tratamento, problematiza o “como” se dirige um tratamento analítico, questão central para a presente pesquisa - “Para onde vai, portanto, a direção do tratamento? Talvez, baste interrogar seus MEIOS para defini-la em sua retidão” (Lacan, 1958/1998, p. 647). O autor revela aí a indissociabilidade dos meios e dos fins na prática analítica.

Para se discutir a estrutura que rege o método pelo qual um analista deve dirigir um tratamento, Lacan (1958/1998) recorre às três noções da guerra: tática, estratégia e política. A guerra mais do que um ato político, torna-se um instrumento, ou seja, consiste em alguns meios para a realização da atividade política, conforme nos esclarece Quinet (2009). A guerra, causada por uma política, se delinea por dois meios: a tática que corresponde aos procedimentos a cada combate e a estratégia, que consiste no uso dos encontros para atingir o objetivo político.

É interessante ressaltar que tal metáfora lacaniana, não traz a guerra no sentido de aproximar o tratamento a um embate, a uma batalha. A ideia desta analogia é apontar que, tal como no campo de batalha, no tratamento analítico, a posição que o analista ocupa e como ele se movimenta para uma determinada ação é imprescindível. Como na guerra, o tratamento envolve um cálculo inédito e cuidadoso, a partir dos elementos que emergem contingencialmente no dispositivo. Vê-se que este cálculo não se fundamenta a partir de um saber previsível, estabelecido a priori, mas pela avaliação de uma conjuntura que se dá num dado momento. O analista sustenta politicamente com “conhecimento de causa seu impossível de universalizar”, como sintetizado por Soler (1998), a partir de meios de intervenção constituídos pela estratégia e pela tática.

É nesse sentido, então, que Lacan (1958/1998) defenderá que a estrutura da prática analítica pode ser lida de modo análogo a da guerra: causado por sua política, o analista a sustentaria por meio da sua tática: a interpretação, que se dá a cada sessão, e da sua estratégia: manejo da transferência. O analista deverá estar atento à estratégia do paciente de colocar-lhe num lugar de poder pela transferência, contrapondo-se estrategicamente a esta demanda. Para auxiliá-lo aí, taticamente, a cada sessão, o analista se utilizará da interpretação: a qual tem mais a ver com o surgimento de uma questão para o analisante do que uma resposta. A partir disso, torna-se possível a sustentação da política da experiência analítica que é a política da falta, de fazer advir um sujeito e seu desejo, conforme nos lembra Quinet (2009). Lacan (1958/1998) nos esclarece: “o analista é ainda menos livre naquilo que domina a estratégia e a tática, ou seja, em sua política, onde ele faria melhor situando-se em sua falta-a-ser do que em seu ser” (p. 596).

Ainda que o texto de Lacan aqui em questão refira-se a uma estrutura da prática analítica para a psicanálise em intensão (trabalho analista-analisante), seria possível, considera-la na psicanálise em extensão? De que modo? Sabemos que para Lacan, como nos lembra Quinet (2009), a psicanálise em intenção e em extensão estão em uma continuidade moebiana. Desse modo, se o que há é uma continuidade, e não uma ruptura, ainda que a prática analítica tenha variações relativas ao lugar em que é sustentada – no consultório, na instituição, dentro do setting analista-analisante, na sua relação com outros discursos – haveria uma mesma estrutura que se sustenta e que rege o fazer do analista. Tal estrutura restringe em alguma medida o

modo de intervenção do analista, não o deixando livre “para flutuar a seu bel-prazer”, mas não a ponto de retirar a sua responsabilidade com algumas escolhas e com uma reinvenção da sua práxis (Soler, 1998, p. 278).

A partir das discussões estabelecidas na etapa da Revisão de Literatura e, agora com as entrevistas, ratificamos como o dispositivo psicanalítico operado na instituição - aqui tomando o cenário institucional de assistência a usuários de álcool e drogas como palco - pode se dar pelo ato do analista que guarda uma articulação entre as vertentes clínica e institucional. Esse ato traz essa inseparabilidade, psicanálise em intensão e em extensão, pois o que aparece do sujeito no campo das relações institucionais, a um analista, orientado por sua política, se faz endereçado.

Sendo assim, quando atendemos os pacientes, temos uma estrutura norteadora, conforme sintetizado a partir das noções de tática, estratégia e política no texto de Lacan. O modo como esta estrutura irá se realizar, todavia, em cada caso, será radicalmente singular. A aposta e proposta deste trabalho a partir daqui é que poderíamos localizar estes operadores - tática, estratégia e política - no dispositivo analítico sustentado para além da relação com o paciente, na instituição. Se com os analisantes interpretamos, manejamos estrategicamente a transferência, as demandas impossíveis, transformando-as, favorecendo o trabalho; de que modo esta estrutura se realizaria quando o analista faz parte de uma equipe multidisciplinar, ou seja, na relação do discurso analítico com outros discursos?

Com as entrevistas, adotando tal chave de leitura, é possível construir uma estrutura em torno de como os analistas trabalham na relação com os pacientes, bem como na equipe. Apesar dos entrevistados, muitas vezes, não trazerem reconhecidamente tal estrutura nesta relação de continuidade e articulação; enquanto pesquisadora, sustento a posição de que é importante esta nomeação. Partilho da posição de Figueiredo (2002) que coloca o conhecimento - e neste caso seria o reconhecimento - do seu ofício em cada ato como condição para o analista praticar a sua especificidade. Lacan (1958/1998), ainda, em concordância, adverte o analista:

sua ação sobre o paciente lhe escapa, juntamente com a ideia do que possa fazer dela, quando ele não retoma seu começo naquilo pelo qual ela é possível, quando não retém o paradoxo do que ela tem de retalhada, para revisar no princípio a estrutura por onde qualquer ação intervém na realidade (p. 596).

Sendo assim, enquanto pesquisadora, a estratégia adotada a partir daqui será a de discutir o conteúdo já sistematizado das entrevistas, a partir dos eixos da revisão de literatura, de modo articulado com cada um dos três operadores em questão – tática, estratégia e política – sustentando o argumento de que esta estrutura regula a experiência analítica enquanto tal também na instituição. Em síntese, a ideia é que o conteúdo da entrevista siga tomado como um campo bibliográfico, que de modo articulado aos textos lacanianos, permite uma abertura de sentidos e um avanço na reflexão acerca do método de trabalho de um psicanalista em instituições de assistência a usuários de álcool e drogas. Sabe-se que as noções de tática, estratégia e política devem ser consideradas sempre articuladas, numa relação dialética. Para fins didáticos, no entanto, a cada eixo de análise da literatura, será enfatizada uma das noções lacanianas. Isto não significa que as outras não estarão aí sempre articuladas.

CAPÍTULO 6 – UMA PAUSA ESTRATÉGICA PARA DESENVOLVER OS CONCEITOS: POLÍTICA, ESTRATÉGIA E TÁTICA

Por que escolher este texto, “a direção do tratamento e os princípios do seu poder”, de 1958, época na qual uma série de conceitos fundamentais tais como o de gozo, objeto a, ainda não tinham sido introduzidos por Lacan? Sabe-se que o “campo do gozo” ou o “campo lacaniano” introduz mudanças consideráveis para a direção de um tratamento psicanalítico. Tomar este texto como causa neste momento da pesquisa, no entanto, não significa sustentar a discussão que se seguirá de modo desarticulado aos conceitos posteriormente estabelecidos por Lacan. É imprescindível situar a atualidade do escrito em questão, no que concerne ao lugar que o analista deve se colocar e de que modo deve operar para dirigir um tratamento psicanalítico (Laurent, 1995; Chechia, 2012).

Ainda que os conceitos avancem, Lacan sustentou em sua obra, o que ele chamou de “Retorno a Freud”. Especialmente, nesse texto sobre a direção do tratamento, o autor revelará a sua preocupação com aquilo que vinha sendo feito da prática psicanalítica em nome da descoberta freudiana. Para Lacan (1958/1998), os analistas da época tendiam a sustentar a teoria freudiana de um modo reprodutivo, criando uma espécie de modelo a ser seguido. A proposta lacaniana, no entanto, seria retornar ao sentido de Freud, ou seja, à verdade sobre o Inconsciente, dimensão que nos determina sem que o saibamos. Sendo assim, cada analista na sustentação da práxis analítica, teria que se a ver também com o que o texto freudiano não diz, comprometendo-se, em sua prática, com a construção de algo novo. Lacan (1958/1998) tentava marcar que sustentar a descoberta freudiana, a partir da qual torna-se possível extrair princípios e um método para o fazer do analista, não equivaleria a sustentação de uma ação terapêutica padronizada ou *standartizada*. O dispositivo analítico precisaria ser operado de modo a preservar a possibilidade de uma experiência específica a cada um que a ele se dirigisse. Para tal finalidade, os princípios não deveriam depender de uma estrutura física, regras de horário, atributos do analista; mas de um lugar ocupado simbolicamente pelo analista no campo das relações.

Torna-se, assim, um texto fundamental no percurso deste trabalho, pois Lacan convocará a responsabilidade do analista na decisão de dirigir um tratamento psicanalítico, sem se pautar na estrutura física na qual ele se realiza. Há um convite explícito para que cada analista se implique com a ausência de garantias e impossibilidade de padronização na operação do dispositivo analítico. Como ratifica Laurent (1995)

Lacan lembrou ao analista sua responsabilidade, aquela que surge do discurso a serviço do qual ele está. O analista deve saber situar-se em seu lugar no discurso, pois somente a partir disso poderá precaver-se corretamente das vias de sua ação e renovar seus meios (p. 13).

O texto em questão é apresentado em 7 partes, das quais Lacan (1958/1998) apresentará frequentemente o que seriam os desvios da prática psicanalítica. Já de partida, Lacan denuncia o engano de alguns analistas que, em nome da psicanálise, empenha-se numa reeducação emocional do paciente. Na concepção lacaniana, situar a ação analítica aí, seria cair no “engodo do imaginário”, isto é, fazer da prática psicanalítica uma experiência intersubjetiva, entre dois sujeitos, ou melhor, entre dois “eus” ou, como bem colocado no texto, uma psicanálise “estudada como uma situação a dois” (pg. 594). Os riscos de se conduzir o tratamento deste modo é que o analista se ampare num tipo de exercício de poder, colocando-se como ideal, modelo ou detentor daquilo que o paciente desconhece, sustentando uma ilusória relação de complementariedade, na qual a falta estaria colocada de fora. Para ilustrar esta questão, Quinet (2009) retoma o significante “Eu-cracia” para denunciar os perigos de o analista fazer da sua práxis um exercício de poder ao encarnar a figura do eu ideal para o seu paciente.

A partir dessas questões, Lacan (1958/1998) adverte o leitor “colocarei novamente o analista na berlinda, portanto, na medida em que eu mesmo o sou, para observar que ele é tão menos seguro de sua ação quanto mais está interessado em seu ser” (p. 593 e 594). Quanto mais interessado em seu ser, tomando os seus sentimentos e experiências pessoais como direção das suas intervenções, mais distante o analista estaria do que Lacan chamava de “situação analítica”, em que se trabalha para possibilitar a emergência do desejo Inconsciente do paciente. Isto só se torna possível, se o analista faz um exercício de falta a este lugar de poder, de detentor das respostas sobre o seu próprio desejo que o analisante tende a convocá-lo. Para Lacan, o neurótico está sempre fazendo um cálculo do que é e de onde está a

partir do lugar do Outro. Desse modo, é como se todo o seu mal-estar se justificasse por algo que vem de fora. Quando o analista acolhe estes endereçamentos, mas não os responde, o paciente pode se aproximar e reconhecer a sua própria posição naquilo que lhe acontece e do que se queixa.

Desse modo, se o analista coloca o seu próprio ser como parâmetro, de algum modo, a possibilidade de que o sujeito reconheça a sua posição (Inconsciente) naquilo que o determina é obturada. Cria-se uma ilusão de que o Outro tem o que lhe falta e o que pode orientar, ou seja, a resposta viria mesmo de fora. Dirige-se, então, o paciente a um saber já pronto sobre o que ele seria ou desejaria; e não o tratamento para que ele próprio construa tais respostas. Nesse sentido, Lacan (1958/1998) sintetiza tal advertência na seguinte passagem: “o psicanalista certamente dirige o tratamento (...) e não deve dirigir de modo algum o paciente” (p. 592).

Para ilustrar metaforicamente esse lugar de falta, ao qual o analista deve se colocar para dirigir o tratamento, Lacan (1958/1998) evoca o “Jogo de Bridge”. Trata-se de um jogo de cartas realizado em duas duplas. O jogo começa com um “leilão”. Nesta fase, cada dupla estabelece o objetivo de vencer um número específico de rodadas. Para cumpri-lo, o jogador depende das cartas que tem na mão, mas também no cálculo das combinações que podem ter seus parceiros. Um dos parceiros poderá sair do jogo, sendo denominado “morto” e colocará a mostra suas 13 cartas. O parceiro do morto joga sozinho, pois escolhe cartas do morto para completar sua jogada. Deste modo, o morto auxilia o seu parceiro, sustentando a continuidade do jogo, sem participar com o seu “ser” dele. Para Lacan (1958/1998), colocar o ser do analista fora da jogada, é operar como o “morto”. Somente deste lugar, de “abnegação” nos termos lacanianos, torna-se possível que o psicanalista desempenhe sua função que é simbólica – “o que há de certo é que os sentimentos do analista só têm um lugar possível nesse jogo: o do morto; e que, ao ressuscitá-lo, o jogo prossegue sem que se saiba quem o conduz” (Lacan, 1958/1998, p.595).

Lacan (1958/1998) vai deixando claro que não se trata do poder do ser, mas da palavra que edifica o exercício do fazer analítico. Se na direção do tratamento, o ser do analista precisa estar de fora, o que estaria no horizonte desta condução? Quais os meios para a sua realização? Lacan, ao questionar, também traz indícios das respostas que aqui precisamos: “Para onde vai, portanto, a direção do tratamento? Talvez, baste interrogar seus meios para defini-la em sua retidão” (p. 647). Conforme

brevemente apresentado no capítulo anterior, o autor trará metaforicamente três noções da guerra para desenvolver tais questões: a política, a estratégia e a tática. Já que o princípio da ação analítica não está no ser do analista, ele precisará contar com o seu lugar no campo da situação analítica e com os movimentos construídos a partir daí.

Para discutir a finalidade do tratamento analítico, comecemos pela política: o analista precisa saber para onde está indo. As intervenções do analista devem apontar para a “falta-a-ser”, condição pela qual se torna possível sustentar a política do analista – “a partir dessa política do analista, quem sabe que tem de levar o ser daquele de quem se encarregou no correr da análise a uma falta-a-ser organiza para si o próprio percurso da direção do tratamento” (Laurent, 1995, p. 17).

Nessa época, Lacan (1958/1998) não havia formalizado o conceito “desejo do analista”, que nos ajudaria a situar o lugar pelo qual o analista sustenta a sua política. Entre 1958 e 1959, a expressão “desejo do analista” aparece no seminário lacaniano “o desejo e sua interpretação”, mas não formalizado enquanto um conceito. De qualquer modo, ele se torna importante aqui, pois ao ocupar o lugar de desejo do analista é que o analista pode esvaziar a consistência do lugar do “Desejo do Outro”, no qual é frequentemente convocado na situação analítica. Dito de outro modo, o lugar do desejo do analista é uma resposta que, ao invés da consistência esperada, não introduz nenhum ideal, nenhuma substância identificatória e, por isso, intervém no sujeito do inconsciente, finalidade de todo tratamento analítico (Castro & Ferrari, 2013).

Desse modo, do ponto de vista político, o analista nada deve desejar ao analisante, escapando de introduzir lhe ideais pautados numa suposta cura ou normalidade subjetiva. Em geral, o analisante chega demandando a sustentação de um lugar consistente na relação com o Outro. Se o Outro é um pai, um professor, ele pode colocar-se respectivamente como um filho, um aluno (Goldenberg, 2006). Se ao endereçar tais demandas, o Outro não lhe oferece de volta uma referência consistente, o paciente poderá se aproximar do seu próprio desejo e reinventar saídas, lugares e sentidos para o seu estar no mundo. Toda definição de si e do outro que se tenta transmitir fica sempre além ou aquém do que se esperava, e é neste movimento que há lugar para o Inconsciente se apresentar. Lacan (1958/1998) nos diz que o desejo está para além e para aquém da demanda e que “o verdadeiro dessa aparência

é que o desejo é a metonímia da falta-a-ser” (p. 629). A demanda de definir-se – eu sou isto –, trabalhada em análise, pode levar o sujeito a um desejo de saber (do seu próprio desejo).

Praticar a política da falta-a-ser, assim, requer que o analista esteja advertido da ausência de ideais e garantias como causa da sua ação. Isto implica numa disposição para fazer de uma dada conjuntura, tomada naquilo que abre para a singularidade e contingência; uma oportunidade para intervir, favorecendo a constituição de um saber que não estava dado de início – “Não se trata de aplicar um conhecimento previamente estabelecido, nem na hora da interpretação, nem na do fato político, para fazer vir à tona uma verdade preexistiria a um ato que, antes que se fundamentar nela, a cria” (Goldenberg, 2006, p. 55).

Como tal política se operacionaliza? Lacan (1958/1998) nos dirá que ela domina os meios pelos quais se sustenta: a estratégia, que equivale à transferência; e a tática, ou seja, a interpretação. Seguiremos pela estratégia do analista, pois nos termos lacanianos, “a transferência, nessa perspectiva, torna-se a segurança do analista e a relação com o real, o terreno em que se decide o combate” (Lacan, 1958/1998, p. 602).

Sobre a relação transferencial, Freud (1912/2006) dizia que os indivíduos possuem uma espécie de “clichês estereotípicos”, que se repetem de forma constante e reaparecem ao longo da vida de cada um. Na transferência, o analista é incluído nessa série psíquica constituída ao longo da existência. Isto nos ajuda a pensar que, como Lacan (1958/1998) também coloca em seu texto, na associação livre o sujeito convidado a falar não revelaria uma liberdade muito grande. O conteúdo expresso pode ser muito variado, mas o modo como o é feito traz uma realidade discursiva circunscrita, ou seja, revela que o paciente fala de um dado lugar, a partir de uma posição subjetiva. Conforme já introduzido neste capítulo, quando se fala para alguém, este outro é convocado a responder de um determinado lugar. Neste movimento, de algum modo delimito não só o lugar do Outro, mas aquele que eu mesmo ocupo (Goldenberg, 2006). Para ilustrar, se no meu ato de fala afirmo que busco a direção que só um pai pode dar, coloco-me como um filho que demanda rumo ao Outro. A relação transferencial nos revelará tais coordenadas. Como já pontuado, é preciso escutar esse lugar do Outro ao qual o analista é convocado para justamente não responder daí. Quando, sob transferência, o paciente não encontra

correspondência no seu “parceiro” analista, são abertas novas possibilidades de respostas, expondo o enunciado do paciente a efeitos (Moretto, 2001; Caligaris, 1989). Lacan (1958/1998) ratifica “assim, o analista é aquele que sustenta a demanda não, como se costuma dizer, para frustrar o sujeito, mas para que reapareçam os significantes em que sua frustração está retida” (p. 624). É justamente, por meio da estratégia, ao não responder, não satisfazer a demanda do paciente que temos aí articulada a finalidade política do tratamento: o aparecimento do desejo.

Na transferência, assim, o que está em jogo é uma espécie de “erro subjetivo” em que o paciente supõe à figura do analista um saber sobre o que lhe faz sofrer. Lacan (1958/1998) trata como um desvio da prática analítica uma identificação do analista a este lugar suposto. Em várias passagens do texto, o autor irá tecer uma crítica à condução do tratamento por meio da técnica denominada “contratransferência”. Para Lacan (1958/1998), tal manejo implicaria em supor que a experiência analítica se trataria de uma relação dual. O analista, a partir dos efeitos desse encontro em seu ser, trabalharia para manejar as resistências do paciente, traduzindo-lhe o seu mal-estar. Conduzir o tratamento deste modo incorre no equívoco insistentemente pontuado por Lacan (1958/1998) de que o eu do analista se torne a própria direção da cura –

mas isto é apenas um efeito das paixões do analista: de seu receio, que não é do erro, mas da ignorância, de sua predileção; que não é satisfazer, porém não decepcionar; de sua necessidade, que não é de governar, mas de ficar por cima. Não se trata, em absoluto, da contratransferência deste ou daquele: trata-se das consequências da relação dual, caso o terapeuta não a supere – e como haveria de superá-la se faz dela o ideal da sua ação? (p. 602)

Nesse sentido, se os pós-freudianos falam em análise das resistências do analisante; por outro lado, Lacan (1958/1998) irá postular que a resistência é sempre do analista. Isto não significa dizer que o autor não está advertido das artimanhas que o eu produz para barrar a insistência do Inconsciente. Colocar a resistência do lado do analista, no entanto, é denunciar que quando o analista responde do lugar de outro semelhante, daquele que compreende, entende, ou ainda, daquele lugar que sabe, cura, ensina; ele estaria “calando” o paciente, já que este teria as suas questões “resolvidas”. O analista deve “resistir” a este lugar imaginário e, na medida em que for convocado a responder daí, deve operar para que o Outro do paciente, lugar do significante, seja instalado na cena (Coutinho Jorge & Ferreira, 2011). Colocar o Outro simbólico é assumir que aqueles endereçamentos do analisante não são à

pessoa do analista, mas diz de uma posição Inconsciente do próprio sujeito que se repete e se revela nas suas relações, sem que ele se dê conta disto. Quando o analista se situa simbolicamente no lugar do Outro, mas introduz a falta como resposta, o trabalho é instituído do lado do sujeito que demanda ajuda. Isto torna possível que o paciente reconheça que uma outra dimensão, a do inconsciente, também determina seus atos (Lacan, 1958-1959/2016; Coutinho Jorge & Ferreira, 2011). É somente assim que um analista pode tomar como analisante duas pessoas, por exemplo, mas cada um terá um analista distinto, pois se ele exerce a sua função, cada um estará em contato com o seu próprio Outro.

Para ajudar na sistematização do que foi aqui apresentado, o esquema L é apresentado por Lacan (1966/1998) no texto “A carta roubada”. O esquema constitui-se em dois eixos: no imaginário, onde analista é convocado como outro semelhante (a); e no eixo simbólico, como dessemelhante (Outro ou A). Há uma balança que permite o analista transitar nestes eixos para desimaginarizar a relação analítica. Deste modo, quando convocado imaginariamente, o analista deveria responder do eixo simbólico, ou seja, deixando de fora o seu “ser” para colocar em cena o Outro do analisante e remete-lo ao desejo que lhe é próprio (Chatelard & Landi, 2015).

É por meio dessa estratégia que o analista dirige o tratamento, mas de modo articulado ao que Lacan (1958/1998) chamou de tática: a interpretação analítica – “a interpretação adiada até a consolidação da transferência, fica desde então subordinada à redução desta” (Lacan, 1958/1998, p. 602).

Lacan (1958/1998) dirá que é na tática que o analista tem preservada maior liberdade de ação. É livre para escolher o momento, a quantidade e a forma das intervenções. Soler (1995), no entanto, nos lembrará que esta liberdade deve ser convenientemente utilizada, não em qualquer lugar. Isto porque não se pode esquecer que a tática é dominada pela finalidade política e regulada pela estratégia. Sendo assim, seria um equívoco assumir que o analista é livre para dizer qualquer coisa, de qualquer modo. Como já vimos, para intervir, é preciso que o faça de um determinado lugar transferencial. Em consonância com a incansável argumentação lacaniana para demover o ser do analista do protagonismo na cena analítica, ele seguirá nos apresentando a tática, chamando a atenção para um outro lugar: “lugar da interpretação”.

Se como discutimos, aquele analista que tenderia a ocupar um lugar imaginário na relação analítica, certamente, é daí também que ele interpretaria. Diante das questões básicas, as quais podem mover um analisante à análise – quem sou eu? O que quero? – o analista tenderia a responder consistentemente. A interpretação de algum modo estaria equiparada aí à tradução, à produção de significados. Se tais sentidos, no entanto, não são estabelecidos pelo sujeito que sofre, acabam tendo um lugar de ideal e modelo desafinados com a proposta analítica de Lacan.

Já foi possível deduzir a partir dessa passagem que a transferência e a interpretação estão sempre em relação, tornando-se difícil falar de uma sem a outra. Sabendo-se que o analisante transfere ao analista o lugar do Outro, é possível dizer que aí se encontra guardado o código pessoal dos significantes do sujeito. O analista não pode confundir os significantes, que apontam para significações em potencial com significados já estabelecidos. Soler (1995) trará que as expectativas implicadas na relação transferencial permitirão ao analista extrair a demanda (escuta dos significantes), e não o pedido, do paciente. Para ilustrar, suponhamos que um analisante, ao chegar à sessão, tenda sempre a fazer longos períodos de silêncio. É interessante como o analista pode se sentir impelido a ajudar este analisante a falar, já que ele se apresenta com esta dificuldade. Essa intervenção que passa por um “desejo de ajudar a falar” pode ser mais um engodo imaginário, mais uma pressa em significar: ela precisa disto! O que caberia ao analista, então, advertido de que se faz endereçado o silêncio ou a dificuldade de fala da paciente? Do ponto de vista tático, a paciente poderia ser convocada pelo analista, por exemplo, a falar desta tal dificuldade. Pontuar a posição da paciente, endereçando-lhe uma questão – “por que ficar aí?”, “Interessante, você recorrentemente para de falar” – é diferente de querer tirar a pessoa da posição, dando-lhe uma ajuda. Nessa outra proposta de intervenção, em que é marcada a posição subjetiva da paciente, o analista o faz deste modo por supor que o texto do analisante tem elementos da resposta que ele demanda – “o analista responde: você é o sujeito que detém o texto” (Soler, 1995). É, então, desse lugar do Outro significante que o analista deveria interpretar. Isto é, não como aquele que encarna as respostas, mas que faz surgir questões – o que ele quer me dizer com isto? (Laurent, 1995).

Apesar do conceito de interpretação, até 1958, não estar vastamente desenvolvido, pode-se ler que interpretar tem mais a ver com suspender respostas para que o analisante se aproxime do seu desejo, e trabalhe para inventar a saída que ele demanda do Outro que venha pronta. Diante da inconsistência do Outro, o analisante pode interrogar os sentidos aos quais ele até então se aprisionava – “sou isto!” – e se dá conta, pelo desejo, que o “ser” não está determinado. O sujeito não pode ser representado por um significante, mas se apresenta como furo na cadeia. É a interpretação que pelo efeito de falta introduzido fornece um sujeito ao Inconsciente (Goldenberg, 2006). Instala-se, assim, uma espécie de surpresa do lado daquele que demanda de que ele mesmo pode ser o autor que obtém novas significações e possibilidades para o seu “estar no mundo”. (Soler, 1995; Checchia, 2012).

Como nos traz Coutinho-Jorge e Ferreira (2011), para o exercício da interpretação, o analista deve tomar o discurso do analisante como algo que demanda pontuações. Deve-se pontuar não naquilo que guarda uma intencionalidade, mas nos tropeços da fala, naquilo que o sujeito diz sem saber. Isto favorece que o analisante estabeleça um tipo de relação mais implicada com a dimensão do Inconsciente, pois, geralmente, tal experiência é tomada, nas palavras de Lacan (1958-1959/2016) como “Isso acontece vindo de fora” (p. 422). O caráter alusivo da interpretação, assim, tão ressaltado por Lacan (1958/1998), apontará insistentemente para essa região desconhecida, o Inconsciente, que o eu insiste em manter invisível.

Pode-se dizer, assim, que para dirigir um tratamento analítico, o analista precisa articular política, estratégia e tática. Dito de outro modo, dirigir um tratamento, requer que o analista ocupe o lugar na transferência e interprete daí, visando à falta-a-ser, ou seja, com a finalidade de promover uma aproximação possível do sujeito com o seu desejo.

CAPÍTULO 7 – PARA CONCLUIR: O PSICANALISTA E A CONSTRUÇÃO DE UM LUGAR NUMA INSTITUIÇÃO DE ÁLCOOL E DROGAS

Para esta pesquisa, destrinçar os conceitos apresentados por Lacan (1958/1998) no texto sobre a direção do tratamento, torna-se fundamental na medida em que resgata a responsabilidade para o lado do analista, na sustentação deste dispositivo enquanto uma psicanálise. Uma primeira conclusão possível, até este momento do percurso, é que o lugar do analista na instituição não está dado, e o analista, ao decidir entrar neste contexto, precisará se comprometer com um trabalho que envolve uma constante construção. Sustentar o fazer analítico, seja com o paciente ou na instituição, requer também uma ação regulada e dominada por uma estrutura discursiva, por uma modalidade de laço que tem especificidades. Este capítulo visa discutir como esta estrutura pode se delinear quando o analista sustenta a sua práxis em uma instituição, a qual não implica apenas o fazer clínico com o analisante, mas um trabalho em uma relação com diferentes saberes.

Apesar de retomarmos um texto de 1958, e Lacan ter desenvolvido outros conceitos ao longo do seu ensino que se articulam e renovam as noções de política, transferência (estratégia) e interpretação (tática); a finalidade política de um tratamento e os meios pelos quais se torna possível a sua sustentação e transmissão permanecem. Sendo assim, se uma das finalidades políticas desta pesquisa se revela no exercício de formalizar uma possível modalidade de construção do lugar do analista na relação com outros discursos no cenário institucional da atenção a usuários de álcool e drogas; é preciso apresentá-la articulada aos meios – ao método – que sustentam o dispositivo psicanalítico enquanto tal.

Já que o texto de Lacan (1958/1998) aqui em questão é essencialmente clínico, uma das contribuições deste trabalho será apresentar de que modo o método psicanalítico poderia se configurar na sustentação do discurso analítico na sua relação com outros discursos. Não se trata de uma transposição dos operadores clínicos - política, estratégia e tática – mas de fundamentar como esses podem operar especificamente fora da relação analista-analisante. Trata-se de apresentar uma formalização que leve em conta a relação que o analista tem estabelecido com as diferenças dos saberes, com o seu próprio saber e o que ele decide fazer a partir

disso. Sendo assim, a questão não é reinventar a estrutura, mas, em alguma medida, o próprio analista que, em cada nova experiência, precisa se comprometer com o ineditismo de colocar algo de si – “Todos em suma são levados a reinventar, não o analisante (...), mas o analista, o qual certamente a estrutura restringe, mas não o determina todo e a ele também deixa algumas escolhas” (Soler, 1998, p. 280).

Uma conclusão possível a partir deste trabalho é que há uma estrutura metodológica que regula a experiência clínica do psicanalista na relação com outros saberes na instituição. A ideia é apresentá-la, nos próximos subcapítulos, não só tomando os textos lacanianos como campo bibliográfico, mas o saber produzido também a partir da experiência das entrevistas. A discussão se estruturará por meio da articulação teórica de cada uma das noções - política, estratégia e tática - com cada um dos eixos de análise da revisão de literatura, sistematizado de modo articulado com o texto das entrevistas. Serão utilizadas as siglas apresentadas nas tabelas 2, 3 e 4 do capítulo 5 para se referir a cada um dos psicanalistas entrevistados (P1, P2, P3).

7.1 - O psicanalista dirige o tratamento

O primeiro passo desta construção se ancora na articulação do primeiro eixo de análise trabalhado estabelecido na primeira parte desta pesquisa – “Impasses na inserção do psicanalista” com a noção de Política. Já é sabido que muitos dos artigos analisados localizavam, frequentemente, os impasses do fazer analítico nas instituições de álcool e drogas nas diferenças discursivas intrínsecas ao trabalho institucional. Entende-se, no entanto, que a relação do analista com tais diferenças poderia se constituir como obstáculo ou saída para tal encontro, ou melhor, desencontro que se apresenta desde a sua chegada. Se a discussão está no campo das relações, o que se espera de um psicanalista em tal circunstância? Tratar tal questão em termos de “finalidade” de uma prática analítica convoca a noção laciana de Política. Como foi apresentado no capítulo anterior, no texto *A direção do Tratamento e os Princípios do seu Poder*, Lacan (1958/1998) afirmará que os fins do tratamento psicanalítico são comandados por uma política, operada a partir de uma modalidade de laço, de relação.

Sabe-se, no entanto, que não é com uma política de concepção laciana, com a qual os psicanalistas se encontram na chegada à instituição. Aliás, é importante

ressaltar, ninguém chega por ser psicanalista ou é contrato por isto, até porque não se trata de um cargo, de uma função, mas de um lugar construído no campo relacional. Qual a finalidade de um tratamento institucional com usuários de álcool e drogas, ao qual um analista, nas mais diversas funções - psicólogo, supervisor, coordenador – é chamado a cumprir? Os entrevistados trazem de diferentes modos uma contextualização do que fundamenta os objetivos do trabalho nestas instituições, tal como P3: “*trata-se de uma instituição pública, prestamos serviço para o SUS...*” [sic] [itálicos nossos]. O Sistema Único de Saúde (SUS) configura um conjunto de ações e serviços que visa a promover maior qualidade de vida e saúde à população brasileira. Saúde aqui entendida nos termos da OMS, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Para além de uma política geral de saúde, no caso do álcool e drogas, conforme desenvolvido na primeira parte da presente pesquisa, o Ministério da Saúde (2003) estabelece uma política específica. A leitura desta política permite a extração dos argumentos e diretrizes que estabelecem a finalidade do tratamento nas instituições deste tipo: o uso do álcool e drogas é compreendido como um grave problema de saúde pública, que acarreta “sofrimento global”. As ações devem ser voltadas para melhora do nível de problema relacionado ao consumo de álcool e outras drogas. Isto deve ser realizado a partir de um modelo de assistência que objetiva não só a abstinência, mas a lógica de redução de danos, com ênfase na reabilitação e reinserção social.

Recapitulado isto, fica mais claro o que é esperado de um profissional em tais instituições. O seu fazer deve ser coordenado por tal política. A lógica que sustenta, ou ainda, a ética articulada pode ser melhor precisada. As enunciações apresentadas sobre os objetivos do trabalho revelam uma direção interessante que garante ao usuário o direito à assistência, num modelo que preza pelo convívio social e uma lógica que se ocupa mais democraticamente de estabelecer ações que se ajustem às necessidades daqueles indivíduos. É preciso, no entanto, para além do enunciado, escutar também a lógica discursiva encoberta. Depreendem-se dois aspectos importantes: a toxicomania apreendida como um problema de saúde e como um sintoma que deve ser eliminado. A saúde para um usuário de drogas, então, é tida como um bem que deve ser promovido para todos, guardando uma ética pautada num ideal terapêutico. O analista, neste contexto, é convocado a trabalhar a fim de curar, favorecer o bem, com uma prática que também normatiza e ordena a saúde dos

usuários. Como fazê-lo se é, especialmente, em oposição a este aspecto dessa política, a qual se estabelece sempre em função de um ideal, que Lacan se coloca?

Para um psicanalista, um tratamento, no consultório ou na instituição, com usuários ou não de substâncias psicoativas, só se torna possível se for na contramão de um projeto identificatório, da criação de uma saída geral, homogênea para um sujeito (Calazans, 2008). Apesar da clínica com usuários de álcool e drogas trazer algumas especificidades, conforme já desenvolvido, o sintoma de abuso de substâncias não impõe uma condução ou direção especial de tratamento. A entrevistada P1 ratifica isto de modo interessante:

Escutar o sujeito... o que vai dá direção é o discurso do sujeito o que ele traz como questão para ele. Não há nada de específico desta clínica e isto não quer dizer que não estou atenta às questões da realidade, do social, da lógica homogeneizadora que tentam fazer-los se encaixar num funcionamento padronizado. [sic] [itálicos nossos].

A direção da escuta analítica, assim, é tomar a “toxicomania” enquanto um significante que, para cada sujeito, circunscreverá um modo de gozo, dirá de um modo de se relacionar com o objeto. Isto não significa que o psicanalista trabalha contra a proposta de saúde; mas sim que a abstinência, a redução de danos, a reinserção social só pode se articular enquanto finalidade, desde que se torne uma construção própria daquele sujeito e não um ideal previamente estabelecido.

Eis o desencontro, a configuração dos impasses, mas porque tais diferenças haveriam de ser um entrave ao trabalho? Um analista sabe, especialmente pela clínica, que as diferenças não deveriam ser tomadas como um obstáculo, um impedimento, mas, contrariamente, como causa do trabalho. Sustentar-se por uma lógica que as diferenças criam um impasse, seria de algum modo defender a igualdade que, neste caso, equivaleria a tornar a política psicanalítica uma bússola do trabalho na instituição. Ora, a psicanálise aí não estaria sendo colocada também a serviço de um ideal? Um psicanalista, para Lacan (1958/1998), deveria estar advertido que, em qualquer lugar, uma abordagem para o mal-estar pela via da exatidão, da objetividade, da homogeneização, da idealização está sempre fadada ao fracasso. Não é à toa que todos os entrevistados trabalham em instituições com equipes compostas por diferentes disciplinas. Ainda que haja por trás uma busca insistente de ideal de síntese, é o seu fracasso, sua impossibilidade de realizar, que

cede lugar a lógica da singularidade – *“Eu acho impossível esta síntese... multidisciplinar... são lógicas diferentes que podem dialogar, mas elas não são convergentes... é impossível”* [sic] [itálicos nossos] (P2).

Sendo assim, afirmar a impossibilidade de um psicanalista trabalhar a partir da política institucional, não é o mesmo que dizer que o trabalho do psicanalista com os diferentes saberes é impossível, nem mesmo que não se pode oferecer um trabalho efetivo em cooperação com os demais colegas. Significa que a política de um analista passa por um discurso que não é o da mestria, já que convoca uma reinserção à noção de saúde, de um saber, que guarda sempre uma indeterminação, uma não fixação, do paciente sobre o que é melhor para si, para o seu corpo. Sendo assim, para que os supostos impasses se tornem causa do trabalho (e não obstáculo) seria interessante que o analista reconhecesse tais diferenças e (re)encontrasse os meios de sustenta-las de modo produtivo no laço institucional.

Às vezes, parece mesmo difícil e perturbador que o analista sustente tal reconhecimento em meio a tantas demandas, cargos, funções associadas ao seu fazer. As entrevistadas P1, como coordenadora, psicóloga, técnica de referência, e P3, como psicóloga, supervisora, reiteram este turbilhão. Ao chegar, além dos cargos, vem articulada uma série de tarefas, protocolos. Apesar deste embaraço, se aposta que uma saída possível se estabeleceria pela chave de leitura adotada. Para além dos formulários, projetos, atividades; é importante uma leitura das relações fundamentais implicadas aí. É válido lembrar que a relação de um sujeito com outros em função de uma dada finalidade é a base da política!

Para realizar tal leitura, Lacan (1969-1970/2007) nos oferece um recurso teórico e, é preciso lembrar, prático, imprescindível: a teoria dos discursos. Ainda que já mencionada, mas pouco desenvolvida na primeira parte deste trabalho, recorrer-se-á a tal recurso, de modo circunscrito, nos aspectos que podem auxiliar a continuidade da discussão sobre a política do analista aqui em curso. Se já está posto que a política se constitui pelo estabelecimento de ações a partir de uma determinada modalidade de laço para se chegar a um dado fim; neste sentido, a teoria dos discursos que se presta também a formalizar as modalidades do laço social, torna-se fundamental.

Na concepção lacaniana, o homem é um ser de linguagem e através desta são estabelecidos os vínculos, os laços sociais. Laços que fundam realidades e se organizam sob uma determinada lógica. No Seminário 17, Lacan (1969-1970/2007),

formalizará as bases desta teoria dos discursos – “(...) discurso como uma estrutura necessária, que ultrapassa em muito a palavra, sempre mais ou menos ocasional. O que prefiro, disse, e até proclamei um dia, é um discurso sem palavras” (p. 11).

As relações, o laço, como é sabido, desde Freud (1930/2006), é uma das fontes do mal-estar humano. A renúncia pulsional estrutural e constitutiva à entrada do homem na linguagem resulta em mal-estar. Dito de outro modo, o contato com o Outro, necessariamente, limita o gozo, ou ainda, provoca uma perda, e funda uma busca incessante no sentido de repará-la. Curiosamente, há algo, teoricamente, perdido, para trás, que o sujeito busca repetidamente para frente, movimento que condiciona o desejo

Como temos o significante, é preciso que a gente se entenda, e é justamente, por isso, que não nos entendemos. O significante não é feito para as relações sexuais. Desde que o ser humano é falante, está ferrado, acabou-se esta coisa perfeita, harmoniosa da copulação, aliás impossível de situar em qualquer lugar da natureza. A natureza apresenta espécies infinitas, que em sua maioria, inclusive, não comportam nenhuma copulação, o que mostra até que ponto pesa pouco nas intenções da natureza que isto constitua um todo, uma esfera. (Lacan, 1969-1970/2007, p. 34).

No entanto, se na intenção da natureza pesa pouco a constituição de um todo, o mesmo não acontece quando pensamos em termos humanos. Apesar da perda de gozo inerente a entrada na linguagem, isto não impede que o ser humano funde aí uma busca repetida por este saber sobre o gozo perdido, que ao mesmo tempo, é também produtora de gozo (Soeiro, 2011). Lacan (1969-1970/2007) dirá que “essa alguma coisa definida como uma perda (...) designa a letra que se lê como objeto a ” (p. 13); e complementarmente quanto à função psíquica deste objeto perdido no que concerne à repetição: “de fato, não se trata, na repetição, de qualquer traço de memória no sentido biológico. A repetição tem uma certa relação com aquilo que, desse saber, é o limite – e que se chama gozo” (p. 13).

Para trazer isso nos termos de elementos que estão em jogo nos discursos, conforme Soeiro (2011) e Quinet (2012): o mal-estar estrutural lança o homem a buscar repetidamente SABER a VERDADE sobre o GOZO. Lacan (1969-1970/2007) apontará que o homem, pelo laço com o Outro, sustenta-se neste movimento paradoxal de recuperar algo perdido, mas também de produzir gozo a partir daí, tentando ordenar o mal-estar. Os discursos, assim, seriam aparelhos de ordenamento, para fazer funcionar uma estrutura que nunca é toda e, por isso, traz sempre a marca de uma impossibilidade. O que é impossível? Saber toda a verdade sobre o gozo.

Lacan (1969-1970/2007) dirá que são basicamente quatro modos, quatro discursos que expressam distintas modalidades para se tentar recuperar um saber sobre o gozo. Para formalizar tais modalidades discursivas, o autor propôs 4 fórmulas, revelando que a relação com o Outro coloca em jogo o poder, o saber, o sujeito e o gozo (Quinet, 2012; Jorge, 2002). Esses elementos se apresentam pelos símbolos: S1 (significante mestre), S2 (Saber), \$ (sujeito) e a (objeto mais de gozar) que poderão circular por quatro lugares fixos: Agente, Outro, Produção e Verdade. Tal combinação resulta em lógicas de enlaces distintos. Os discursos seriam: do Mestre, da Histórica, do Universitário e do Analista. Mais tarde, ele falará de uma quinta modalidade, que tratar-se-ia na verdade de uma variação do discurso do mestre, o discurso do capitalista.

A ideia fundamental é que o que surge da palavra, para além do conteúdo, é dominado por uma daquelas estruturas. Quando tomamos a palavra, para além do que é dito, interessa-nos o lugar de onde se fala, a posição subjetiva assumida –

Mediante o instrumento da linguagem, instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais, certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas. Não há necessidade destas para que a nossa conduta, nossos atos, eventualmente, se inscrevam no âmbito de certos enunciados primordiais. (Lacan, 1969-1970/2007, p. 11).

Para esta parte do presente texto, interessa, especialmente, o lugar de agente, já que se sabe que ele é o responsável por causar, por ordenar a modalidade do laço para se chegar a uma determinada produção, finalidade, fundando diferentes políticas. Esse ato do agente poderia ser pensado em torno de alguns pares como professor-aluno, médico-paciente que determinam modos específicos de relação com o Outro (Quinet, 2012). O entrevistado P2 traz um elemento importante do seu percurso que pode ajudar a elucidar esta questão. Ele coloca que agenciar um discurso como psicanalista ou como médico não poderia se sustentar concomitantemente, pois produziria relações, tratamentos com finalidades distintas – *“falo pelo meu percurso, sendo psiquiatra e estudando psicanálise... é impossível ser psicanalista e medicar... a partir do momento que isto ficou claro... eu funcionei bem melhor”* [sic] [itálicos nossos] (P2).

Agora, nos termos dos discursos, é interessante precisar sob qual rede um médico ou um psicanalista operam a realidade de um paciente “toxicômano”. O médico (S1), no lugar de agente, poderia convocar, como um mestre, que o Outro (S2) trabalhasse para produzir algo que interessasse a ele: reduzir ou interromper o

uso de drogas por exemplo (a). Há um imperativo de um ideal terapêutico que move este laço. Mas a verdade do agente – sua condição de desejanter (\$) - a qual ele desconhece, mas o move, é que tal ideal fracassa, não se produz totalmente. Um analista (a), no lugar de agente, advertido desta impossibilidade, faz dela causa da sua ação. Ato que toma o Outro como um sujeito (\$) que tem a matéria-prima do saber inconsciente (e, por isso, tentar ensiná-lo, curá-lo teria sempre uma dimensão impossível). Deste modo, em vez de propor uma produção tal qual: abstinência, redução do abuso da substância; é oferecida a possibilidade do sujeito (\$) construir e produzir novas escolhas (S1), sem que se digam quais.

Para além da função de agente, é interessante destacar o lugar da verdade que, para Lacan (1969-1970/2007), é a mola propulsora para aquele que ordena o laço. No discurso da mestria, o agente por nada querer saber da verdade da sua divisão (\$), se ampara na busca de um saber objetivo, todo, que produza um bem (saúde, por exemplo).

A instituição na busca de uma resposta para o mal-estar propõe tal busca incessante de saúde universal, para todos. É uma política que toma um partido, estabelecendo de antemão o que é melhor para o sujeito. Essa lógica discursiva, muitas vezes, vem de algum modo traduzida pelos próprios pacientes, como numa situação clínica vivenciada, pela pesquisadora, numa das instituições de álcool e drogas, em que foi desenvolvido um trabalho diretamente com paciente e equipe. Um deles, na sua trigésima internação, falava do lugar de fracassado perante a impossibilidade dos ideais terapêuticos em pauta – *“eles são como uns professores, só se interessam se você tirar 10, se não, eles desistem...”*.

Nesse mesmo sentido, faz-se interessante resgatar uma outra experiência da pesquisadora, atualizada a partir da realização das entrevistas. De partida, houve uma primeira demanda endereçada à analista, em grupo, por um dos usuários: *“eu quero saber, qual é a façanha que você vai fazer para que eu pare de me drogar nas próximas semanas?”*. Uma pergunta que impunha um ordenamento: trabalhe para produzir isto! O interessante é retomar alguns aspectos não ditos desta fala: o tom irônico do paciente e o significante escolhido por ele, façanha. Dentre os sentidos possíveis para esse termo, pode-se elencar de modo mais geral: “proeza”, “ato heroico”, “ação cuja realização é muito difícil ou árdua”; “desforço tirado de pessoa de notória inferioridade de forças”. Talvez, a ironia que tal demanda carregava estava fundamentada numa impossibilidade que ela também engendrava. Do ponto de vista

discursivo, o agente fazia uma convocação para que o Outro trabalhasse e produzisse algo específico, sem nada querer saber da sua verdade de sujeito dividido, castrado. Um analista, no entanto, sabe que a verdade condicionada em tal discurso (e por qualquer um) nunca coincide com o que dele é produzido –

Qualquer que sejam os sinais, os significantes-mestres que vêm se inscrever no lugar do agente, a produção não tem, em qualquer caso, relação alguma com a verdade. Pode-se fazer tudo o que quiser, pode-se dizer tudo o que quiser, pode-se tentar conjugar essa produção com as necessidades, que são necessidades que se forjam, mas não adianta. Entre a existência de um mestre e a relação de uma produção com a verdade, não há como sair disto. (Lacan, 1969-1970/2007, p. 185).

Sabendo-se desta impossibilidade, nas demandas que podem ser várias, num contexto institucional, o que resta a um psicanalista? Onde ancorar sua palavra e o seu ato? Lacan (1958/1998), desde a direção do tratamento, é claro: ancora-se na sua falta-a-ser, na sua política. Dito de outro modo, na renúncia de dizer ao outro o que fazer, deve interroga-lo, dando a possibilidade do paciente se situar como um sujeito: me conta, você o que já tem feito nestas semanas para chegar onde gostaria?

A pergunta do início pôde ser aqui retomada: O que se espera de um psicanalista, então? Qual é a sua política na instituição? Espera-se que ali, onde se demanda um Outro total ou um produtor de “façanhas”, que ele falte, ou ainda, que ele ocupe um lugar de causa de desejo. O analista deve devolver, pautado num discurso às avessas, o vazio estrutural que o discurso do mestre tenta encobrir, convocando-o ao trabalho (Calazans, 2008). Um trabalho de querer saber algo sobre o seu desejo – “o que se espera de um psicanalista é, como disse da última vez, que faça funcionar seu saber em termos de verdade. É, por isso mesmo, que ele se confina em um semi-dizer” (Lacan, 1969-1970/2007, p. 55).

É interessante pontuar o efeito de giro discursivo que o analista, situado em seu discurso, no lugar de “a”, pode produzir. Se, como vimos, no lugar do mestre ao qual o analista é convocado, ele responde por este modo de não-ser, é possível que se instaure para o Outro um desejo de saber, próprio de uma outra modalidade discursiva: discurso da histórica, cujo agente é o \$. Lacan (1969-1970/2007) esclarece isso na seguinte passagem:

o que é que o analista institui? Escuto falar muito de discurso do psicanalista, como se isso quisesse dizer alguma coisa (...) existe o discurso, e este não se confunde com o discurso do psicanalisante, com o discurso proferido efetivamente na experiência analítica. O que o analista institui como experiência analítica pode-se dizer simplesmente – é a histerização do discurso. Em outras palavras, é a introdução estrutural, mediante condições artificiais, do discurso da histórica, aquele que está indicado com um H maiúsculo. (p. 33)

Vê-se que a construção de saídas para os impasses instituídos pelas demandas impossíveis (uma redundância) da instituição – efetivar ideais de cura, do bem – pode-se estabelecer a partir de um posicionamento ético, num determinado lugar no campo das relações e do seu ato a partir daí. Não se trata, pois, de um recuo ao trabalho quando longe do *setting* analista-analisante; mas de sustentar uma chave de leitura que permita o reconhecimento e sustentação da especificidade do fazer analítico. Sobre o que há de específico, a entrevistada P3 diz “*o específico da psicanálise aí é a escuta da singularidade... cada caso é um caso*” [sic] [itálicos nossos]. Neste caso, segundo Tatit (2016), escutar como cada um subjetiva o seu mal-estar é muito importante, mas não coincide com a singularidade. O singular está em jogo na especificidade da escuta de um analista, já que isto aparece enquanto um movimento, evanescente entre o discurso coerente do paciente e aquilo que emerge do inconsciente. Sendo assim, se na instituição o ordenamento lógico é o do “para todos”, a escuta do analista pode favorecer um movimento que inclua uma impermanência nestas definições. A entrevistada, ainda, traz “*mas dentro da lógica do ministério da saúde não é impossível o discurso analítico estar presente*” [sic] [itálicos nossos]. O que torna o discurso analítico operativo no contexto institucional é a recusa do analista ao poder de ser uma mestria, de assegurar resultados uniformes e uma aposta num laço baseado num outro tipo de poder, o da “reinvenção da vida pela fala” (Teixeira, 2011).

7.2 - A estratégia na construção de um lugar

Viu-se que a questão do lugar do analista já foi introduzida ao expormos o seu fazer orientado pela política. Apesar de haver aqui uma separação didática, sabe-se que política, estratégia e tática estão sempre numa relação dialética. Isto posto, esse subcapítulo proporá um novo passo na discussão com uma articulação entre o eixo de análise “Lugar do analista”, extraído na primeira etapa desta pesquisa com a noção de estratégia – transferência – proposta por Lacan (1958/1998).

A primeira etapa da investigação bibliográfica revelou como a questão do lugar do analista era apresentada frequentemente no âmbito da relação analista-analisante. Apesar da indissociabilidade entre psicanálise em intensão e psicanálise em extensão, observa-se como a abordagem deste último é muitas vezes pouco desenvolvida. Sendo assim, em continuidade com o subcapítulo anterior, no qual

foram postas as implicações para um analista, na chegada, por lembrar-se dos fins de um tratamento clínico-institucional; é preciso dar um passo para abordar os meios, as escolhas e manobras do analista nas relações para a sustentação do seu lugar. Nesse sentido, torna-se imprescindível explicitar uma articulação da política com a ética. É interessante o modo como Goldenberg (2006) sintetiza tal articulação: “se a política é o lugar mesmo das escolhas, e o que seria a ética senão as escolhas que alguém pode bancar? ” (p. 39). A política indica um lugar, ocupado e sustentado por meio de um posicionamento estratégico e tático, que é ético. Há uma ética que incide e comanda as ações e manobras do analista em função dos fins (Calazans, 2008). Neste momento, trataremos mais especificamente da dimensão estratégica deste posicionamento.

Lacan (1959-1960/2008) dedicará todo um seminário sobre a ética e é interessante pensar sobre o lugar deste na obra: depois do seminário 6 – o desejo e sua interpretação - com o qual ele diz explicitamente estabelecer uma relação de continuidade; e antes do seminário 8 – a transferência. Esse lugar de elo, de amarração entre a interpretação e a transferência, ou ainda, entre a tática e a estratégia também ajuda a pensar na articulação aqui em curso. No seminário 7, Lacan (1959-1960/2008) dirá que o tema da ética coloca o homem numa relação constante com sua própria ação, e convoca o analista a estabelecer este movimento relacional com a sua práxis. Isto é de extrema importância para esta pesquisa, já que os textos e as entrevistas tentam recolocar em pauta esta relação do analista com o seu próprio fazer, pontuando as implicações quando isto não é reconhecido pelo próprio analista.

A preocupação de Lacan (1959-1960/2008) torna-se ainda interessante, pois ele vai pensar no analista, sustentando a sua clínica no mundo. Atualizando esta questão para o âmbito institucional, para a realidade dos entrevistados, como construir e sustentar um lugar neste mundo de “relações” reguladas por protocolos, cargos, funções, que codificam uma ética, muitas vezes, bem próxima à moral, que indica um ordenamento em direção ao bem, a cura, ao ideal? Não à toa, a entrevistada P1 vai dividir o seu embaraço, num mundo de relações institucionais, em que cada um tem suas condutas regidas por preceitos distintos:

No fundo, as dificuldades são os colegas... a interação multidisciplinar que não é só pela questão disciplinar, da diferença da área..., mas por perceber que muitos estão ali para

ganhar dinheiro, porque não tinham outra opção...então é um conflito constante. [sic] [itálicos nossos].

Lacan (1959-1960/2008), acompanhando a dificuldade que é se situar no lugar de analista, vai pontuar que o exercício ético é também um exercício de disciplina –

De novo sobre o quê? Sobre alguma coisa que é ao mesmo tempo, muito geral e muito particular. Muito geral na medida em que a experiência da psicanálise é altamente significativa de um certo momento do homem que é aquele em que vivemos, sem poder sempre, e até pelo contrário, discernir o que significa a obra, a obra coletiva na qual estamos mergulhados. E, por outro lado, muito particular, como é o nosso trabalho de todos os dias, a maneira pela qual temos de responder na experiência ao que lhes ensinei a articular como uma demanda, demanda do doente à qual nossa resposta confere uma significação exata – uma resposta da qual devemos conservar a mais severa *disciplina* [itálico nosso] para não deixar adular o sentido, em suma profundamente inconsciente dessa demanda. (p. 11-12)

O tema da ética, assim, instrumentaliza o trabalho de cura, pela transferência analista-analisante, mas também para além dele, no fazer com outros discursos, convocando o analista a se reinventar, ainda que restringido em alguns aspectos por uma estrutura. Conforme coloca Soler (1995), o analista deve sustentar não só a posição do Inconsciente, mas a existência do discurso analítico, já que isto está em dependência das suas respostas no campo das relações

o que se reúne sob este termo da ética da psicanálise permitir-nos-á (...) colocar à prova as categorias através das quais, naquilo que lhes ensino, acredito dar-lhes o instrumento mais apropriado para salientar o que a obra de Freud e a experiência da psicanálise que dela decorre trazem-nos de novo. (Lacan, 1959-1960/2008, p. 11)

Sabe-se que o lugar do analista agencia uma falta que mobiliza um trabalho para um sujeito desejante. Lacan dirá que a ética é do desejo, já que é a partir de um posicionamento que se presentifica a falta de um bem supremo, a falta de complementariedade nas relações, a falta de uma ilusória felicidade plena, que o desejo pode estar aí condicionado. A entrevistada P3 traz esta questão pelo avesso, pontuando as dificuldades quando esta lógica do não-todo não se presentifica –

Muitos profissionais entram e saem também... porque não suportam estar nesta clínica... esta limitação... esta dificuldade dos profissionais é porque eles colocam os próprios ideais do que é melhor para o outro... e aí falam: é muito triste, é muito fracasso... o discurso analítico possibilita outra coisa... a gente nunca sabe o que é melhor para o outro...então, se a gente trata e se desinveste deste ideal, fica mais fácil suportar este tipo de clínica...mas se você acha que vai fazer o bem e que este paciente vai ser salvo... aí complica porque ninguém salva ninguém [sic] [itálicos nossos] (P3).

Para discutir a dimensão estratégica desse posicionamento ético, num outro tipo de relação que não com o analisante, pode-se recorrer a alguns elementos de um dos dispositivos propostos por Lacan para pensar o laço do analista entre os seus

pares, e porque não com outros saberes. O dispositivo em questão é o Cartel, o qual foi uma aposta de Lacan para transmissão da psicanálise na sua escola. Etimologicamente, dentre as acepções possíveis, o cartel traz o sentido de “dobradiça” que guarda esta possibilidade de articulação, funcional para se pensar na relação de interdependência que se coloca entre a psicanálise em intensão e em extensão.

Em síntese, para introduzir a ideia, do ponto de vista estrutural, Lacan chamou, inicialmente, o cartel de “pequeno grupo” composto por pelo menos 3 e no máximo 5 e mais 1. A reunião deveria se dar em torno de uma tarefa comum, e não em torno das pessoas – “aposto tudo no funcionamento e muito pouco nas pessoas” (Lacan, 1980). É preciso pôr em funcionamento, assim, uma estrutura discursiva para transformar uma transferência dirigida a alguém que sabe, por exemplo, naquilo que pode ser denominado como “transferência de trabalho” (Alberti, 1994). Esse aspecto do cartel, em específico, que arranja as relações em torno de um desejo de produzir um saber sobre a verdade, mas guardando sempre uma relação com o impossível, pode ser uma via para se pensar na estratégia do analista na relação com outros saberes.

Antes disso, faz-se importante, no entanto, recolocar a pergunta: como fazer para manejar tais efeitos imaginários, quando se está como “parte” de um “pequeno grupo”, que não é um cartel, numa instituição, com uma mistura de cargos, funções e tarefas? Conforme os entrevistados foram falando, fica claro como a manifestação da transferência na sua vertente imaginária é constante. O analista, frequentemente, é convocado a ser um “tapa-buracos”, a colocar-se num lugar de anteparo ou de receptáculo do Real da clínica, do furo que, muitas vezes, a equipe não pode se a ver – *“O psicólogo é o centro da equipe... parece que ninguém sabe fazer nada sem chamar o psicólogo (...) Na reunião de equipe... quem é o psicólogo que atende... o psicólogo tem que falar...”* [sic] [itálicos nossos] (P1). Aprendemos, com Lacan (1958/1998), quando ele propõe um manejo estratégico da transferência na sua vertente imaginária para que ceda lugar a sua vertente simbólica, mas isto parece que fica mais claro quando se está na relação com o analisante e, nem por isso, mais fácil. Numa equipe, então, as complicações parecem se expressar de modo ainda mais contundente.

Talvez, porque num grupo, Soler (2016) resgatará uma preocupação proferida por Lacan na nota italiana, haja os riscos de um analista querer “fazer parte”. Mas

será que é tão simples pensar em meios para mitigar estes riscos? Uma das entrevistadas, P1, traz uma solução possível que deve ser aqui tomada na sua função de causa para debater a questão da estratégia do analista na relação com a equipe. Se não dá para “fazer parte”, a saída seria chamar “alguém de fora das relações”, na figura de um supervisor, como proposto por P1? Para a entrevistada P1:

Um supervisor vai estar como alguém de fora para ouvir uma equipe e colocar uma condução única, cortar as arestas, unir a equipe... fazer com que o trabalho tenha uma condução única. Sem o supervisor fica parecendo um monte de irmãos brigando entre si...” [sic] [itálicos nossos].

Pensar em “fazer parte” ou “trazer alguém de fora” seriam estratégias que se oporiam? Ou aí não estaria configurada mais matéria-prima para a manutenção das relações por uma via imaginária?

A figura do supervisor externo tem sido importante em muitas instituições para se fazer operar um trabalho clínico em equipe. Entretanto, conforme sublinhado por Figueiredo (2005), é o supervisor clínico em sua função de êxtimo – alguém que é ao mesmo tempo externo e interno à equipe – que poderá favorecer um trabalho. Mas é preciso aqui ressaltar: dizer que este lugar de extimidade pode ser sustentado por um supervisor não se dá pelo fato dele ser uma figura externa à instituição. Pensar deste modo seria tomar a noção de “êxtimo” ainda imaginariamente. Sendo assim, e quando este supervisor não existe? Será que o analista ficaria impossibilitado de operar um trabalho?

Para avançar em tal questão, poderíamos retomar o que Soller (2016) relembra: não é suficiente que o analista, para responder enquanto tal, esteja em alguma parte – dentro ou fora da instituição, mas que esteja numa relação específica! Nesse sentido, Lacan (1959-1960/2008, 1966/2001), no próprio seminário da ética e na conferência “o lugar da psicanálise na medicina”, trará a noção de extimidade para dizer da especificidade desta relação, a qual é imprescindível para o cotidiano institucional. O entrevistado P2 trouxe em sua fala esta operação a partir do lugar de êxtimo – exterioridade íntima - condição necessária para se sustentar uma clínica que inclua a lógica do sujeito nas relações institucionais –

É preciso adotar a posição moebiana... dentro e fora...ele não pode estar lá dentro lutando contra as outras... fazendo contraposição porque ele está lá...ele faz parte...mas ele pode apontar para o singular... fazer um furo neste discurso homogêneo, único... condição de estar dentro e estar fora... ele vai ter que prestar contas, falar de como opera naquele tratamento, o que levou a ele a adotar uma direção e não outra... [sic] [itálicos nossos]. (P2).

É preciso, ainda, fazer uma nova problematização. Os embaraços situados em relação ao imaginário trazidos pela experiência dos entrevistados poderiam levar alguém a se enveredar para um tipo de questionamento como: um analista que convida um outro a exercer uma função por uma saída imaginária seria mesmo um analista? Sob esta lógica, um analista seria aquele que não cai no engodo do imaginário? Ora, que interessante, retomando algumas palavras de Lacan (1959-1960/2008), “ao desobstruirmos vias e caminhos”, neste caso, do imaginário, “lá esperamos que aquilo que se chama virtude virá florescer”: ser um psicanalista. O irônico é pensar se um analista o “é” ou não, já que Lacan (1958/1998) insistirá, como vimos com a Política, que é com o “não-ser” que o analista pode trabalhar. Não haveria nesta lógica também um ideal como base? Lacan (1959-1960/2008) dirá no seminário da ética que “ideais analíticos” é o que não faltam.

Nesta discussão, assim, sobre a construção do “lugar do analista” na instituição, mais do que discutir se um determinado manejo estaria certo ou errado, se seria de analista ou não; é preciso resituar que o equívoco não está na pessoa, está no imaginário, na estrutura, e lidamos com isto o tempo todo, dentro e fora da instituição, com equipe ou pacientes, sem quaisquer garantias. Isto para mostrar que uma lógica moralizante pode ser sustentada dentro da própria psicanálise, a partir da relação que cada um estabelecerá com a teoria e a prática. Não é a teoria também que garante um lugar para o analista, ela ajuda a sustentar e operar um ato advertido, e a quem sabe mitigar os riscos do exercício de um poder inerentes ao exercício desta práxis.

Não à toa Lacan, advertido de tais embaraços, fez a proposta de dispositivo já anunciada do Cartel, pois havia uma preocupação em mitigar os efeitos imaginários inerentes aos grupos. Os entrevistados que, de diferentes modos, localizaram as dificuldades na relação com os colegas e os conflitos constantes que se apresentavam, colocam, honestamente, os desafios cotidianos, com os quais um analista está sujeito a lidar. Conhecer teoricamente os efeitos imaginários, não nos faz necessariamente saber deles. O próprio Lacan precisou de alguns anos, com a marca da experiência, para formalizar um saber mais específico acerca da proposta do Cartel.

Já que a questão do lugar do analista está mais ligada a fazer funcionar uma modalidade de laço específica, tem-se aqui uma proposta de se pensar na estratégia

do analista na relação institucional, a partir da função do Mais-Um do dispositivo do cartel. O Mais-Um, torna-se ainda mais interessante neste contexto, pois teve sua designação construída justo pelo seu “não-ser”: não é um líder, não é um mestre, não é um professor. Há um esvaziamento identitário em torno do “Mais-Um” que é oportuno quando se trata de dizer do lugar do analista. Seria, então, justamente, o responsável por operar de um determinado lugar no laço para manejar tais efeitos imaginários, próprios aos grupos. Para isto, é preciso pensar para este agente, numa estrutura discursiva afinada como a ética psicanalítica, em que o Mais-Um poderia promover alguns giros e saídas.

Pode-se adiantar que discursos como o do mestre ou o do universitário que não incluem o impossível de universalizar, não deveriam ser agenciados pelo Mais-Um. Por outro lado, Miller (1994) e Jimenez (1994) diriam que apesar do discurso do analista ser uma modalidade que regula as intervenções e codifica a política do analista, seria complicado instituí-lo como “fundador” de um laço que não seja do trabalho de transferência, próprio ao par analista-analisante. Soler (2016) se ocupará dessa questão, pensando em como fazer funcionar um laço, fora do *setting*, entre os analistas, por exemplo, sem ser por uma via da mestria, doutrinária, nem por uma via de identificação ao próprio gozo, que levaria a rigor a uma dispersão e não a um enlace.

Apesar de Soler (2016) tratar disto no âmbito das instituições psicanalíticas, de modo análogo, poder-se-ia pensar na atualidade do analista inserido em instituições de outro tipo. Vê-se, com frequência, como o lugar assumido pelo analista no laço institucional pode marcar uma posição mais ou menos afinada com a ética psicanalítica. Para exemplificar, o analista poder-se-ia assumir um lugar “disperso”, exercendo sua clínica de modo apartado da instituição; ou ainda, colocar-se no lugar de “combate”, apontando historicamente, o furo do saber do Outro; ou mesmo ceder a um lugar de mestria, demitindo-se da escuta ao sair do *setting* analítico, e operando um trabalho normativo e doutrinário.

Tais exemplos colocados de modo mais sintéticos e caricatos podem até ser parte dos tropeços e percalços no percurso de um analista, mas que irá se perpetuar caso ele se distancie da premissa de que, para um psicanalista, não há realidade que não seja de discurso. Sendo assim, estabelecer tal chave de leitura e atentar-se, especialmente, ao lugar de agente, aquele que ordena o discurso, facilita que ele

tenha suas respostas reguladas em alguma medida por essa estrutura discursiva mesmo nas instituições.

Miller (1994) propõe uma formalização do cartel pela via discursiva, pensando, especialmente, que o Mais-Um, como agente, colocaria em funcionamento o discurso da histórica. Para fins de precisão, é importante dizer que, neste discurso, o lugar de agente é ocupado pelo Sujeito (\$) aquele que convoca o Outro a partir da sua divisão, do seu sintoma. Ao lugar do Outro é outorgado o S1, um mestre, um senhor que deve produzir um saber (S2) sobre o seu gozo (a). É preciso esclarecer melhor esta proposta, já que, apesar de Lacan colocar o discurso da histórica num lugar distinto dos discursos do mestre e do universitário, ele traz alguns complicadores para o analista: ao ocultar o objeto a, a falta, o analista colocaria um Outro no lugar de mestre para trabalhar a partir da sua condição desejante? Não seria por aí. Se por um lado pode-se dizer que o discurso da histórica mantém em aberto a pergunta sobre o que é a relação sexual, por outro, ela convoca um Outro do lugar de S1, de mestria, e isto iria na contramão da política de um analista (Soler, 2016).

Isto posto, é preciso um cuidado para ler a proposta dos autores Miller (1994), Soler (2016) e Jimenez (1994) nos seguintes termos: a estratégia do Mais-Um é instaurar o discurso da histórica enquanto EFEITO. O analista na função de Mais-Um, num grupo, numa equipe não deve ser o \$ do grupo, mas, a partir da sua resposta de analista, ele poderá inserir o efeito de sujeito. Como isto se opera? Miller (1994) dirá que se o Mais-Um trabalha enquanto tal, este efeito é inevitável, pois ali onde se endereça uma demanda de mestria, ele deve recusar, restando ao Outro, o aparecimento da sua própria divisão, ou seja, a sua condição de desejante (\$)!

Segundo Miller (1994), pensar num analista na função de Mais-Um em um grupo, equivaleria a pensar que ele se juntaria numa função daquele que descompleta o grupo e não daquele que soma – “o Mais-Um exerce a sua função como menos um” (p. 7). Trabalha-se a partir de um lugar de falta. Ora, mas não estaríamos aí, se operando do lugar de falta, instituindo o trabalho de transferência próprio ao discurso do analista (a →\$)?

Para esclarecer, é preciso que, na função de Mais-Um, o analista dê um passo de convocar o Outro como S1, mas advertido de que eles não são senhores, nem mestres ideais; mas que a convocação é para que cada um trabalhe a partir das suas próprias habilidades ou insígnias, conforme colocado por Jimenez (1994). Essa

operação configuraria a estratégia do analista no laço com um Outro não-analisante: a transferência de trabalho. Ainda que este conceito tenha sido trabalhado por Lacan para falar do esgotamento e do destino do trabalho de transferência no final da análise, neste caso, os autores Soler (2016), Miller (1994) e Jimenez (1994), o importam para formalizar a estratégia do analista em outro laço. A transferência de trabalho, assim, seria instituir o desejo, provocando a produção de um saber, mas tendo presente a relação com o impossível. Miller propõe uma fórmula para isto, trabalhando a partir dos elementos e lugares da estrutura dos discursos do analista e da histórica: $a \rightarrow \$ \rightarrow \frac{s1}{s2}$. O “a”, ocultado pelo discurso da histórica, se manteria como causa para a intervenção do analista enquanto Mais-Um.

Soler (2016) trouxe tal operação política e estratégica nos termos de “história analisante” para dizer, justamente, de um discurso histórico instituído, produzido pelo artifício do discurso do analista. Segundo a autora, o desejo moveria o trabalho, pois o “objeto a” seria o ponto de identificação do grupo, já que cada um trabalharia a partir de uma falta, um “não-saber”, ao mesmo tempo, em que produziria um “mais-saber”. O objeto a, enquanto falta, é condição para que o desejo se instaure como fundador ou agente de um laço – “participação no desejo do outro, regulada por aquilo que está no cerne do nó, ou seja, o objeto a” (Soler, 2016, p. 86).

Deste modo, ao se escutar na entrevista, P1 constatando os desafios de operar esta estratégia na instituição de assistência aos usuários de álcool e drogas - *“não rola porque você é **mais um**, é um colega”* [sic] [itálicos nossos]. – será que não podemos fazer operar, de modo análogo, o posicionamento ético do **Mais-Um** da política do Cartel? Ou ainda, em outra situação quando é declarado que na instituição o **trabalho é transferido** para o outro – *“O que o outro não faz você vai ter que fazer... e o outro não fazendo... tudo aquilo que está no objetivo do projeto, da instituição vai por água abaixo... você faz e o outro desfaz...”* [sic] [itálicos nossos]. – será que podemos fazer operar uma **transferência de trabalho**?

Numa instituição, que assista ou não usuários de álcool e drogas, um analista sustenta sua política pela possibilidade de estabelecimento de uma modalidade de relação que preserve a sua ética: ética do desejo (do analista). Lacan (1959-1960/2008) questiona ao psicanalista: agiste conforme o teu desejo? Desejo que não é “de um analista”, no sentido narcísico, de um Outro doutrinário; mas “do analista”,

como um desejo advertido pela falta. Lacan (1959-1960/2008), desde 1958, trará a política do desejo do analista como falta-a-ser, indicando que somente a partir deste lugar esvaziado, é possível intervir e sustentar uma ética, cedendo lugar ao desejo do Outro do analisante e para além dele. Vê-se que não é no sentido revolucionário do desejo, que também leva à afirmação de ideais, mas no que ele tem de subversivo, que o trabalho do analista pode ser sustentado sob uma outra lógica (Calazans, 2008).

Na relação com os outros saberes, resta ao analista sustentar-se neste lugar de desejo advertido, prevenido, que fabrica relações fora do par, mas não fora de um laço. Deve-se favorecer um enlace por meio da transferência de trabalho, em que o Um a Um nesta equipe, inclusive o analista, precisa se implicar na construção de um saber. P3, advertida disto, diz assim:

Alcance em relação à equipe é a transmissão de um desejo... é preciso um desejo para sustentar esta clínica... e uma escuta. Agora, para os pacientes um alcance é dentro do que é possível...o alcance e o limite passam sempre pelo outro também (...) o limite é o próprio outro também... limite é o que o outro escolhe para ele também e a gente suportar lidar com isto [sic] [itálicos nossos].

7.3 - Tática: uma interpretação possível

Esta etapa do texto se propõe a apresentar uma articulação entre o terceiro eixo de análise “respostas clínico-institucionais” e a noção lacaniana de Tática, a partir das reflexões construídas com as entrevistas. Viu-se que apesar deste esforço didático de enfatizar separadamente acerca da política, estratégia e tática, elas se apresentam sempre numa relação. A resposta do analista aqui poderá ser lida como a ação por meio da qual opera a sua política. Como foi visto, os meios para tornar sua política operante consistem: na estratégia do analista no laço transferencial e na tática que seria a ação, a resposta, a partir dessa modalidade de laço específica.

Para retomar, a tática para Lacan (1958/1998) é onde o analista preservaria uma maior liberdade de ação, desde que regulada por uma modalidade de laço específica, dominada por uma dada finalidade política. Para tratar da estratégia do analista no laço com os outros saberes na instituição, recorreu-se à função do Mais-Um, no lugar de agente de um discurso, enfatizando a dimensão estratégica do seu fazer, o que possibilitaria a instituição de uma transferência de trabalho. Em continuidade com tal analogia, para Jimenez (1994) se o objetivo estratégico do cartel é a transferência de trabalho, o objetivo tático seria o ato que tem por efeito

produzir trabalho no Um a Um. Dito de outro modo, a manobra estratégica dá ao analista a posição de intérprete, daquele que sustenta o ato “por excelência” de Interpretar. Como pensar nesta dimensão tática num outro laço que não analista-analisante, no cotidiano do trabalho institucional?

Não à toa, a dimensão tática do fazer analítico, ou seja, a Interpretação vem aqui numa proposta articulada à ideia de Resposta. Sabe-se que Lacan (1958/1998) chamou a atenção para o equívoco frequente em tratar a interpretação como um ato que traduz, responde consistentemente, produz significados. Para além desta dimensão equivocada de resposta articulada à interpretação, ainda, têm-se outros termos tais como: produzir trabalho, dizer a verdade, trabalhar com o singular que permeiam o cotidiano institucional e podem levar um analista a impasses ou a saídas a depender da escuta instituída aí.

Nesse sentido, serão tomadas aqui algumas “respostas” demandadas pela instituição e produzidas pelos analistas entrevistados para favorecer uma reflexão acerca das dificuldades e possibilidades quanto ao fazer do analista na instituição, enfatizando, especialmente, sua dimensão tática. Nas instituições, nas quais os entrevistados trabalham, para além do atendimento individual com o paciente, podem ser delimitadas outras modalidades de trabalho: atendimentos em grupo, sustentados por mais de um profissional; um trabalho que envolve a formação dos profissionais e as próprias reuniões em equipe para discussão dos casos e formulação de propostas terapêuticas.

É possível ressaltar que nestas modalidades de trabalho é convocado um imperativo de respostas que, nas mais variadas versões, podem ser sintetizadas com: governe, eduque, cure! A entrevistada P1 traz um aspecto que auxilia no avanço desta discussão ao partir da experiência do trabalho em grupo de pacientes:

Pra fazer um grupo terapêutico tinha que lidar com várias lógicas... lógica do tráfico, lógica da abstinência, lógica do presídio, lógica da cura e até você conseguir um grupo que funcione de modo que eles se sintam tratando um conteúdo subjetivo deles... já estão na hora de ir embora. [sic] [itálicos nossos] (P1).

P1 enfatiza em diversas passagens as respostas, que frequentemente se apresentam como solução do ponto de vista institucional e a convocação para que todos os profissionais produzam uma intervenção – *“Quando vão se virar, vão se virar chamando a polícia...” [sic] [itálicos nossos].*

Dentre os aspectos interessantes para a presente discussão, destaca-se essa via de resposta no contexto institucional de álcool e drogas da convocação de uma lei, de um ordenamento, de uma busca pela verdade, trazido de modos distintos pelos três entrevistados. Talvez, a primeira resposta de um analista possível aqui seria apostar numa leitura da estrutura discursiva em questão, ferramenta conceitual, que ajuda a situar, especialmente, a posição de sujeito implícita aí. Não à toa, Lacan (1969-1970/2007) justo num capítulo chamado “o poder dos impossíveis”, que se associa aos imperativos do governar, educar, curar, vai lembrar que a saída por seus “esqueminhas quadrípedes” dos discursos constituem um MEIO de dar referência aos analistas e que servem para um número muito grande de relações, desde que estes se familiarizem com uma leitura por esta via e com o seu manejo.

É importante, então, situar do ponto de vista discursivo como estas “soluções” institucionais podem funcionar como uma manutenção e não um rompimento com a estrutura de um discurso da dominação, ao qual muitos pacientes que usam drogas estão submetidos. Numa compreensão mais teórica, ao tratar de pacientes que estabelecem uma relação muito particular com a droga, chama a atenção justamente o elemento relacional, especialmente, com o objeto droga. Há uma montagem em que o sujeito poderia supor um saber a um Outro que faria funcionar o impossível: um encontro com o objeto causa do desejo. A droga ilusoriamente, em suas propriedades reais, pode vir a cumprir uma função de reparação da rachadura estrutural, dando a impressão de um encontro do sujeito como o objeto perdido (Pacheco Filho 2007; Laurent, 2014).

É possível ler como muitos pacientes na instituição chegam sedentos por estes objetos. Inevitavelmente fracassado, trata-se de um encontro que também traz um sofrimento implicado por ser uma trombada muito consistente com o objeto. Faz-se necessário, por isso, atentar-se quando o tratamento adota uma lógica resolutive por meio da oferta de outros objetos definitivos, tais como remédios, terapêuticas. A entrevistada P3 chama a atenção para o efeito de fixação do sujeito veiculado por esta lógica discursiva, fazendo com que a instituição se torne, inclusive, um meio de vida para alguns sujeitos –

gosto de fazer um grupo para pensar no que eles fazem para além da instituição... para não fazer da instituição um meio de vida..” . Ou ainda, o efeito de cola: “É importante quem está a frente do caso, na condução, está atento para o paciente não colar na instituição, não fazer uma identificação – eu sou toxicômano para o resto da vida [sic] [itálicos nossos]. (P3).

É interessante observar como, muitas vezes, as modalidades de trabalho trazem um lugar fixado para o sujeito. Fala-se em “projeto singular”, em produção de trabalhos, em ressocialização, em redução de danos, mas se observarmos no horizonte destas propostas, há uma resposta praticamente universal que é a esperada, ainda que considerada particularidades dos pacientes na sua execução. Sabe-se que um paciente pode sim construir como escolha e saída para o seu sofrimento, uma retificação na sua relação com a droga ou uma interrupção do uso, mas isto, certamente, só se sustenta se no cuidado for lhe dada condições para construir uma decisão que lhe é própria.

Qual resposta, entretanto, àqueles que não buscam a instituição por tal via, nem constroem a abstinência ou a própria redução de danos como saída? P3 discutirá este aspecto ao revelar uma preocupação com o movimento institucional de classificar e selecionar os “bons” e “maus” pacientes, os que têm jeito e aqueles que não têm. É interessante observar a solução que muitas vezes aparece: colocar de fora

a gente como supervisora clínico-institucional vai incomodar um pouco a instituição porque a gente vai fazer intervenção na equipe...se o caps só aceita usuário de álcool, bonzinho que não dá trabalho e os usuários de crack estão do lado de fora na rua, aprontando (...) caso que não dá trabalho para a equipe...estes casos punks que dão trabalho, vai convocar a equipe o tempo todo para o não saber... [sic] [itálicos nossos] (P3)

Há uma outra versão para esta lógica de excluir aquilo que sai da norma, do ideal e P3 também localiza bem que é tratar como se o paciente fosse do “psicólogo” e não mais da equipe – “Ele vai, volta... bebe, joga o corpo na instituição... estes casos que dão trabalho, a equipe não suporta... a equipe toma como fracasso, ironiza “seu filho está aí” “o que você vai fazer?” [sic] [itálicos nossos]. Haveria uma tendência a tratar e a levar em conta a “singularidade” apenas daqueles pacientes que têm como finalidade parar de se drogar?

Nesse sentido, o bom paciente seria aquele que em alguma medida cumpre a ordem, realiza as atividades. É interessante como no cotidiano institucional o cumprimento das tarefas se torna um parâmetro para a melhora ou a adesão, ainda que nenhuma questão esteja sendo construída quanto à relação do sujeito com os objetos – não só a droga. P2 ajuda a desenvolver esta questão por duas vias: de um lado, os profissionais ocupados em cumprir um protocolo, respondendo de modo mais objetivo ao que lhe aparece ao encaminhar rapidamente a medicação –

Mas o que temos preconizado é que este encaminhamento para a medicação deve ser postergado num primeiro momento para que o acolhedor possa situar o que se articula

no discurso do paciente, a escolha pela droga. E segundo que ele possa estabelecer algum tipo de transferência com quem acolhe e com a própria instituição [sic] [itálicos nossos] (P2).

De outro lado esta lógica, muitas vezes, questionada por um analista de colocar o paciente para se ocupar - *“não se trata de ocupar o tempo do paciente, mas que tem uma outra articulação, a importância do fazer ou de se fazer um nome... eu sou fotógrafo, eu sou pintor...para se descolar do eu sou craqueiro... eu sou drogado...” [sic] [itálicos nossos] (P2).*

Como nomear ou desenvolver o aspecto da resposta do analista, da tática possível em circunstâncias como estas, em que há a construção de um trabalho em constante contato com a equipe? Como analista, na clínica, sabe-se que responder não se confunde com oferecer um saber sobre o objeto para o paciente, pois assim ele se manteria como este “consumidor ideal”. Até porque também é sabido que um encontro muito definitivo com objetos, seja como droga ou como remédio, é frequentemente base para o sofrimento e não para a diminuição dele. A resposta de um analista, seja na clínica ou na instituição, não é ofertar o objeto enquanto solucionador, mas, talvez, seja oferecer condições, a partir de um modo de relação específica, para que cada Um da equipe trabalhe a partir de uma pergunta: como fazer para lidar com a falta de objeto? Em torno desta falta, é possível que um trabalho seja produzido nas diversas modalidades de trabalho com pacientes e colegas da instituição.

A resposta do analista se confere sempre que a ação se dirigir no sentido de produzir um EFEITO de separação entre o sujeito e o objeto - \$. No contexto institucional, no entanto, não é tão simples o manejo. Viganó (2006) vai trazer os “efeitos de grupo” com os quais um analista convive diariamente em que, contrariamente, a tal resposta na modalidade de questão, a proposta como vimos é sempre fazer UM + a. Soler () vai dizer que tal lógica coloca em risco os “efeitos de discurso”, dos discursos avessos a dominação, que seriam do UM a UM. Então, é neste terreno arriscado e nem sempre fácil de ler que um analista sustenta a sua práxis.

Algumas situações trazidas pelos entrevistados podem servir aqui como fonte de problematização e de uma constatação da dificuldade com a qual um analista se depara no cotidiano institucional. Não basta trazer uma compreensão teórica de que a produção da resposta tem a ver com a produção de uma questão para que a ação

escape de uma lógica moral, imaginária, de uma resposta consistente. Os entrevistados, cada um, trazem situações que favorecem esta discussão. P3, por exemplo, trará num cenário de trabalho em grupo, que os usuários estavam usando maconha e que a solução institucional seria colocar uma faixa para restringir a circulação dos usuários e poder manter o controle. Ela, por outra via, questiona tal proposta de restringir a circulação e convoca os usuários a falarem acerca do que está acontecendo. P3, então, coloca algo da sua tática:

acender maconha na instituição... isto tem que voltar para o paciente... sobre o sujeito... a gente faz uma roda de conversa: o que acontece...você vem para uma instituição para se tratar e acende um baseado? Esta questão da palavra e esta questão de voltar sobre os usuários e voltar para a equipe é uma questão da ética... da ética da psicanálise [sic] [itálicos nossos].

P1, por outro lado, neste mesmo sentido de poder instaurar um efeito de questão como resposta, nos traz: *“Ex: a enfermagem fazia contenção no leito porque estava com raiva do paciente... era perverso... eu precisava intervir... gente, o que está acontecendo? Eu conversava com todos...” [sic] [itálicos nossos].*

Nas duas situações ressaltadas, como cuidar para que o “interrogar” a respeito da prática dos usuários, da equipe não veicule um sentido de reprovação ou aprovação de uma dada ação? Dito de outro modo, como cuidar para que o manejo do psicanalista não entre aí nesta lógica superegóica, daquele que porta uma pergunta-censura? Sabe-se que esta é uma armadilha cotidiana que não está só para os outros da instituição, mas para o próprio analista, pois não há garantias. Ainda que não haja uma saída garantida ao analista quanto aos efeitos das suas manobras, seria possível cuidar de algum modo para que o analista não se cole nas armadilhas aí discutidas? Lacan (1959-1960/2008) apostava que um dos cuidados seria o analista estar constantemente advertido também dos ideais no campo da própria psicanálise.

Nesse sentido, faz-se oportuno resgatar a analogia já bastante explorada no subcapítulo anterior do analista como Mais-Um, termo, aliás, que carrega toda uma ambiguidade bem-vinda neste contexto. Jimenez (1994) dirá que, no cartel, aquele convocado na função de Mais-Um terá sempre de cuidar, pois isto pode significar “mais um” participante ou um lugar “a mais”. A armadilha consistiria em topar esta segunda opção análoga ao exemplo trazido acima sobre este lugar imaginário ao qual o analista pode ficar na equipe: de quem institui uma questão, por portar um saber, uma resposta. É, por isso, que a questão tem que se voltar para o próprio analista também, como Mais-Um a trabalhar na produção de um saber. Mais do que colocar a

escuta a serviço de um desejo de saber, seria mais compreensível dizer nos termos de um desejo de que um saber se produza, um saber que guarda uma relação com o singular, sobre a questão que se coloca.

A questão como resposta, assim, não é do analista enquanto alguém que sabe ou não; mas como um efeito possível de estrutura, discursivo. Para desenvolver melhor, toda vez que se propõe uma solução pela via do universal, do “para todos”, isto é feito às custas de uma exclusão: do impossível de universalizar, da impossibilidade de complementariedade entre sujeito e objeto. É este excluído, no lugar da verdade do discurso, que ao mesmo tempo: é mola propulsora do discurso, mas também é o que fica no lugar daquilo que ninguém nada quer saber. A única verdade que o analista sabe é que: não se pode saber toda a verdade sobre o gozo.

Desse modo, quando o analista, faz-se de morto no jogo das relações imaginárias na instituição, isto é, quando ele não topa responder consistentemente do lugar impossível de quem educa, governa, cura, pode-se ter por efeito lógico, de estrutura, o aparecimento do desejo. Responder desse modo não tem a ver com não dizer nada, ou não aceitar funções como a de supervisão ou de falar sobre um determinado caso, como os entrevistados trazem. Não se trata de não trabalhar, de fazer greve, de não se relacionar, de não aceitar cargos, mas de negar a ilusão daquilo que venha para completar, universalizar, ou seja, é manter-se em cada ato advertido da divisão. Tem a ver com produzir a partir de um saber que é “não-todo”: não há respostas definitivas, nem remédio universal, nem todos vão abrir mão da droga, outros vão ter a droga deslocada do lugar de única, alguns podem demandar tratar de outras questões.

Na equipe, se o analista é convocado para ser supervisor, uma saída encontrada por P3 foi estabelecer um tempo “*eu dava supervisão a quem me demandasse. Isto por um tempo, tudo tem um tempo para começar e de terminar...*” [sic] [itálicos nossos]. Quando chamado para operar no grupo, ainda que na parceria com outros colegas, é preciso lembrar:

tenta-se fazer a escuta de cada um dentro do grupo... cada um se apresenta...eu sou alcóolatra...o que mais que você é? Que cada um possa se apresentar com o que faz e se liga na vida. Intervenções que visam à singularidade no grupo também [sic] [itálicos nossos] (P3).

Se, ainda, nas reuniões ou trocas diárias, a ele é endereçado o lugar de quem resolve, de quem é o responsável pelo paciente, é possível apostar num trabalho para que cada um se implique a partir do que falta –

a equipe toma como fracasso, ironiza ‘seu filho está aí’ ‘o que você vai fazer’... eu digo, eu? E você? Da mesma forma que a gente faz com o paciente, a gente tem que fazer com a equipe também... tem que convocar a se implicar [sic] [itálicos nossos] (P3).

Como foi visto, talvez, não seja exatamente da mesma forma que com o paciente. No entanto, o que se mantém é que não há garantia quanto aos efeitos – na clínica ou na instituição. É importante que o analista se lembre que, no grupo institucional, num conjunto, o lugar da conjunção é aquilo que vem para amarrar, mas que sempre falha, e justamente, por isso, é que se pode produzir um trabalho novo.

Sendo assim, quando P3 diz: *“A psicanálise permite como solução que a gente não tem resposta pronta e que a gente vai ter que inventar... vai ter que responder sobre isso...”* [sic] [itálicos nossos]. O “sobre Isso” aqui pode ser lido também como “a partir disto”, desta falta de resposta pronta, ideal que é também produtora de um trabalho. Ou ainda, quando ela conta que é chamada o “tempo todo”, “não como psicanalista”, que é uma opção particular para sustentar a clínica, ela completa:

A cada momento que participo e a gente enquanto equipe vai pensando nos próprios furos que a gente está fazendo na instituição... com o grupo, com o caso a caso, a gente é convocada o tempo todo... não está separado o ser psicóloga agora, ou agora sou psicanalista... [sic] [itálicos nossos] (P3).

Mas é preciso ler insistentemente aí: como o ser e o analista estão sempre separados!

Nesse sentido, já que no lugar do analista tem-se uma falta, uma “falta-a-ser”, o lugar tão discutido neste trabalho, não seria propriamente do analista, mas da interpretação, na medida em que esta, enquanto ato, recoloca o \$ como efeito. Conforme colocado no subcapítulo anterior, acerca da instituição do discurso da histórica enquanto um efeito vai depender de como o analista, advertido de que não há solução toda (a), opera a sua tática de um outro lugar que não àquele que remete a uma resposta consistente, que fixa, define. A tática do analista também na instituição, na relação com outros saberes, é aquela que traz um efeito inverso ao de dar a resposta, ao de trazer um modo de fazer; mas evoca uma implicação com o furo e encoraja o trabalho no Um a Um da equipe. Trata-se, assim, não de tomar o discurso

analítico como bandeira, como oficial, mas de torna-lo operante, evocando que num lugar onde não há normas, resta a invenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final, é preciso retomar elementos cruciais desta trajetória indicativos de que, uma modificação se deu, enquanto pesquisadora, a partir desta experiência. Não se trata de um resgate apenas daquilo que foi possível avançar, mas também do que há de faltoso, do que não se resolve, o que possibilita um relançar da investigação para novas articulações clínico-teóricas.

É interessante retomar o que se apresenta para a pesquisadora, na chegada ao cenário clínico-institucional. Em síntese, por um lado, convocada pela equipe: “*esta é a Dra. que vai fazer o senhor parar de beber*”; por outro, convidada por um paciente, em grupo, a realizar “*façanhas*” para mantê-lo abstinente. Convite este que, a meu ver, já anunciava, no sentido mais corriqueiro do termo “*façanha*”, uma irônica impossibilidade aí guardada. Num contexto em que não se sabe o que fazer, busca-se um meio de sabê-lo. Modos de fazer que podem ser apresentados, imaginariamente, nas mais diversas versões, especialmente, se vierem previamente estabelecidos por um outro. E como havia de se esperar, uma resposta que se apresenta *a priori*, dirigi-nos, invariavelmente, a um saber já pronto, ideal. Era preciso, assim, transformar esta oferta inicial de implantação de uma resposta, de um modelo, num serviço de psicologia, numa questão de pesquisa sobre o método, mais especificamente, sobre o método psicanalítico, por meio do qual minha prática clínica se sustentava na instituição.

A sustentação de uma clínica analítica para além dos muros do consultório e das escolas de formação psicanalítica é uma aposta desde Freud e uma escolha cada vez mais recorrente dos analistas. Os desafios, no entanto, peculiares a este fazer são atualizados na experiência psicanalítica de cada um. Ao longo da minha experiência clínico-institucional, as diferenças discursivas intrínsecas a este contexto que são em última instância a possibilidade de trabalho, tornaram-se, em muitos momentos, razão de embaraços. A questão que me acompanhava após os atendimentos clínicos era: como prosseguir um trabalho que não se edifica sob a égide da normatividade, da universalização, da erradicação do sintoma, na relação com a equipe, numa instituição que tem justamente estes princípios como base?

Inserida mais especificamente no contexto da assistência a usuários de álcool e drogas, enquanto analistas, sabemos que a relação que um sujeito estabelece com o objeto droga, por exemplo, e o tratamento aí não poderá ter o seu curso alterado a revelia dele próprio, a partir de um aconselhamento, de um saber técnico que lhe é externo. Pelo contrário, a possibilidade de mudança aparece justamente ao contarmos com o saber – Inconsciente – do próprio paciente que, quando convocado, dá condições para que o paciente faça novos arranjos com os seus sintomas e tome decisões sobre o seu tratamento. Sabemos que ir além da lógica normativa, trabalhando orientados pela dimensão do Inconsciente tem efeitos, já que um sujeito pode se aproximar do seu modo de sofrer e promover retificações constantes. Trabalho este, inclusive, que apesar de orientados por objetivos distintos dos institucionais, pode trazer efeitos bem parecidos com o que se esperava, como um paciente alterar a sua relação com a droga por exemplo.

Entre os analistas, os efeitos possíveis do trabalho analítico parecem claros, mas a quem mais? Nas reuniões de equipe, nas elaborações de relatórios, dos protocolos, nas pesquisas, enfim, no cotidiano institucional, no qual não trabalhamos apenas entre pares, como tornar algo deste saber transmissível? Como trabalhar fora do par, sem que isto signifique fora de um laço? Decidi fazer do meu embaraço, a causa desta pesquisa de mestrado.

O primeiro procedimento metodológico adotado foi uma revisão sistemática da literatura que conjugava de diferentes modos os descritores: psicanálise, instituição, álcool, drogas, método. A partir disto, foi possível extrair três principais eixos de análise: eixo 1 – impasses na inserção – os textos, em geral, situavam as dificuldades do analista nas próprias diferenças discursivas inerentes à instituição, e não na relação que estes analistas estabeleciam com as mesmas. Quanto ao eixo 2 – lugar do analista – era tratado o lugar do analista na relação analista-analisante, com o paciente, mas não o lugar do analista na relação com outros discursos. Finalmente, o eixo 3 – respostas do analista – observou-se que pouco se desenvolvia acerca da articulação entre a psicanálise em intensão e em extensão.

Ainda que na lógica lacaniana psicanálise em intensão e em extensão estariam em uma continuidade moebiana, os textos apresentavam uma espécie de ruptura. Se, por um lado, do ponto de vista metodológico, na clínica com o paciente usuário de álcool e drogas havia uma vasta e rica construção teórica; por outro, havia um certo

silenciamento ou uma evidenciação exacerbada em termo das dificuldades do trabalho do analista para além da relação com o paciente.

Nesse sentido, uma primeira contribuição deste trabalho foi propor uma quebra nesta espécie de silenciamento e promover uma discussão que trouxesse o método de trabalho do analista na relação com outros saberes. A aposta é que isto poderia aparecer não apenas em termos de dificuldade, de obstáculo, mas como causa do trabalho analítico. A partir da estratégia metodológica de entrevistas com psicanalistas inseridos nestas instituições, foram formuladas questões a partir dos eixos extraídos da literatura. A ideia era que, a partir da troca com estes psicanalistas, pudéssemos avançar com algumas respostas: haveria uma estrutura metodológica no trabalho do analista com os outros profissionais? Se a psicanálise em intensão tem um método, seria o mesmo quando se fala da psicanálise em extensão? Como pensar nos operadores clínicos tais como transferência, interpretação em outra relação que não a com o analisante? Se o discurso do analista, por excelência, institui o trabalho de transferência, qual a sua operatividade quando o analista estiver em outro laço que não com o paciente?

Essas questões, mais do que respondidas pelas entrevistas, foram relançadas. Ainda que os entrevistados não tenham dado as respostas objetivamente, foi por tal experiência que pude construí-las numa nova articulação com os textos psicanalíticos. Não era exatamente o que se esperava ao propor a revisão de literatura e as entrevistas, mas foi por efeito deste desencontro que uma nova proposta se fez e um saber pôde ser construído a partir daí. É possível testemunhar, assim, como uma pesquisa em psicanálise implica sempre numa apropriação por parte do pesquisador que, em última instância, descobre um método que lhe é próprio na construção da pesquisa. O trabalho é sempre resultante desta apropriação, e não de uma apresentação ou reprodução daquilo que foi recolhido pelos procedimentos metodológicos adotados (entrevistas, revisão de literatura).

O contato com o texto da entrevista articulado, num primeiro momento, com os três eixos de análise extraídos da literatura possibilitou um novo olhar sobre as três noções clínicas de Lacan (1958/1998): tática, estratégia e política. Essas foram trabalhadas por Lacan, de início, no contexto clínico, convocando o analista na sua responsabilidade de fazer da sua ação terapêutica um método. Lacan discute, assim,

sobre os efeitos da direção do tratamento, problematizando o “como” se dirige um tratamento analítico, questão central para a presente pesquisa.

Uma outra contribuição deste trabalho, então, foi explorar a operatividade de tais noções lacanianas – tática, estratégia e política – quando se trata do trabalho do psicanalista na relação com outros saberes na instituição. Embora alguns psicanalistas lacanianos já viessem propondo articulações dessas noções com a psicanálise em extensão, muitas vezes, apareciam no contexto das instituições psicanalíticas, enfatizando a relação do analista com seus pares. Para além disto, a noção de Política era a que mais trazia articulações que ultrapassavam tal contexto psicanalítico. Sendo assim, contou-se com o campo bibliográfico laciano, desses outros autores e dos entrevistados, para compor um novo texto teórico-clínico reflexivo acerca da estrutura metodológica em torno do trabalho do analista para além da relação analista-analisante.

Na primeira articulação, foi retomado o aspecto da chegada do analista a uma instituição e dos possíveis impasses que poderiam se estabelecer. Como é sabido, desde o princípio, há uma diferença quanto à finalidade do tratamento proposto por um psicanalista e aquele demandado pela instituição enquanto um profissional que integra uma equipe de cuidados de usuários de álcool e drogas. Foi possível diferenciar que, embora a psicanálise não trabalhe com esta clínica tomando a “toxicomania” como um fenômeno, um problema de saúde, um sintoma a ser eliminado, mas como um significante que para cada sujeito poderá circunscrever um modo de gozo, um modo de se relacionar com o objeto; isto não é o mesmo que dizer que um psicanalista trabalha contra a proposta de saúde. Significa que a questão da “saúde” só se pode articular enquanto finalidade, desde que tomada como uma construção contínua, indeterminada, daquele sujeito e não como um ideal previamente estabelecido.

O impasse, assim, não se localiza nessas diferenças discursivas. O que pode se tornar um impasse ao analista é, justamente, se ele encontra como “solução” a eliminação de tais diferenças. Defender isto seria o mesmo que afirmar a política do Um, neste caso, não o Um no sentido psicanalítico, mas no sentido de um exercício de dominação por meio da psicanálise. Vê-se, pois, que os entraves podem estar muito mais do lado dos próprios ideais do analista. A própria ideia de encontrar uma “solução” pode parecer complicada, já que poderia levar o analista a buscar uma

saída específica, tão consistente quanto aquela da qual ele tentava se livrar. Saber da política do analista é trabalhar advertido da inconsistência e da irreprodutibilidade das intervenções. É preciso estar atento, a cada vez, aos elementos que emergem numa dada relação, seja com a equipe ou com o próprio paciente. Deste modo, afirmar que a um analista é impossível trabalhar a partir da política institucional, não é o mesmo que dizer de uma impossibilidade de trabalho com os demais colegas. Tampouco seria o mesmo que pregar à equipe como o analista trabalha e escuta os pacientes ou tornar a política do analista oficial. Trata-se, pelo contrário, de assumir que a política de um analista deveria passar por um discurso que não é o da mestria, do empuxo aos ideais e às identificações. Sustentar um discurso advertido é, independente da proposta terapêutica institucional como a redução de danos, a abstinência, ou ainda, no próprio trabalho de análise com um paciente, manter uma abertura para um movimento contínuo do sujeito. Por esta via, é possível, ainda, apostar em um trabalho psicanalítico em cooperação com uma equipe, desde que este não seja o objetivo, a finalidade em si, mas um efeito.

Um outro aspecto desenvolvido nesta pesquisa foi acerca dos meios para o analista operar a sua política no laço com outros discursos. Para isto, foram exploradas as noções de estratégia (transferência) e de tática (interpretação) no contexto das relações institucionais. Como destrinchar a indicação lacaniana de que o analista ancoraria a sua palavra e o seu ato na sua falta-a-ser, ou seja, na sua política? Para responder a tal questão, foi importante retomar a teoria dos discursos para tratar do lugar do analista no campo das relações institucionais e do seu ato a partir daí.

Quanto ao lugar do analista, esta dimensão não poderia ser trabalhada pelo fato do analista estar em alguma parte, dentro ou fora da instituição, mas sim numa relação específica. A especificidade desta relação não deve ser tomada imaginariamente pelo trabalho que ocorre entre analista-analisante, num *setting*, até porque estas condições por si só não garantem também um lugar ao analista. Não se trata, ainda, de transpor o trabalho de transferência peculiar ao *setting* analista-analisante, nem também de um recuo ao trabalho quando longe dele. Dito isto, vimos que a questão do lugar do analista estaria ligada a fazer funcionar uma modalidade de laço específica e esta discussão foi feita a partir da função do Mais-Um do dispositivo do Cartel, o qual foi cunhado para pensar no laço do analista para além da relação com o analisante. Este elemento do cartel tornou-se ainda mais interessante

por seu intrínseco esvaziamento identitário, sua “falta-a-ser”: não é um líder, não é um mestre, não é um professor.

A partir dos autores Soler (2016), Miller (1994) e Jimenez (1994), a estratégia do Mais-Um seria instaurar o discurso da histérica enquanto EFEITO. Sendo assim, ao se pensar no analista na instituição não se trataria, estritamente, de trabalhar com o “discurso do analista”, a partir do lugar de “a”, tomando os colegas como sujeitos divididos; nem mesmo trabalhar a partir do “discurso da histérica”, da sua própria divisão, do seu sintoma (\$), convocando, ao lugar do Outro, um mestre (S1). A ideia é que ali, onde se demanda uma relação pela via da mestria, o analista falte, recue e promova, como consequência lógica, um movimento, um giro que recoloca o \$ no lugar de agente, enquanto um efeito (discurso da histérica). Seria o que Soler (2016) chamou de “histeria analisante” para dizer de um discurso da histérica produzido pelo artifício do discurso do analista. Neste sentido, poder-se-ia pensar não no trabalho de transferência, mas numa transferência de trabalho, a qual pode se instituir na medida em que por esta função de Mais-Um, a instituição do desejo provoca a produção de um saber, tendo presente a sua relação com a impossibilidade de ser todo-saber.

Este aspecto do discurso do analista enquanto um artifício que promove um giro, um movimento no discurso, e não enquanto uma bandeira oficial ao qual o analista se agarra para dizer do seu lugar foi outro aspecto importante desenvolvido neste trabalho. Inclusive, para mostrar como os próprios operadores psicanalíticos podem estar a serviço de um ideal. Ao longo da pesquisa, vimos como é fácil escorregar para uma reflexão moral acerca de quem é ou não analista, de qual manejo estaria certo ou não. Mas como tratar disto no sentido de um rigor teórico-clínico, que possa ajudar o analista em sua prática, sem cair numa lógica moral? É algo que precisa ser colocado em constante debate. Há um equívoco colocado pela estrutura, do imaginário, e lidamos com isto o tempo todo, dentro e fora da instituição, com equipe e pacientes. Não há saída garantida e precavida para isto. Eu diria que a possibilidade de escrever, de transmitir e de refletir acerca do seu ofício é uma estratégia interessante para ficar advertido dos engodos do imaginário, mitigando os riscos de um exercício de poder e dominação, mas não livre deles.

Por fim, articulada a esta questão apresentada, problematizamos a dimensão da “resposta” do analista, a qual, muitas vezes, vem ainda articulada a um uso

equivocado e imaginário da tática do analista, a Interpretação. Interpretar não se confundiria com responder consistentemente, dar sentido, traduzir. Vimos como, especialmente no campo das instituições de assistência de álcool e drogas, alguns termos favorecem esta confusão: “dizer a verdade”, “trabalhar com o singular”, “produzir um trabalho em equipe”. Além disso, a própria lógica de encontrar uma “solução” aos usuários favorece, pelo tratamento, uma continuidade e não um rompimento com uma estrutura discursiva de dominação. Se alguns pacientes, por um lado, parecem estar sedentos por objetos que façam a função da droga, de uma espécie de reparação da rachadura estrutural; por outro, anunciam um sofrimento, justamente, por um encontro muito consistente com estes objetos. A questão é que, muitas vezes, o tratamento, mais do que favorecer questões a este sofrimento, vem ilusoriamente como mais um objeto definitivo, na forma de remédios, indicações de como se cuidar etc.

É preciso refletir, também, voltando tal problemática para o próprio campo psicanalítico. Não é difícil nos vermos seduzidos pelas ideias interessantes de ressocialização, redução de danos, projeto singular. Tudo isto é parte importante de um trabalho em equipe no cotidiano institucional. Faz-se necessária, no entanto, uma advertência, pois muitas destas propostas trazem, ainda que possivelmente na melhor das intenções, uma resposta praticamente uniforme, esperada, mesmo que considerada particularidades da história de vida de cada paciente. O analista, apesar de atento a isto, pode também cair neste mesmo engodo ao trazer, por exemplo, a ideia de “escolha específica do sujeito”, “invenção singular”. Ao longo da minha escrita, das minhas reflexões, pude ver de perto os riscos disto. É claro que acompanhamos as retificações e novas escolhas subjetivas nos tratamentos, mas não podemos perder de vista a impossibilidade de fechamento ou imobilidade do sujeito aí.

Discutimos, também, como a “resposta” do analista por uma via de abertura de questões pode cair numa lógica superegóica, veiculando, às vezes, uma “pergunta-censura”. O objetivo de problematizar isto não foi no sentido de pensar numa “precaução”, no que é certo ou errado, mas de incluir na discussão as dificuldades e riscos que a nossa prática nos coloca. Apostamos com este trabalho que tem uma função estar advertido de que os ideais também estão postos no campo da psicanálise, podendo inclusive mitigar algumas dessas armadilhas. Sendo assim, uma

outra contribuição é pensar que a “resposta” do analista na instituição não tem a ver com a oferta de um objeto, mas com oferecer condições, a partir de uma modalidade de laço específica, para que no UM a UM da equipe se trabalhe a partir da falta de objeto. A resposta tem a ver com um ato, cujo efeito recoloca um movimento de separação entre sujeito e objeto, entre o Um e o “a”. Neste sentido, para avançar na discussão, seria interessante ter desenvolvido uma articulação com os conceitos de ato e transmissão na psicanálise lacaniana.

Dadas às exigências de um trabalho institucional, é importante que o analista ao decidir trabalhar neste contexto, comprometa-se com uma permanente construção de um lugar. Quando se pensa no recuo ou não resposta do analista na instituição, certamente, não é um recuo ao trabalho. Recua-se diante do convite de responder consistentemente do lugar de mestria ou daquele que porta um saber todo. Isto não tem a ver com não falar nada, com trabalhar isoladamente, com ser ignorante, mas com uma aposta de trabalhar advertido da falta, da falta de complementariedade, de saídas e remédios universais e homogêneos. Sendo assim, pudemos saber, também, que a questão da construção de um lugar de trabalho para o analista na instituição, não se relaciona especificamente com um lugar para o analista, mas para o desejo.

Faz-se interessante, ainda, retomar o título desta pesquisa: *“a psicanálise nas instituições de assistência a usuários de álcool e drogas: a construção de um lugar”*, que guardadas todas as possibilidades de equívocos, pode ser tomado, agora, num outro sentido. Ao partirmos de um lugar físico – instituição -, de uma clínica específica - assistência a usuários de álcool e drogas - percebemos, no caminho, que quanto mais se tentava dizer do lugar para a psicanálise, ou ainda, para o psicanalista, mais distância se tomava das questões específicas da clínica com usuários de álcool e drogas. Não que o trabalho não tenha passado por isto, mas a construção de um lugar de trabalho para o analista não está nesta dependência. A questão não é o lugar da psicanálise, do psicanalista, numa instituição com uma clínica específica, nem tampouco de uma lógica pela via da expertise “psicanalista do álcool e drogas”, “psicanalista do transplante cardíaco” etc. Trata-se do analista considerar um lugar no campo das relações que preserve a sua ética, a ética do desejo. Neste sentido, é preciso considerar a relação do discurso analítico com os outros discursos, pois é a partir desta relação que se produz giro, movimento.

Como foi visto, se o analista recua no laço, diante da afirmação de ideais, de repostas que fixam, determinam o sujeito; há **lugar** para uma possível implicação com o furo, tornando operante a possibilidade de trabalho no Um a Um de uma equipe. Sendo assim, é possível escutar “*não recueis diante da instituição*” como não recuar diante da possibilidade de instituição de uma aposta, de um ato, a cada vez, que preserva o singular, naquilo que compromete o sujeito com a sua perene mobilidade e indeterminação. Por fim, ao mesmo tempo em que esta pesquisa grafa algo do Real próprio à transmissão da experiência, presentifica uma falta. Espera-se que esta falta seja causa e coloque em movimento a possibilidade de construções futuras.

REFERÊNCIAS¹

Abreu, D. N. (2008) A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, UERJ, 1 (8): 74-82.

Alberti, S., Elia, L. (2000). *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos.

Alberti, S. (1994). Cartel e o Real de uma dissolução. In: Jimenez, S. (Org). *O cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus.

Birman, J. (2011). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Brasil. Ministério da Saúde (2003). *A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da saúde, 2003.

Brasil. (2009) Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 364 p.

Bucher, R., Oliveira, S. R. M. (1994). O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. *Rev. Saúde Pública*, 2 (28): 137-45.

Bueno, D. S., Pereira, M. E. C. (2002). Sobre a situação analítica: a experiência de psicoterapia psicanalítica no hospital universitário da Unicamp. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 15 (157): 15-24.

Calazans, R. (2008). Psicanálise e Política. *Rev. Psicologia e Política*, 8 (15), 17-30.

Caligaris, C. (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Artes médicas: Porto Alegre, 1989.

¹ De acordo com o estilo APA (*American Psychological Association*).

Campos, C. J. G.; Turato, E. R. (2009) Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev. Latino-Am. enfermagem*, v. 17, n.2.

Castro, J. E., Ferrari, I. F. (2013). *O desejo do psicanalista e sua implicação na transferência segundo o ensino de Lacan*. *Psicol. clin.* vol.25 no.2 Rio de Janeiro.

Chatelard, D. S.; Landi, E. C. (2015). *O lugar do analista e a ética do desejo*. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v.47.2, p. 156-170.

Chaves, E, Rocha, Z. (2007). O toxicômano e o psicanalista: um encontro possível? *Pulsional Revista Psicanálise*, 20(191): 5-11.

Chechia, M. A. (2012). *Sobre a política na obra e na clínica de Jacques Lacan*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Conte, M. (2002). A clínica institucional com toxicômanos: uma perspectiva psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5 (2): 28-43.

Coutinho Jorge, M. A., Ferreira, N. P. (2011). *Freud: criador da psicanálise*. *Psicanálise Passo a Passo*: Zahar.

Duarte, P. C. A Stempluk, V. A., Barroso, L. P. (2009). *Relatório Brasileiro sobre Drogas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Dunker, C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica – uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.

Figueiredo, A. C. (2005). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, 3(5), 43-55.

Figueiredo, A. C. (2002). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Figueiredo, A. C., Vieira, M. A. (1997). *Sobre a supervisão: do saber sobre a psicanálise ao saber psicanalítico*. Cadernos IPUB (UFRJ), Rio de Janeiro, v. 9, p. 25-30.

Fontana, A. & Frey, J. H. (2000). The interview: from structured questions to negotiated text. In: N. Denzin & Y.S. Lincoln (orgs), Handbook of qualitative research. Londo: Sage Publications Inc.

Fraser, M. T. D.; Gondim, S. M. G. (2004). *Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista qualitativa*. Paidéia, v. 14, n. 28, p. 139-152.

Freud, S. (2006). A dinâmica da transferência. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 12: O caso Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho Original publicado em 1912)

Freud, S. (2006). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 12: O caso Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho Original publicado em 1913)

Freud, S. (2006). Recordar, repetir e elaborar. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 12: O caso Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho Original publicado em 1914).

Freud, S. (2006). O instinto e suas vicissitudes. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14: A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho Original publicado em 1915)

Freud, S. (2006). O mal-estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 21: O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho Original publicado em 1930).

Freud, S. (2006). Além do Princípio de Prazer. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 18: Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho Original publicado em 1920).

Freud, S. (2006). Moisés e o monoteísmo: três ensaios. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (V. 23: Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho Original publicado em 1939).

Gianesi, A. P. L. (2005). *A toxicomania e o sujeito da psicanálise*. *Psychê*, 9 (15): 125-138.

Goldenberg, R. (2006). *Política e Psicanálise. Psicanálise Passo a Passo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Grant, B.F., Dawson, D.A., Stinson, F.S., Chou, S.P., Dufuor, M. C., Pickering, R. P. (2004). *The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991–1992 and 2001–2002*. *Drug and alcohol dependence*, 74(3): 223-234.

Guedes, C. R, Nogueira, M. I., Camargo Jr, K. R. (2006) A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (4): 1093-1103.

Iribarry, I. N. *O que é pesquisa psicanalítica? Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 115-138, Junho 2003.

Jané-Llopis, E., Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: are view of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25, 515–536.

Jimenez, S. (1994). *O Cartel*. In: *Jimenez, S. (Org). O cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

Jorge, M. A. C. (2002). Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: *Saber, Verdade e gozo: leituras de O seminário*,

livro 17, de Jacques Lacan. Doris Rinaldi e Marcos Antônio Coutinho Jorge (orgs.). RJ: Rio Ambiciosos.

Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In: *J. Lacan, Escritos* (V. Ribeiro, trad.), Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho Original publicado em 1958).

Lacan, J. (2016). *O seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação* (C. Berliner, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho Original publicado em 1958-1959).

Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho Original publicado em 1959-1960).

Lacan, J. (1998). O seminário sobre “A carta roubada”. In: *J. Lacan, Escritos*, (V. Ribeiro, trad.), Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho Original publicado em 1966).

Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, 32:8-14. (Trabalho Original publicado em 1966).

Lacan, J. (2007). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho Original publicado em 1969-1970).

Lacan, J. (1980). “O outro falta”. *Revista da Letra Freudiana*. Escola, psicanálise e transmissão: documentos para uma Escola. Op.cit.

Laurent, E. (1995). *Versões da clínica psicanalítica*. Tradução, Vera Ribeiro; revisão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 248 p.

Laurent, E. (2014). Três observações sobre a toxicomania. In: *Tratamento possível das toxicomanias*, (M. Mezêncio, M. Rosa, M. Wilma (org). Belo Horizonte: Scriptum.

Laranjeira, R, Madruga C. S., Pinsky, I., Caetano, R., Ribeiro, M., Mitsuhiro, S (2014). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012*. São Paulo: INPAD.

Lispector, C. (2009). *A paixão segundo G. H.* Rio de Janeiro: Rocco. (Trabalho Original publicado em 1964).

Macrae, E. Antropologia: *Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos*. In: Seibel, S. D. e Toscano, Jr. A. (2001). *Dependência de Drogas*, São Paulo: Atheneu: 25-34.

Meloni, JN, Laranjeira, R. (2004) Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 26 (1): 7-10.

Miller, J. A. (1994). Cinco Variações sobre o tema da elaboração provocada. In: Jimenez, S. (Org). *O cartel: conceito e funcionamento na escola de Lacan*. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, 13 (1).

Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moretto, M. L. T. (2006). *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do outro em si*. [Tese doutorado/ Inst. Psic. USP], São Paulo.

Moura, E.C., Malta, D. C. (2011). Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: características sociodemográficas e tendência. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14 (1): 61-70.

Nasio, J. D. (1993). *5 lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 170 p.

Neto, A. N. (2006). A pesquisa psicanalítica. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 39(70): 279-288.

Nogueira, L. C. (2004). *Aula Pesquisa em Psicanálise*. *Psicologia USP*, 15 (1/2), 83-106.

Oliveira, I. M. A (2003). As inscrições de um corpo – considerações sobre uma oficina de Escrita com toxicômanos num centro de recuperação. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4 (2).

Pacheco Filho, R. A. (2007). Toxicomania: um modo fracassado de lidar com a falta estrutural do sujeito e com as contradições da sociedade. *Mental*, 5(9), 29-45.

Parolin, M.B., Coelho, J. C. U, Igreja, M, Pedroso, M. L, Groth, A. K., Gonçalves, C. G. (2002). Resultados do transplante de fígado na doença hepática alcoólica. *Arq Gastroenterol*, 39 (3): 147-152.

Quinet, A. (1991). *As 4+1 condições da análise*. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro.

Quinet, A. (2009). *A estranheza da psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Quinet, A. (2012). *Os Outros em Lacan*. Psicanálise Passo a Passo: Zahar.

Rehm, J., Samokhvalov, AV, Neuman, MG, Room R, Parry C, Lönnroth K (2009). The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health*. 2009;9:450.

Ribeiro, C. T. (2009). *Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade*. *Ágora*, Rio de Janeiro, 12 (2): 333-346.

Romanini, M, Roso, A. (2012). *Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo*. *Psicologia USP*, São Paulo, 23 (2): 1-23.

Santiago, J. (2001). *A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

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

Simões, J. A. Prefácio. In: Labate, B. C., Goulart, S, Fiore, M, MacRae, E, Carneiro, H. (2008). *Drogas e Cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA.

Tenório, F. (2001). Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: Quinet, A. *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Soeiro, S. (2011). Os discursos e os modos de gozo. In: Teixeira, M. R. (org) *O Sintoma e o mal-estar nos discursos*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 262 p.

Soler, C. (1995). Interpretação: as respostas do analista. In: *Opção Lacaniana*. São Paulo: Eolia, v.13. p.20-38.

Soler, C. (1998). *A psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

Soler, C. (2016). *O que faz laço?* São Paulo: Escuta.

Tatit, I. (2016). *A noção de singularidade na psicanálise lacaniana: aspectos teóricos, clínicos e sociais*. Tese doutorado – Programa de Pós-graduação em psicologia clínica – Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo.

Teixeira, A. (2011). Incompatibilidades entre o discurso psicanalítico e o discurso capitalista. In: Teixeira, M. R. (org) *O Sintoma e o mal-estar nos discursos*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 262 p.

Viganò, C. (2002). Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira. *Conferência proferida no Conselho Regional de Enfermagem*.

Viganò, C. (2006). Da instituição ao discurso. *Rev. Mental*. vol.4, n.6, pp. 33-40.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA

A PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES DE ASSISTÊNCIA A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS: A CONSTRUÇÃO DE UM LUGAR

Autora: Isabela Cristina Batista Ledo

Orientadora: Prof^a Dra^a Maria Livia Tourinho Moretto

Contato autora: isabela.ledo@gmail.com

*Programa: Programa de Pós-graduação do Instituto de Psicologia Clínica da
Universidade de São Paulo*

Nível: Mestrado

QUESTIONÁRIO ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

- 2- Como você desenvolve o seu trabalho?
- 2- Como foi a sua chegada na instituição?
- 3- Como funciona o contexto institucional?
- 4- Você se deparou com dificuldades? Quais?
- 5- Você lançou mão de alguma estratégia para contornar estas dificuldades?
- 13- Quando você é chamado? Você poderia trazer exemplos?
- 14- Como se dá o atendimento clínico?
- 15- Você destacaria algum aspecto específico da direção do tratamento na clínica com usuários de álcool/drogas?
- 16- Tem alguma especificidade de um trabalho clínico psicanalítico numa instituição de saúde que presta assistência a usuários de álcool/drogas? Qual?
- 17- Quais os alcances e limites do seu trabalho?
- 18- Há troca entre os outros profissionais? Se sim, como é feita esta troca?

19- Você recorre a alguma base teórica para sustentar o seu trabalho?

Quais?

20- Como se deu sua formação?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: A psicanálise nas instituições de assistência a usuários de álcool e drogas: a construção de um lugar

2. PESQUISADOR: Isabela Cristina Batista Ledo

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 06/109941

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: Março de 2015 a Abril de 2017

Esta pesquisa pretende investigar os métodos de trabalho que têm sido propostos por psicanalistas em instituições de assistência a usuários de álcool e drogas. Uma revisão sistemática da literatura teve uma função de situar o prisma pelo qual a questão dos métodos de trabalho dos psicanalistas no contexto em voga vem sendo discutida até o momento. Esse mapeamento permitiu que novas questões pudessem ser estabelecidas. Para podermos avançar na produção de novas respostas, assim, pensou-se que seria importante que a investigação se seguisse a partir do contato direto com os psicanalistas que desenvolvem trabalhos nas instituições de assistência a usuários de álcool e drogas através de entrevistas semiestruturadas.

Acreditamos que a pesquisa, tem o potencial de beneficiar diretamente os participantes deste estudo, pois pode favorecer uma ampliação da capacidade de análise do próprio trabalho. Além disso, os resultados poderão ser utilizados para ampliar a discussão teórica dos métodos de trabalho do psicanalista nas instituições, podendo embasar a construção de medidas e estratégias singulares no contexto laboral.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo nunca a identificação de dados ou da identidade dos participantes. Assim garantimos o sigilo sobre sua participação.

Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é Isabela Cristina Batista Ledo que pode ser encontrada no endereço Rua Humberto I, 348, sala 03, Vila Mariana, São Paulo, Telefone: (11) 98268-3897. A professora responsável é Maria Lívia Tourinho Moretto que pode ser encontrada: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco F, CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. E-mail: liviamoretto@usp.br.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH - IPUSP) – Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. E-mail: ceph.ip@usp.br Tel. (11) 3091-4182. O atendimento é de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 14h às 16h.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Está assegurado ao participante uma via deste termo de consentimento.

Eu, _____
_____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante/representante legal Data ____ / ____ / ____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Isabela Cristina Batista Ledo Data ____ / ____ / ____
Responsável pelo estudo