

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**A PSICANÁLISE APLICADA NO ESPAÇO DAS COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Marcelo Soares Cotta

Belo Horizonte
2015

Marcelo Soares Cotta

**A PSICANÁLISE APLICADA NO ESPAÇO DAS COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Ilka Franco Ferrari

Belo Horizonte

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

C846p Cotta, Marcelo Soares
A psicanálise aplicada no espaço das comunidades terapêuticas para
tratamento de dependência química / Marcelo Soares Cotta. Belo Horizonte,
2015.
106f.

Orientadora: Ilka Franco Ferrari
Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Psicanálise. 2. Toxicomania. 3. Drogas. 4. Dependência (Psicologia).
I. Ferrari, Ilka Franco. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 615.9

Marcelo Soares Cotta

**A PSICANÁLISE APLICADA NO ESPAÇO DAS COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Dra. Ilka Franco Ferrari – PUC Minas

Dr. Luis Flávio Couto – PUC Minas

Dr. Oswaldo França Neto – UFMG

Belo Horizonte, Fevereiro de 2015

*Aos meus pais pelo apoio e
confiança incondicional*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais José Maurício e Silvia que proporcionaram a realização deste sonho. Sem sua ajuda isto seria improvável

Ao meu irmão, minhas irmãs, sobrinhos e sobrinhas que suportaram bravamente os períodos de desassossego

À Ilka Franco Ferrari que me orientou e apoiou-me nos momentos em que duvidei de minha capacidade

Aos colegas e em especial a Cione, Paula e Alexandre que tiveram papel crucial na caminhada

Aos professores e equipe da secretaria da PUC Minas pelos ensinamentos, apoio e cordialidade

A todos que, de alguma forma, contribuíram para esta construção.

O princípio de prazer parece, na realidade, servir aos instintos [pulsão] de morte. É verdade que mantém guarda sobre os estímulos provindos de fora, que são encarados como perigosos? por ambos os tipos de instintos [pulsões], mas se acha mais especialmente em guarda contra os aumentos de estimulação provindos de dentro, que tornariam mais difícil a tarefa de viver. Isso, por sua vez, levanta uma infinidade de outras questões, para as quais, no presente, não podemos encontrar resposta. Temos de ser pacientes e aguardar novos métodos e ocasiões de pesquisa. Devemos estar prontos, também, para abandonar um caminho que estivemos seguindo por certo tempo, se parecer que ele não leva a qualquer bom fim. (FREUD, 1920, p. 85)

RESUMO

Nesta dissertação de mestrado realizou-se um estudo com o objetivo geral de pesquisar a prática do profissional orientado pela psicanálise, nas Comunidades Terapêuticas destinadas ao tratamento da dependência química, construídas a partir dos componentes genéricos sistematizados por George De Leon. Os capítulos foram estruturados pormenorizando os objetivos específicos. O primeiro deles consiste em circunscrever a psicanálise aplicada no contexto das instituições, o segundo trata da investigação do contexto de criação das Comunidades Terapêuticas e o atual modo de seus funcionamentos, e no terceiro são estabelecidos os pontos de possíveis encontros e desencontros entre psicanálise e as instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas, a partir das entrevistas com profissionais trabalhadores das duas instituições pesquisadas. Sigmund Freud já ensinava que, para que o trabalho orientado pela psicanálise possa acontecer, sem que seu discurso seja distorcido ou se dissolva nos demais discursos, é necessário o rigor na formação do analista, sempre baseada no tripé reafirmado pelo psicanalista francês Jacques Lacan: formação teórica, análise pessoal, supervisão clínica. Através das informações obtidas pelas entrevistas realizadas pode-se dizer que possivelmente o único ponto de encontro entre a prática da psicanálise e o tratamento nestas instituições é a necessidade de colocar um ponto de basta no gozo mortífero em que se encontra o toxicômano. A forma de fazê-lo, no entanto, estando em uma orientação e em outra, revela vários pontos de desencontro. O profissional orientado pela psicanálise se guia pela ética e princípios psicanalíticos, coloca em perspectiva o sujeito e não os ideais de moderação e do bem, em direção a refrear o gozo em nome da convivência em comunidade. Marie-Hélène Brousse, psicanalista reconhecida pelo trabalho prático e teórico que desenvolve, na atualidade, isolou três pontos de ancoragem que não podem ser perdidos de vista quando se trata de praticar psicanálise: operar segundo o referencial do SsS, ou seja, sujeito suposto saber (a transferência); sustentar o S barrado (\$), sujeito do inconsciente enquanto saber textual e não simplesmente um referencial, e manutenção, no horizonte, da dimensão do A barrado (\bar{A}), do Outro que não existe. O número de profissionais orientados pela psicanálise e trabalhando nestas instituições é pequeno, mas a potencialidade de trabalho existe.

Palavras-chave: Psicanálise. Psicanálise Aplicada. Toxicomania. Comunidade Terapêutica. Dependência Química.

ABSTRACT

In this master thesis a study was carried out with an overall objective to investigate the practice of professionals oriented by psychoanalysis, in Therapeutic Communities for the treatment of chemical dependency which were built from generic components systematized by George De Leon. The chapters were structured detailing the specific objectives. The first one is to circumscribe the applied psychoanalysis in the context of institutions, the second one investigates the context of the creation of Therapeutic Communities as well as the current mode of its workings. The third chapter sets the possible points of agreements and disagreements between psychoanalysis and institutions known as therapeutic communities, based on interviews with professional workers from the two researched institutions. Sigmund Freud already taught that for the work guided by psychoanalysis happens without his speech is distorted or dissolves by other speeches, the rigorous training of the analyst is necessary, always based on the tripod reaffirmed by the French psychoanalyst Jacques Lacan: theoretical formation, personal analysis, clinical supervision. Through the information obtained by the interviews it can be said that possibly the only meeting between the practice of psychoanalysis and treatment in these institutions is the need to stop to the deadly enjoyment that the addict lies on. The way to do it, however, being in one orientation or another, reveals several points of disagreement. The professional oriented by psychoanalysis is guided by ethics and principles by psychoanalysis, puts into perspective the subject and not the ideals of moderation and good, toward restrain the enjoyment on behalf of living in community. Marie-Hélène Brousse, psychoanalyst recognized by the practical and theoretical work that develops, currently, separated three anchor points that cannot be lost sight of when it comes to practicing psychoanalysis: operate under the reference of SsS, subject supposed to know (transfer); sustain the barred S (\$), subject of the unconscious as knowledge textual and not just a reference, and maintenance on the horizon, the dimension of the barred (\bar{A}), the Other that does not exist. The number of professionals oriented by psychoanalysis and working in these institutions is small, but the work capability exists.

Keywords: Psychoanalysis. Applied Psychoanalysis. Drug addiction. Therapeutic Community. Chemical Dependency.

LISTA DE ABREVIATURAS

AA – Alcoólicos Anônimos

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CT – Comunidade Terapêutica

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

INPAD – Instituto Nacional de Pesquisa de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas

OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

OMID – Observatório Mineiro de Informações Sobre Drogas

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

UNIAD - Unidade de Pesquisa em Álcool e drogas

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1. INTRODUÇÃO | 5 |
| 2. PSICANÁLISE E SUAS APLICAÇÕES | 17 |
| 2.1 Aurora da Psicanálise Aplicada e o desafio da não dissolução..... | 18 |
| 2.2 Psicanálise Aplicada à Terapêutica | 25 |
| 2.3 Psicanálise Pura, Psicanálise Aplicada e Psicoterapia..... | 27 |
| 2.4 Psicanálise Aplicada e o Universal..... | 36 |
| 3. ORIGEM DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS | 39 |
| 3.1 As Comunidades Terapêuticas no Brasil..... | 47 |
| 3.2 Observações sobre o modelo de tratamento em Comunidades Terapêuticas | 50 |
| 4 O QUE DISSERAM OS PROFISSIONAIS..... | 56 |
| 4.1 Percurso pela a psicanálise: semelhanças no ingresso e diferenças na filiação a instituições psicanalíticas | 58 |
| 4.2 Comunidades Terapêuticas: semelhanças e particularidades | 59 |
| 4.3 O encontro dos profissionais com as instituições em que trabalham | 60 |
| 4.4 O trabalho dos profissionais na instituição: semelhanças nas atividades..... | 61 |
| 4.5 O trabalho dos profissionais na instituição: diferenças na inserção | 61 |
| 4.6 Comunidade Terapêutica: convivência de vários discursos | 62 |
| 4.7 A inserção da psicanálise: foco no sintoma e técnica..... | 63 |
| 4.8 A presença de ex-usuários como coordenadores: experiência e rigidez | 64 |
| 4.9 A chegada: qualidade do acolhimento e busca do singular | 64 |
| 4.10 Agressividade como resposta à abstinência, e punição como forma de educação . | 65 |
| 4.11 Retificação subjetiva e fim da internação: momentos de impasse para os internos | 65 |
| 5 DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES..... | 66 |
| 5.1 Formação teórica do profissional e o toxicômano..... | 66 |
| 5.2 Componentes Genéricos de uma Comunidade Terapêutica | 70 |
| 5.3 Equipe terapêutica entre a cruz e a espada: sujeito X demanda institucional | 77 |
| 5.4 Acolhimento e demanda | 82 |
| 5.5 Comunidade Terapêutica e seu Totem e Tabu | 86 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 90 |
| REFERÊNCIAS | 95 |
| ANEXOS | 103 |

1. INTRODUÇÃO

A proposta desta dissertação originou-se da experiência do pesquisador, durante 05 (cinco) anos realizando atendimentos grupais e individuais, com adictos e seus familiares, em uma Comunidade Terapêutica (CT). Essa instituição foi criada, originalmente, por praticantes da Religião Católica, envolvidos com o tratamento de adictos desde 1979, e atualmente, 90% dos internos são usuários de crack.

O tratamento da toxicomania, em CTs, foi incluído, pelo Governo Federal em programa contra o crack (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). Existe grande e crescente incidência dos usuários de crack entre os internos de CT e, segundo o Portal de Notícias do Jornal do Senado (BRASIL, 2011a), mais de 02 (dois) milhões de brasileiros usam o crack, cujo poder destrutivo é superior ao da maioria das substâncias ilícitas, devido ao fácil acesso, alta letalidade e precocidade do primeiro uso. O crescimento no consumo de crack, segundo dados de 2001 e 2005, do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo Obid (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), aponta que o percentual dos que já experimentam crack quase dobrou, passando de 0,4 % para 0,7 %, (BRASIL 2013b). Com base em dados coletados em 2006 e em 2012, um estudo do Instituto Nacional de Pesquisa de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), revelou que o Brasil é o maior mercado de crack do mundo.

A experiência do pesquisador como profissional de equipe terapêutica em CT que segue a orientação dos componentes genéricos sistematizados por George de Leon (2003), fez com que ele presenciasse constantes conflitos entre internos, entre internos e a coordenação, constatasse falta de recursos simbólicos dos toxicômanos e a ambivalência de seus sentimentos, ora demandando tratamento, ora refutando qualquer mudança em seu modo de viver. O que constituía desafios diários enfrentados no curso do tratamento. O trabalho em tal instituição fazia com que se presenciasse, ainda, situações onde a autoajuda não se encaixa, levantando uma série de questões. Entre elas, a que mais chamou a atenção do pesquisador pode assim ser dita: como pensar o possível trabalho de um profissional orientado pela psicanálise, nessas CTs que propõem o tratamento com isolamento da comunidade, mas, em ambiente de comunidade, cultivando a ideia de companheiros como modelos de atuação em dia estruturado, o trabalho como terapia e educação, o treinamento de conscientização e

crescimento emocional. Dizendo de outro modo, como pensar a psicanálise inserida em meio a discursos tão distintos, e mesmo assim poder dizer que ali há trabalho sob orientação psicanalítica? E essa nada simples questão abriu caminho para essa dissertação de Mestrado.

Sigmund Freud já ensinava que para o trabalho orientado pela psicanálise possa acontecer, sem que seu discurso seja distorcido ou se dissolva nos demais discursos, é necessário o rigor na formação do analista, sempre baseada no tripé reafirmado pelo psicanalista francês Jacques Lacan (1998a): formação teórica, análise pessoal, supervisão clínica. Isso faz com que o profissional que está nas instituições não se esqueça de que a aplicação da psicanálise requer, segundo a psicanalista francesa Marie-Hélène Brousse (2007), três pontos de ancoragem: 1: operar segundo o referencial do SsS (a transferência); 2: sustentar o S barrado (\$), ou seja, o sujeito do inconsciente, enquanto saber textual e não simplesmente um referencial; 3: manter no horizonte a dimensão do A barrado (\bar{A}), o Outro que não existe. Na concordância com o que escreve essa autora parte-se, portanto, da hipótese de que tais pontos de ancoragem sustentam o trabalho do profissional orientado pela psicanálise, em diferentes instituições e distintas funções que possam exercer nas mesmas, inclusive nas CTs com a orientação de George De Leon.

Com o objetivo geral de pesquisar a prática do profissional orientado pela psicanálise, nas Comunidades Terapêuticas destinadas ao tratamento da dependência química, construídas a partir dos componentes genéricos sistematizados por George De Leon (2003). Os capítulos foram estruturados pormenorizando os objetivos específicos. O primeiro deles consiste em circunscrever a psicanálise aplicada no contexto das instituições, o segundo trata da investigação do contexto de criação das Comunidades Terapêuticas, e o atual modo de funcionamento destas, estruturadas com o que se conhece como componentes de um modelo genérico de CT, segundo De Leon. Para finalizar a dissertação são estabelecidos os pontos de possíveis encontros e desencontros entre psicanálise e as instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas, a partir das entrevistas e pesquisa realizada.

Nesse estudo, uma pesquisa qualitativa, os procedimentos metodológicos utilizados na construção da resposta para o problema levantado, cumprindo os objetivos propostos, consistiram em elaboração de entrevista semiestruturada a ser realizada com praticantes de psicanálise que trabalham em CTs, no Brasil, ademais, obviamente, de estudo teórico sobre o assunto.

A pesquisa qualitativa é orientada para a análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais. Portanto, a pesquisa qualitativa está em condições de traçar caminhos para a psicologia e as ciências sociais concretizarem as tendências mencionadas por Toulmin, de transformá-las em programas de pesquisa e de manter a flexibilidade necessária em relação a seus objetivos e tarefas (FLICK, 2004, p. 28).

Esta abordagem permite abordar a complexidade e a profundidade dos elementos subjetivos implicados no problema pesquisado, desta forma, é possível elaborar uma reflexão crítica acerca do objeto de estudo, ciente de que os produtos de uma pesquisa são aproximações provisórias e temporais da realidade.

As CTs estão presentes nos estados brasileiros, mas não contam, necessariamente, com profissionais orientados pela psicanálise, em seu quadro profissional, condição necessária para integrar este estudo. Elas não possuem uma orientação única no atendimento terapêutico oferecido a seus usuários, o que exigiu pesquisa detalhada identificando aquelas que cumpriam o requisito necessário ao desenvolvimento desse trabalho.

Diante deste quadro realizou-se ampla pesquisa, em território nacional, com o intuito de identificar o profissional orientado pela psicanálise que trabalha em CTs. Identificou-se nada mais que 2 (duas) instituições que possuem, em seu quadro profissional, trabalhador com tais características. A decisão tomada, dadas as circunstâncias apresentadas, foi a de incluir 1 (um) profissional de cada instituição, totalizando dois profissionais que cumpriam a exigência do estudo proposto, entre as instituições consultadas, independentemente da cidade ou estado em que vivem. Os profissionais e as instituições em que trabalham foram contatados, e receberam cópia do projeto para maiores esclarecimentos. O modelo de “Autorização da Instituição” encontra-se no Anexo 1, e o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” para os sujeitos participantes, encontra-se no Anexo 2, segundo Resolução CNS 466/12. Na CT em que havia mais de um profissional, a escolha sobre qual participaria da entrevista ficou a cargo do responsável terapêutico da instituição.

Para obtenção do material empírico realizaram-se entrevistas semiestruturadas que enfatizaram, na impossibilidade da dissertação dar conta da análise de todos os componentes genéricos de De Leon, citados anteriormente, os seguintes temas: a proposta do tratamento com isolamento da comunidade, mas, em ambiente de comunidade, cultivando a ideia de companheiros como modelos de atuação em dia

estruturado; o trabalho como terapia e educação; o treinamento de conscientização e crescimento emocional.

A entrevista semiestruturada, de acordo com Flick (2004, p. 89), tem sido amplamente utilizada e atraído interesse, devido “à expectativa de que é mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista, com um planejamento relativamente aberto do que em uma entrevista padronizada ou em um questionário”. E completa:

A vantagem desse método é que o uso consistente de um guia da entrevista aumenta a comparabilidade dos dados, e sua estruturação é intensificada como resultado das questões do guia. Se os enunciados concretos sobre um assunto forem o objetivo da coleta de dados, uma entrevista semi-estruturada será a maneira mais econômica (FLICK, 2004, p. 107).

Vale dizer que se garantiu o espaço da livre associação, do aparecimento de novos assuntos, ideias que não necessariamente estavam dentro das perguntas pré-estabelecidas. As entrevistas foram gravadas, transcritas, e realizadas nas próprias instituições, que disponibilizaram instalações adequadas, com garantia de sigilo. As perguntas orientadoras estão relacionadas no Anexo 3. Todo o material será arquivado por cinco anos, sob guarda do pesquisador responsável. Passado esse prazo será destruído.

A análise das entrevistas foi feita por meio de análise de discurso, que rejeita a noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo sendo, portanto, “uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social.” (BAUER; GASKELL, 2002, p. 244). Para Lima (2003, p.82), a análise do discurso visa isolar as relações complexas entre lugares e formações imaginárias, procura o significado, o efeito de sentidos do que é dito e não dito: “em geral, o analista não estuda a totalidade de um universo discursivo, mas ele extrai dela um subconjunto, que podemos denominar *corpus*, constituído de pelo menos dois posicionamentos discursivos, mantendo relações particularmente fortes.” A análise de discurso visa apurar os diversos campos discursivos que se interagem em um momento, delimitando-os.

Ao utilizar esta técnica na análise dos dados

os analistas de discurso veem todo discurso como prática social. A linguagem, então, não é vista como um mero epifenômeno, mas como uma prática em si mesma. As pessoas empregam o discurso para fazer coisas - para acusar, para pedir desculpas, para se apresentar de uma maneira aceitável, etc. Realçar isto e sublinhar o fato de que o discurso não ocorre em um vácuo social. Como atores sociais, nós estamos continuamente nos orientando pelo contexto interpretativo em que nos encontramos e construímos nosso discurso para nos ajustarmos a esse contexto. [...] Para

tomar um exemplo concreto, alguém pode dar uma explicação diferente do que fez na noite anterior, dependendo do fato de que quem pergunta é sua mãe, seu chefe ou seu melhor amigo (BAUER; GASKELL, 2002, p. 248).

Neste momento da pesquisa interessou identificar os padrões e funções do discurso de maneira crítica, considerando sua consistência, as orientações teórico-práticas da psicanálise que baliza seu trabalho, bem como o percurso do profissional com a psicanálise. É importante colocar que

A análise de discurso não procura identificar processos universais e, na verdade, os analistas de discurso criticam a noção de que tais generalizações são possíveis, argumentando que o discurso é sempre circunstancial-construído a partir de recursos interpretativos particulares, e tendo em mira contextos específicos. (BAUER; GASKELL, 2002, p. 264).

De acordo com análise das entrevistas realizadas com profissionais orientados pela psicanálise que trabalham em CTs, pode-se constatar que eles estão transferidos com a psicanálise desde sua formação em psicologia e, também, que estão no início de suas carreiras. Um fato recorrente, em suas palavras, é a grande demanda institucional para os profissionais apagarem incêndios, atender internos que apresentam atuações, contornar discussões entre internos, onde é flagrante a utilização do recurso da agressividade pelos pacientes para resolverem suas diferenças. Os entrevistados relatam, também, a pouca interferência dos gestores na forma como o trabalho é executado, proporcionando liberdade para o profissional executar sua função. Eles acreditam que, apesar dos impasses e distância entre CT e psicanálise existe a possibilidade de aplicação da psicanálise nestas instituições e mais, sua presença é fundamental, propiciando um lugar de exceção onde a singularidade do sujeito se faz presente.

Em relação aos benefícios para os sujeitos da pesquisa, é possível destacar a possibilidade de que avaliem pontos de sua prática clínica, despertem pontos a serem atualizados, revejam sua atuação em seu local de trabalho, criando assim um cenário de crescimento e ampliação de horizontes.

O tratamento da dependência química, em CTs, tem como referência as orientações que George De Leon (2003, p. 408), como já foi mencionado, sistematizou como “componentes de um modelo genérico de programa de CT”. Este autor é citado, pela Unidade de Pesquisa em Álcool e drogas (UNIAD), como o maior especialista em CTs, na área de dependência química. A Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), na seção em que discorre sobre as CTs, o coloca como autor que enfatiza o funcionamento das CTs, em uma abordagem de natureza terapêutica.

George De Leon (2003) é um especialista internacionalmente reconhecido no tratamento do abuso de substâncias químicas. É diretor do Centro de Pesquisa de Terapia Comunitária¹, professor clínico de Psiquiatria da Universidade de Nova Iorque², coordenador do projeto Comunidades Terapêuticas da América³, membro do conselho consultivo da Academia Americana de Profissionais de Saúde em Transtornos de Adição⁴, do Comitê Consultivo em Dependência Química da Associação Americana de Profissionais da Psicologia⁵, e fundador da Associação de Psicologia especializada em Adição Divisão Estadual de Nova Iorque⁶ e do Departamento de Adições da Associação Americana de Psicologia⁷.

Os componentes do modelo genérico de programa de CT, sistematizado por esse autor (2003), são:

- Isolamento da comunidade: objetiva proporcionar ambientes residências onde os internos permanecem afastados de influências externas.
- Um ambiente de comunidade: no intuito de promover espaço comunitário, bem como a sensação de comunalismo.
- Atividades comunitárias: com o propósito de programar as atividades em formatos coletivos no intuito de estabelecer laço social e visão de coletivo nos internos.
- Papéis e funções dos funcionários: com a finalidade de se ter uma combinação de profissionais recuperados (ex-usuários de drogas) e outros profissionais. São autoridades racionais, facilitadoras e orientadoras do modelo de autoajuda.
- Companheiros como modelos de atuação: na busca de colocar, como modelo de comportamento, os internos que refletem os valores da comunidade.
- Um dia estruturado: com o propósito de estruturar atividades de rotina, para que os usuários funcionem como um contraponto à vida desordenada que os internos levavam.

¹ Center for Therapeutic Community Research

² New York University

³ Therapeutic Communities of America

⁴ American Academy of Health Care Providers in the Addictive Disorders

⁵ Expert Advisory Committee on Chemical Dependence of the American Psychological Association College of Professional Psychology

⁶ New York State Psychological Association's Division on Addictions

⁷ American Psychological Association's Division on Addictions

- Trabalho como terapia e educação: as várias funções de trabalho objetivam fazer a mediação dos efeitos educacionais e terapêuticos essenciais aos internos.
- Formato em fases: isso significa organizar fases que refletem as etapas de desenvolvimento e o processo de mudança dos internos, por exemplo, acolhimento, conscientização da dependência, desafios na reinserção social.
- Conceitos da CT: trabalho de ênfase na repetição dos conceitos, mensagens e lições da CT, nos grupos, para uma melhor assimilação do que é esperado dos internos.
- Grupos de encontro de companheiros: objetiva conscientizar o indivíduo quanto a atitudes ou padrões de comportamento que devem ser modificados.
- Treinamento de conscientização: busca conscientizar o impacto da conduta do indivíduo sobre si mesmo e sobre o ambiente social.
- Treinamento em crescimento emocional: princípio que atua no intuito de ensinar aos usuários a identificar sentimentos e expressá-los de modo construtivo.
- Duração planejada do tratamento: o tempo de tratamento deve ser coerente com as metas desejadas.
- Continuidade do atendimento: o término do período de internação é um estágio no processo de recuperação. Após esta etapa deve ser elaborado um plano de manutenção e acompanhamento.

Ao se tomar estas características do modelo de tratamento da toxicomania em CTs pode-se considerá-las, de acordo com Erving Goffman (2001), como instituições totais. As CTs buscam transformar o comportamento dos internos através de treinamentos, organizando e estruturando todas as suas atividades. Segundo Goffman o tratamento em instituições totais tende a ser detalhadamente planejado, repleto de regras, normas, e tem como consequência a transformação da identidade e processo de mortificação do eu. Nelas ocorre uma tentativa de homogeneização dos comportamentos e dos valores em torno dos pilares da instituição, reduzindo as liberdades de ação dos internos.

Goffman (2001) demonstra que o controle de um grupo de pessoas por meio de uma organização burocrática, tal como ocorre nas instituições totais, tem algumas consequências importantes. Uma delas é que quando as pessoas se movimentam em conjuntos, podem ser vigiadas em relação à sua obediência, sendo a punição uma das formas aplicadas aos que desviam à norma. Outra delas é o rebaixamento dos internos, seja por meio de posturas ou de respostas verbais de reconhecimento de sua posição hierarquicamente inferior.

A inserção da psicanálise em espaços institucionais não é novidade, mas, com o passar dos anos, o método psicanalítico ganhou mais visibilidade em trabalhos praticados em lugares que não sejam os consultórios privados. Um lugar onde ela pode ser encontrada é nos espaços das CTs que trabalham a adição.

Em seu texto, *Mal-Estar na civilização*, FREUD (1929, p. 105) afirma que “[...] o que chamamos de nossa civilização é em grande parte responsável por nossa desgraça e que seríamos muito mais felizes se a abandonássemos e retornássemos às condições primitivas”. Para Freud (1929, p. 137), “o homem primitivo se achava em situação melhor, sem conhecer restrições de instinto. [...] O homem civilizado trocou uma parcela de suas possibilidades de felicidade por uma parcela de segurança.”. Assim o homem seria mais feliz sem a civilização, porém não consegue viver fora dela, devido aos benefícios que esta lhe proporciona. O processo civilizatório exige que a felicidade seja colocada em segundo plano, com isso implicando em contínuo mal-estar para os humanos.

A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas. [...] Existem talvez três medidas desse tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela. [...] As satisfações substitutivas, tal como as oferecidas pela arte, são ilusões, em contraste com a realidade; nem por isso, contudo, se revelam menos eficazes psiquicamente, graças ao papel que a fantasia assumiu na vida mental. As substâncias tóxicas influenciam nosso corpo e alteram a sua química. (FREUD, 1929, p. 93)

A droga, portanto, pode ser considerada uma resposta do sujeito a esse mal-estar da civilização, mas ela também agrava esse mal-estar. A intoxicação alivia o sujeito das restrições e dificuldades impostas pela vida em sociedade, ou seja, “os métodos mais interessantes de evitar o sofrimento são os que procuram influenciar o nosso próprio organismo. [...] O mais grosseiro, embora também o mais eficaz, desses métodos de influência é o químico: a intoxicação”. (FREUD 1929, p. 96). Nesse contexto, segundo Jéssus Santiago (2001, p. 98), “a droga suprime, ou suspende, as formas inibidoras –

entre elas, a razão crítica – e, por isso, torna novamente acessíveis as fontes de prazer sobre as quais pesava o recalque”. Ao suspender a razão crítica, a droga favorece o sujeito a abandonar os esforços civilizatórios para buscar a satisfação a qualquer preço. Essa busca incondicional o coloca em conflito com os padrões civilizatórios. As entrevistas realizadas permitiram identificar que os sujeitos em tratamento, nas CTs, encontram-se com dificuldades em manejar suas pulsões, o que ocasiona um conturbado convívio nos laços sociais. O ambiente nestas instituições permite visualizar os constantes embaraços nas relações do toxicômano.

As formalizações lacanianas sobre as drogas realçam a relação do sujeito com a castração e com o falo. Lacan (1975, p. 268, tradução nossa) sustenta que a droga é "o que rompe o matrimônio do corpo com a coisinha de fazer xixi"⁸. A droga proporciona um gozo concorrente com o gozo fálico, fazendo com que o sujeito não faça uso do falo. Segundo Fabián Naparstek (2008, p. 101) “é por isso que muitos sujeitos, em determinado momento, deparam com o fato de que o falo não responde à vontade deles [...], ou seja, como o sujeito pode reagir ao fato de o falo não corresponder exatamente à sua vontade, fazendo disso um sintoma”. Para ele, na toxicomania “a possível ruptura com o falo é o que faz com que se passe à mania pelo tóxico, entendendo a mania como aquilo que toma o sujeito fora de uma ancoragem fálica”. (NAPARSTEK 2008, p. 104). A regulação fálica, abandonada pelo sujeito, é o que trataria o excesso, daria contenção, e ela parece falhar na toxicomania. Uma das questões levantadas pelos entrevistados foi necessidade de propiciar, ao interno, a identificação da função da droga em sua vida, qual é seu papel, o que ela tampona, supre.

Lacan também tematizou que o modo de satisfação toxicômano tem sua origem no trauma do desmame: “o desmame, através de qualquer das contingências operatórias que comporta, muitas vezes é um trauma psíquico cujos efeitos individuais – as chamadas anorexias nervosas, as toxicomanias pela boca, as neuroses gástricas – revelam suas causas à psicanálise.” (LACAN 2003, p. 36). Na visão lacaniana a construção da imago materna passa pela separação prematura do bebê e de sua mãe, gerando um mal-estar que tentará ser, em vão, compensado:

Esta – o desmame no sentido estrito – confere expressão psíquica, a primeira e também a mais adequada, à imago mais obscura de um desmame mais antigo, mais doloroso e de maior amplitude vital: aquele que, no nascimento, separa a criança da matriz, numa separação prematura da qual provém um

⁸ c'est ce qui permet de rompre le mariage avec le petit-pipi. (LACAN, 1975, p. 268)

mal-estar que nenhum cuidado materno é capaz de compensar. (LACAN 2003, p. 40).

Na contemporaneidade, época em que se evidencia o declínio do Nome-do-Pai, prevalece o discurso da ciência, do capitalismo e dos direitos iguais para todos. Propaga-se a ilusão de que há objetos que podem aplacar a falta que é constitutiva do humano. A ascensão do objeto *a* ao zênite social impele a que nossa civilização seja, cada vez mais, tomada por compulsões como as drogadições, o consumismo, a bulimia, a anorexia, a obesidade. Estes sintomas são atuais, giram ao redor de objetos cheios de promessas de satisfação, e que dificultam o laço social. Nela percebe-se a proliferação de indivíduos governados pelo imperativo do gozo e pela realização de demandas travestidas de desejo.

Diante deste quadro, em que o dependente químico desperta o interesse e atenção da mídia, do governo e da sociedade em geral, interrogando os laços sociais, a toxicomania pode ser considerada um sintoma social. A toxicomania é da ordem do social e revela a complexidade de relações postas no social em que o sujeito está imerso. Ao tratar do abuso de drogas na atualidade, Viviane Martins escreve:

Trata-se, na realidade, de uma resposta a um fenômeno contemporâneo que abrange diversas dimensões: a social, a política, a jurídica e a da saúde. Elas caminham em direções diferentes, e o fato do uso de drogas constituir um ato ilícito em geral conduz a uma abordagem meramente “policialesca” do fenômeno, a qual se opõe radicalmente à dimensão clínica, objeto de nosso interesse (MARTINS, p. 136).

Leitor de Lacan, Mario Elkin Ramirez (2007, p. 20, tradução nossa)⁹ coloca que “o sintoma social deriva do entrave do funcionamento de um sistema de poder que permite formas coletivas do tratamento do gozo, refletindo a impossibilidade de uma justa distribuição do gozo para todos os cidadãos”:

O sintoma social, tomado como aquilo que não funciona – por exemplo em relação ao ideal democrático e igualitário que esta mesma sociedade tem divulgado – manifesta-se de maneiras diversas em cada época. Varia na medida em que se transformam a cultura, as instituições, os discursos, quer dizer, aquilo que a psicanálise chama de Outro. Assim, seguindo a proposição de Lacan segundo a qual o inconsciente é um discurso do Outro, então, o sentido inconsciente do sintoma social também varia em um plano histórico. (RAMIREZ, 2007, p. 20, tradução nossa).¹⁰

⁹ El síntoma social se deriva del entrave del funcionamiento de un sistema de poder que permite formas colectivas del tratamiento del goce, reflejadas en la imposibilidad de una justicia distributiva del goce en todos los ciudadanos. (RAMIREZ, 2007, p.20).

¹⁰ El síntoma social, tomado como lo que no funciona -por ejemplo, respecto al ideal democrático e igualitario que esa misma sociedad se ha trazado-, se manifiesta de maneras diversas en cada época. Cambia en la medida en que se transforman la cultura, las instituciones, los discursos, es decir, aquello que el psicoanálisis denomina el Otro. Así, siguiendo la proposición de Lacan según la cual el

Maria Rita Kehl (2009, p. 23) toma a expressão sintoma social para designar o sintoma ou a estrutura clínica “que se encontra em tal desacordo com a normatividade social que acaba por denunciar as contradições do discurso do Mestre”. Isso, mesmo reconhecendo que a ideia de sintoma social é controversa, na psicanálise, porque “a sociedade não é um sujeito”, e porque o sintoma social “não se reduz ao somatório dos sintomas singulares em circulação” (KEHL, 2009, p. 24). No caso da toxicomania, para que ela seja reconhecida como um sintoma social, não quer dizer que toda a sociedade seja toxicômana, mas, que a perturbação causada pela toxicomania simbolize, represente algo significativo deste social.

De acordo com Kehl (2009, p. 30), se a vida social é regida pelos registros real, simbólico e imaginário, “e produz formações que escapam ao significante, equivalentes ao inconsciente e ao gozo do Outro, não há porque recusar que o mal-estar se manifeste como sintoma social”. E, neste mal-estar, incluímos os efeitos causados pelo toxicômano, como, por exemplo, a exacerbação da pulsão de morte, desvelamento da impotência do sujeito.

Diante de tal contexto, Éric Laurent (2007b, p. 171) coloca que “o psicanalista não pode pretender aliviar o sujeito contemporâneo de sua culpa em relação ao ideal”, o sujeito já está aliviado. O caminho é suportar a inconsistência e falta de garantias do Outro, sem ceder ao imperativo de gozo do supereu, pois o importante “não é o aparente alívio do sujeito, mas o peso de sua relação com o gozo”.

Podemos dizer que o grande movimento da civilização, seu hedonismo de massa, faz desaparecer a particularidade do sintoma. A visão hedonista do mundo apóia seu império no acesso ao gozo "para todos". O cálculo da maximização do gozo está ao alcance de cada um. Há, portanto, dois tipos de relação com o gozo, ambos necessários: querer mais gozo e querer a particularidade do sintoma. Também seria insensato atacar, de cabeça baixa, o hedonismo de massa e o fetichismo da mercadoria generalizada. Dependemos dos objetos e das fantasias *ready made* fornecidas pela civilização, para deles extrairmos uma mais-valia de gozo. Dizer "não" consiste em impedir que o pronto-para-gozar generalizado não esteja à escuta da particularidade de nosso sintoma. Seu envelope formal é contingente, não pertence a todos. Nesses termos, a serenidade do sujeito "igual em presença dos objetos de gozo" é não perder de vista a singularidade do caminho que lhe é próprio. (LAURENT, 2007b, p. 173).

O toxicômano é um sujeito entregue ao gozo mortífero das drogas, e cifrar o gozo através da educação ou controle, tem se mostrado uma tarefa improdutiva. Segundo Laurent (2007b, p. 169) “sabemos, desde a segunda teoria das pulsões em

inconsciente es el discurso del Otro, entonces, el sentido inconsciente del síntoma social también cambia en un plano histórico. (RAMIREZ, 2007, p. 20).

Freud, e com Lacan, que o sujeito prefere o gozo à auto conservação e que o narcisismo não é barreira contra a pulsão de morte”. A teorização psicanalítica oferece coordenadas para o encontro do sujeito com as drogas:

- 1) o toxicômano se droga para esquecer o corpo; 2) o recurso à droga tem por função liberar o sujeito do seu compromisso face ao ser sexuado; 3) a droga como um modo de resposta aos impasses decorrentes do confronto do sujeito com o outro sexo e as vicissitudes da construção do parceiro sexual, e, por fim, 4) o artifício da droga como aquilo que permite ao sujeito separar-se do Outro. (PACHECO, 1999, p. 27).

No contexto de aplicação da psicanálise nas instituições, é usual dizer que se pratica a psicanálise aplicada, ou seja, de acordo com o psicanalista Jacques-Alain Miller (2001), nas trilhas de Lacan, pratica-se a psicanálise que concerne ao tratamento do sintoma. É importante salientar que o termo psicanálise aplicada é amplamente utilizado no meio psicanalítico, porém, no último ensino de Lacan, como será esclarecido no texto, a diferenciação entre psicanálise pura e psicanálise aplicada não é essencial. Para efeito didático esta dissertação utilizará o termo psicanálise aplicada para se referir a aplicação da psicanálise com foco no sintoma, especialmente em instituições.

Em sua obra Freud antecipou e até indicou que os caminhos da aplicação da psicanálise iram para além dos consultórios privados. De acordo com sua previsão, “mais cedo ou mais tarde [...] haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para os quais serão designados médicos analiticamente preparados [...]” (FREUD, 1919, p. 180). Longe de um pensamento ingênuo em que a inserção da psicanálise em instituições se daria como um correlato ao tratamento no consultório, Freud já indicava que os psicanalistas teriam que “[...] adaptar a técnica às novas condições”, completando que estava disposto a “aprender novas coisas e a alterar os métodos” da psicanálise, em “qualquer forma que os possa melhorar” (FREUD, 1919, p. 201). Em seus textos técnicos, Freud compartilha exemplos e descreve detalhes da aplicação da técnica analítica, porém salienta a particularidade de seu uso.

Segundo Brousse (2007, p. 22), “a psicanálise aplicada é um móbil maior para o futuro da psicanálise, tanto como disciplina quanto como solução ética nova, introduzida na civilização por meio dessa experiência original que é um tratamento psicanalítico”. Devido a estas características a psicanálise aplicada tem sido inserida em diversas e distintas instituições, abrindo espaço para o trabalho dos psicanalistas, mas é importante o estudo acerca daquilo que se faz nessas condições.

Espera-se que o conhecimento produzido nessa dissertação, possa ser útil para as instituições interessadas no tratamento desses sujeitos, resultando em retorno para os sujeitos em tratamento. Através deste estudo ficou evidente que a inserção da psicanálise em CTs encontra-se em fase inicial, com poucos profissionais orientados pela psicanálise trabalhando nestas instituições. O trabalho destes profissionais também é recente sendo necessário um maior tempo, pesquisa e divulgação dos resultados alcançados. Foram expostas dificuldades, levantadas questões e discussões que fornecem dados, informações que servem de auxílio para elaboração de estratégias que visam à melhoria do tratamento de dependentes químicos. Desta forma pretende-se promover uma compreensão ampliada dos impasses e possibilidades enfrentados pelos praticantes de psicanálise em instituições, proporcionando material para análise e discussão do tema entre seus pares.

O percurso dos profissionais, pela psicanálise, é recente e ambos classificam-se como profissionais em formação, buscando aprimorar-se através de cursos específicos e leituras na área. E ficou marcado o desconhecimento dos dirigentes das CTs em que trabalham, sobre as possíveis contribuições da psicanálise para o modelo de tratamento da toxicomania nestas instituições. E isso acaba gerando barreiras como um alto número de atendimentos a serem feitos, demandas institucionais diferentes das demandas dos sujeitos em tratamento, coordenadores com excesso de rigidez e desvalorização da individualidade dos internos.

Além destes desencontros com o funcionamento das instituições, os entrevistados marcaram a dificuldade dos pacientes em chegar a uma retificação subjetiva, a importância do foco no sintoma, o rigor técnico na aplicação da psicanálise, as contribuições da terapia em grupo, a relação e convivência com outros discursos e a interação com profissionais de outras áreas.

2. PSICANÁLISE E SUAS APLICAÇÕES

A questão a ser desenvolvido na dissertação exige rota que passe pelo tema da psicanálise aplicada, já que essa é a possibilidade de existência da psicanálise em instituições, neste caso, instituição CTs, sob orientação das coordenadas de George De Leon. É importante demarcar as preocupações de Freud para que o campo de ação da psicanálise se ampliasse, de forma inventiva sem perder suas referências, as preocupações lacanianas neste sentido e não se esquecer de distinguir psicanálise

aplicada de psicanálise pura e psicoterapia, tema tão caro ao psicanalista da atualidade, Jacques-Alain Miller, bom leitor de Lacan sem se limitar a simplesmente repeti-lo.

2.1 Aurora da Psicanálise Aplicada e o desafio da não dissolução da Psicanálise

A psicanálise aborda questões que vão além de um método de tratamento clínico e a forma de seu aparecimento em países como França e Alemanha demonstra este fato.

Na França o interesse pela psicanálise começou entre os homens de letra. A fim de compreender isso, deve-se ter em mente que, desde a época em que foi escrita *A Interpretação de Sonhos* a psicanálise deixou de ser um assunto puramente médico. Entre seu surgimento na Alemanha e na França está a história de suas numerosas aplicações a departamentos de literatura e estética, à história das religiões e à pré-história, à mitologia, ao folclore, à educação, e assim por diante. (FREUD, 1925, p. 78).

Para Freud, o termo psicanálise passou a ser ambíguo. Originalmente era o nome de um método terapêutico específico, mas passou a ser a denominação de uma ciência dos processos mentais inconscientes, sendo “fadada a prestar valiosa ajuda nos mais variados campos do conhecimento” (FREUD, 1925, p. 87).

Freud estava atento a interlocução da psicanálise com outros saberes e em seu texto *Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise*, diz:

Disse-lhes que a psicanálise começou como um método de tratamento, mas não quis recomendá-lo ao interesse dos senhores como método de tratamento e sim por causa das verdades que ela contém, por causa das informações que nos dá a respeito daquilo que mais interessa aos seres humanos – sua própria natureza – e por causa das conexões que ela desvenda com as mais diversas atividades. (FREUD 1932-1936, p. 191).

Com o caminhar de sua obra as descobertas clínicas de Freud, inicialmente direcionadas a sintomas que afetavam a vida de seus pacientes, revolucionaram conceitos enraizados na cultura da época, tais como sexualidade infantil, normalidade, narcisismo, moralidade. Ele apresentou uma concepção de ser humano valorizando e demonstrando o poder do inconsciente. Ao abalar narcisicamente o sujeito e questionar o *status quo* reinante em sua época, a psicanálise abriu espaço para novos diálogos, questionamentos, descobertas, quebras de tabus.

A revolução freudiana é uma revolução em nome da verdade e em nome do direito à palavra, que violentam a tranquilidade autocomplacente e exigem a remoção dos cosméticos ideológicos de que se cerca a vida cotidiana, especialmente a vida cotidiana da Belle Époque, envolvida pela repressão sexual, pelos edifícios ornamentados e pela linguagem conduzida pelo excesso de polidez ao esvaziamento da intenção significante. (MEZAN, 2003, p. 63).

Através de suas formulações teóricas sobre a constituição do psiquismo humano, a psicanálise se coloca como uma fonte de subsídio para reflexões de e com outros discursos, e desde a “Sociedade Psicanalítica de Viena serviu de marco para as exposições e discussões sobre a chamada psicanálise aplicada às áreas da literatura, artes plásticas, mitologia e história” (RAMIREZ, 2007, p. 13, tradução nossa)¹¹. Nos anos de 1906 e 1907 muitas noites de Freud e seus colegas destinaram-se a discussões sobre psicanálise aplicada e sua interface com outros discursos, inclusive sobre o risco da interpretação psicanalítica excessiva a respeito de tudo (RAMIREZ, 2007).

Desde o começo da psicanálise aplicada instalou-se a ambígua inquietação de dirigir-se a uma extraterritorialidade diferente do exercício da clínica individual e dos conceitos forjados em âmbito privado e, com o tempo, pensar os limites e a pertinência dessa extensão ao terreno público (RAMIREZ, p. 13, tradução nossa).¹²

A psicanálise considera diversas manifestações humanas como as culturais, civilizatórias, amorosas, familiares, entre outras. Este rico potencial de informações despertou, em profissionais das mais diversas linhas teóricas, a aspiração de criar um debate e uma interlocução entre saberes. O próprio Freud, em sua obra, utiliza deste rico potencial de aplicação e interlocução da psicanálise com saberes, tal como em seu texto *Totem e Tabu*, que pode ser considerado uma aplicação da psicanálise à antropologia e sociologia. Nele Freud se aventura em uma hipótese psicanalítica sobre a origem da sociedade a partir de um crime primordial: um parricídio (RAMIREZ, 2007).

A relação entre psicanálise e psicanálise aplicada é estreita, sendo a última uma forma de utilização da psicanálise. Freud ambicionava que o campo de atuação da psicanálise fosse além da clínica, ampliando-se e interagindo com outros discursos. Um dos frutos desta interação seria o desenvolvimento, evolução e, caso necessário, até mesmo uma eventual transformação da psicanálise. A psicanálise, baseada em sua experiência clínica e teórica, apresenta um alicerce consistente, mas não imutável, sendo esta uma característica que a deixa sempre apta a uma interlocução com questões contemporâneas.

A Psicanálise como Ciência Empírica – A psicanálise não é, como as filosofias, um sistema que parta de alguns conceitos básicos nitidamente

¹¹ La Sociedad Psicoanalítica de Viena sirvió de marco a las exposiciones y discusiones sobre el llamado psicoanálisis aplicado a los ámbitos de la literatura, las artes plásticas, la mitología y la historia. (RAMIREZ, 2007, p. 13).

¹² Desde el comienzo del psicoanálisis aplicado, se instaló la inquietud ambigua de dirigirse a una extraterritorialidad distinta del ejercicio de la clínica individual y de los conceptos forjados en un ámbito privado y, al tiempo, pensar los límites y la pertinencia de esa extensión al terreno de lo público. (RAMIREZ, 2007, p. 13).

definidos, procurando apreender todo o universo com o auxílio deles, e, uma vez completo, não possui mais lugar para novas descobertas ou uma melhor compreensão. Pelo contrário, ela se atém aos fatos de seu campo de estudo, procura resolver os problemas imediatos da observação, sonda o caminho à frente com o auxílio da experiência, acha-se sempre incompleta e sempre pronta a corrigir ou a modificar suas teorias. Não há incongruência (não mais que no caso da física ou da química) se a seus conceitos mais gerais falta clareza e seus postulados são provisórios; ela deixa a definição mais precisa deles aos resultados do trabalho futuro. (FREUD, 1923, p. 307).

Para que ocorra uma interação saudável entre discursos, é necessário que o discurso da psicanálise não se dissolva nos outros e, em seu texto *Dois Verbetes de Enciclopédia* (1923), no verbete (A) *Psicanálise*, Freud diz:

PSICANÁLISE é o nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica. (FREUD, 1923, p. 287).

Pela definição de Freud a circunscrição da psicanálise se delineia e, neste mesmo verbete, ele dá uma importante contribuição na definição dos fundamentos da teoria psicanalítica, definindo o que chamou de “Pedras Angulares da Teoria Psicanalítica”:

A pressuposição de existirem processos mentais inconscientes, o reconhecimento da teoria da resistência e repressão [recalque],¹³ a apreciação da importância da sexualidade e do complexo de Édipo constituem o principal tema da psicanálise e os fundamentos de sua teoria. Aquele que não possa aceitá-los a todos não deve considerar-se a si mesmo como psicanalista. (FREUD, 1923, p. 300).

Para se falar em psicanálise é necessário considerar o inconsciente, o recalque, a sexualidade e o complexo de Édipo. Sob a luz destas pedras angulares são feitos os ensaios psicanalíticos sobre as questões da civilização. A psicanálise é aberta a eventuais mudanças, tanto na teoria quanto na técnica, desde que o analista mantenha-se sustentado em suas pedras angulares. Em seus artigos sobre a técnica psicanalítica, Freud expõe não uma ortodoxia, mas indica uma orientação para o profissional sustentar-se dentro do campo psicanalítico. A metapsicologia de Freud exprime não um rigor sintático, linguístico, mas um caminho para transmitir o que fundamenta a experiência analítica. Freud (1925) reitera o quão essenciais são as teorias do recalque, do inconsciente, da significância etiológica da vida sexual e da importância das experiências infantis, colocando-os como os principais constituintes da estrutura teórica da psicanálise.

¹³ A tradução do texto utilizou a palavra repressão, quando o adequado seria utilizar a palavra recalque

Segundo Elizabeth Roudinesco (2000) metapsicologia foi um

termo criado por Sigmund Freud, em 1896, para qualificar o conjunto de sua concepção teórica e distingui-la da psicologia clássica. A abordagem metapsicológica consiste na elaboração de modelos teóricos que não estão diretamente ligados a uma experiência prática ou a uma observação clínica; ela se define pela consideração simultânea dos pontos de vista dinâmico, tópico* e econômico. (ROUDINESCO, 2000, p. 511).

Freud propõe, ao mesmo tempo, um rigor teórico e uma receptividade a mudanças. Na construção da psicanálise Freud dialogou com outros campos do saber, no entanto, existe uma diferença crucial entre usufruir das referências psicanalíticas e a efetivação de um processo de clínica analítica. A clínica analítica requer o emprego de um método que visa o tratamento do sofrimento do paciente e sua má utilização pode distorcer a própria psicanálise, como afirma o próprio Freud (1932-1936, p. 18) na frase que aparece no texto *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*, ao dizer: “[...] muitos psiquiatras e psicoterapeutas que aquecem sua panela de sopa em nosso fogo (aliás, sem serem muito agradecidos à nossa hospitalidade)”, e também no texto *História do Movimento Psicanalítico* (1914) onde Freud salienta o uso inadequado da psicanálise feito por Adler e Jung, descaracterizando-a, desvalorizando a importância da sexualidade infantil, por exemplo.

Sobre as críticas e más interpretações da psicanálise, Freud (1923, p. 305) escreveu que a “maioria do que é apresentado contra a psicanálise, mesmo em obras científicas, baseia-se em informações insuficientes que, por sua vez, parecem ser determinadas por resistências emocionais”. Quanto à acusação de que a psicanálise defende que toda atividade humana se baseia na sexualidade, Freud diz que “ao contrário, a psicanálise desde o início distinguiu os instintos sexuais de outros, que provisoriamente denominou de ‘instintos do ego.’” E, para ele, o objetivo da psicanálise não é explicar tudo e que, mesmo se tratando de neuroses, sua origem não está relacionada somente à sexualidade, “mas ao conflito entre os impulsos sexuais e o ego”.

Outro esclarecimento importante é que o termo libido “não significa energia psíquica em geral, mas sim a força motivadora dos instintos [pulsões] sexuais”. Sendo assim, “Algumas assertivas, como a de que todo sonho é a realização de um desejo sexual, nunca, em absoluto, foram sustentadas por ela”. Freud (1923, p. 305), nesse mesmo texto ainda esclarece: “acreditar que a psicanálise busca a cura dos distúrbios neuróticos dando rédea livre à sexualidade é uma grave má interpretação”. Durante uma análise existe a “tomada de consciência dos desejos sexuais reprimidos [recalcados]” e,

desta forma, é possível “obter sobre eles um domínio” que antes era impedido pelo recalque.

Sobre o julgamento da análise “solapar a religião, a autoridade e a moral”, diz que isso “é inteiramente anticientífico” salientando que, “como todas as ciências, ela é inteiramente não tendenciosa e possui um único objetivo, ou seja, chegar a uma visão harmônica de uma parte da realidade” (FREUD, 1923, p. 305). Na sua conclusão ele caracteriza como

como simplório o temor às vezes expresso de que todos os mais elevados bens da humanidade, como são chamados - a pesquisa, a arte, o amor, o senso ético e social - perderão seu valor ou sua dignidade porque a psicanálise se encontra em posição de demonstrar sua origem em impulsos instintuais elementares e animais. (FREUD, 1923, p. 305).

No texto *Psicanálise Silvestre* (1910) Freud também se dedica a descrever aspectos que caracterizavam a aplicação descuidada e sem rigor da psicanálise. Este texto serve de parâmetro para entender o movimento que estava se formando:

Nem eu nem meus amigos e colaboradores achamos agradável reclamar um monopólio desse modo no uso de uma técnica médica. Mas, em face dos perigos para os pacientes e para a causa da psicanálise, inerentes à prática que se pode antever de uma psicanálise ‘silvestre’, não tivemos outra escolha. Na primavera de 1910, fundamos uma International Psycho-Analytical Association (Associação Internacional de Psicanálise), a que seus membros declararam aderir, pela publicação de seus nomes, de maneira a serem capazes de repudiar a responsabilidade por aquilo que é feito pelos que não pertencem a nós e no entanto chamam a seu procedimento ‘psicanálise’ (FREUD, 1910, p. 212).

É flagrante, na obra de Freud, sua preocupação com os usos indevidos da psicanálise, que poderiam ser responsáveis por causar danos aos pacientes e, também, à imagem da psicanálise. Neste sentido, a fundação da Associação Psicanalítica Internacional¹⁴ (IPA), pode ser encarada como uma tentativa de restringir e intimidar o mau uso da psicanálise, bem como divulgar, acolher, instruir os praticantes que exerciam a psicanálise, adequadamente. Esta instituição, portanto, tinha a responsabilidade de zelar pela credibilidade da psicanálise.

As determinações da IPA distanciaram-se do que pretendia Freud quando passou a determinar critérios que conduziriam o praticante da psicanálise em seu trabalho clínico. Com o objetivo de garantir que a unidade da psicanálise não fosse abalada, condições foram sendo impostas para legitimar que, o que se fazia, era psicanálise. Neste sentido foi criado o que se chamou enquadre analítico que incluía: uso do divã,

¹⁴ Tradução de International Psychoanalytical Association (IPA)

duração e número das sessões. Percebe-se que algumas recomendações de Freud foram tomadas como obrigações, prescrições práticas a serem seguidas e não princípios que permitem as singularidades do analista e do analisando, entrem em cena. O resultado foi um enrijecimento e limitação da aplicação do trabalho analítico, o que nunca foi a proposta de Freud.

Romildo Barros (2003, p. 41) assinala a oposição entre standard e princípio em psicanálise: “o primeiro representa o que se repete sem invenção, a reprodução do mesmo, enquanto o segundo se refere à singularidade, ao caráter único e irrepetível de um objeto ou ato”. Na simples repetição o standard perde o essencial. Ao se ficar em uma relação dialógica de permitido / proibido, criam-se regras, padrão de conduta, não há espaço para a singularidade, característica essencial em um processo de análise.

Outro ponto a ser analisado sobre a utilização de regras e modelos a serem seguidos são os efeitos produzidos sobre os analistas. O analista precisa estar atento à utilização do enquadre como forma de defesa contra suas próprias angústias.

A definição de uma psicanálise a partir de um padrão de regras pré-estabelecido alivia a angústia do psicanalista, uma vez que, ao definir imaginariamente a psicanálise, seria possível, desta maneira, distingui-la de outras modalidades de tratamento. A criação de um padrão de regras e técnicas para regular a experiência analítica se constitui como uma forma de defesa do profissional, contra o que há de fundamentalmente angustiante nesta experiência (CRUZ, 2007).

A questão envolvendo o uso inadequado da psicanálise não ocorreu somente na época de Freud. Lacan também salientou o risco do uso distorcido da psicanálise, convocando os psicanalistas em sua defesa:

Mesmo que se estenda a mão, na França como alhures, a uma prática mitigada pela irrupção de uma psicoterapia associada às necessidades da higiene mental, é fato que nenhum praticante deixa de mostrar seu incômodo ou sua aversão, ou até sua derrisão ou horror, conforme as oportunidades que proporciona a si mesmo de imergir no lugar aberto em que a prática aqui denunciada assume uma forma imperialista - conformismo da mirada, barbarismo da doutrina, regressão rematada a um psicologismo puro e simples, tudo isso mal compensado pela promoção de um clericalismo fácil de caricaturar, mas que, em sua compunção, e realmente o resto que atesta a formação pela qual a psicanálise não se dissolve naquilo que propaga. (LACAN, 2003a, p. 243).

Um estudo crítico sobre o enquadre foi elaborado por Lacan, propondo que uma psicanálise não é sustentada pelo enquadre, mas por seu princípio ético. Em última instância o desejo do analista legitima o tratamento oferecido pelo psicanalista.

Se a maior preocupação de Lacan é a estrutura do dispositivo freudiano, isto implica em ir além do imaginário do enquadre, que supostamente lhe garantiria alguma consistência. Ao situar esta estrutura, possibilita-se que se

interrogue sobre as condições necessárias para que o dispositivo analítico possa operar. Isto permite que o analista abra mão da suposta garantia oferecida pelo enquadre, como se este fosse protegê-lo do impacto pulsional da palavra do sujeito em análise. (CRUZ, 2007).

Um exagero cômico, próximo à linha do enquadre, seria a utilização de respostas prontas do analista a questionamentos comuns do paciente, receitar literaturas aos pacientes, criar uniformes para os psicanalistas, como se este fosse o caminho para a não dissolução da psicanálise. Na verdade, o analista deve estar preparado para enfrentar diversidades, inovar, transformar-se, sem perder de vista os princípios da direção do tratamento do paciente e da psicanálise. A utilização de condições fechadas de atendimento, como o enquadre, fariam a psicanálise limitar seu campo de atuação. O desafio é inserir-se em novos campos e manter o foco no sujeito, apostar no inconsciente.

A psicanálise está apta a avanços, transformações, mas deve ser sustentada a manutenção da unidade dos elementos que a compõe. Renato Mezan (1996, p. 100), ao comentar sobre a psicanálise, ressalta que Freud a caracterizou “por quatro elementos: o inconsciente, a interpretação, a resistência e a transferência” e, para que um trabalho clínico possa ser chamado de psicanalítico, é essencial a consideração destes quatro elementos. Conclui que “se uma forma qualquer de trabalho clínico não os emprega, não deve ser chamada de psicanálise” (MEZAN, 1996, p. 100).

O manejo de uma análise ao se navegar por estes elementos é laborioso e complexo e Freud indica, em seus textos, a impossibilidade de personificação da aplicação da técnica psicanalítica. Não há como abarcar todo o campo psicanalítico em um modelo de atuação. Existe uma liberdade e, ao mesmo tempo, uma exigência de que o profissional, praticante da psicanálise, imprima seu estilo pessoal, adeque-se às situações, invente, crie, inove.

Esta posição de certa liberdade, para o analista, proposta por Freud, deu margem a críticas no sentido de que a técnica psicanalítica estava sujeita a um uso tendencioso, que melhor conviesse ao analista. Como não havia um modelo, um ideal a ser seguido, a delimitação do que seria a atitude de um psicanalista poderia ficar vaga e indefinida.

Mas, segundo o próprio Freud, se o psicanalista é dotado de liberdade para instrumentalizar as técnicas psicanalíticas às novas condições e, também, em relação a seus pacientes, esta liberdade não é sem limites. A aplicação da psicanálise em diferentes conjunturas não se faria a qualquer custo e em seu texto “*Conferência XXXIV*” Freud (1932-1936, p. 170) salienta que “embora a estrutura da psicanálise

esteja inacabada, ela apresenta [...] uma unidade da qual os elementos componentes não podem ser separados ao capricho de qualquer um”. Pode-se entender que o desafio lançado por Freud é o de descobrir novos caminhos sem que estes distorçam a unidade da psicanálise. E ainda completa:

A atividade psicanalítica é árdua e exigente; não pode ser manejada como um par de óculos que se põe para ler e se tira para sair a caminhar. Via de regra, a psicanálise possui um médico inteiramente, ou não o possui em absoluto. Aqueles psicoterapeutas que empregam a psicanálise, entre outros métodos, ocasionalmente pelo que sei, não se situam em chão analítico firme; não aceitaram toda a análise, tornaram-na aguada - mudaram-lhe a essência, quem sabe; não podem ser incluídos entre os analistas. Penso que isto é lamentável. (FREUD, 1932-1936, p. 186).

Freud concebeu a psicanálise como uma teoria em desenvolvimento, mas construiu elementos para sua caracterização. Segundo Mezan (1996):

Um destes elementos é a metapsicologia, a teoria propriamente dita, que procura explicar o funcionamento mental em geral. Fazem parte desta teoria hipóteses e conceitos articulados entre si, como a noção de uma região psíquica inconsciente, o complexo de Édipo, os mecanismos de defesa, as pulsões sexuais etc. Algumas destas hipóteses e noções são mais próximas da prática clínica propriamente dita – por exemplo, resistência ou transferência – e outras são mais distantes, como a idéia de pulsão. Em seu conjunto, formam um repertório de elementos com os quais se pode construir um modelo teórico do que se passa numa análise, do modo peculiar de funcionamento do paciente etc. (MEZAM, 1996, p. 99).

2.2 Psicanálise Aplicada à Terapêutica

Ao adotar os quatro elementos que caracterizam a psicanálise, mencionados anteriormente por Mezan, mas sem encaixar-se no rigor do enquadre proposto pela IPA, uma das formas de aplicação da psicanálise é a chamada psicanálise aplicada ao sintoma, ou psicanálise aplicada à terapêutica. Esta forma de aplicação da psicanálise não é recente.

Quanto à eficácia da psicanálise em âmbito coletivo, temos antecedentes históricos, como sua aplicação em pacientes que sofreram neuroses de guerra na Primeira Guerra Mundial, e no pós-guerra, nas atividades do Instituto Berlim, quando George Simmel e Max Eitinging atenderam gratuitamente a muitos sujeitos de classes populares, aliviando seus sintomas. Na Segunda Guerra Mundial, Anna Freud e Dorothy Burlinham utilizaram a psicanálise em abrigos de crianças durante os bombardeios a Londres. É notável, também, o trabalho de Bruno Bettelheim com os sobreviventes do Holocausto (RAMIREZ, 2007, p. 18, tradução nossa)¹⁵.

¹⁵ En cuanto a la eficacia del psicoanálisis aplicado en ámbitos colectivos, tenemos antecedentes históricos, como su utilización con los enfermos de neurosis de guerra en la Primera Guerra Mundial, y en la primera posguerra, en las actividades del Instituto de Berlín cuando George Simmel y Max Eitingong atendieron gratuitamente a muchas personas pertenecientes a clases populares, aliviando sus síntomas. En la Segunda Guerra Mundial, Ana Freud y Doroty Burlinham se sirvieron del psicoanálisis en los refugios

O sucesso desta bem sucedida experiência do passado não passou despercebida pelos psicanalistas contemporâneos.

Na atualidade, a psicanálise aplicada à terapêutica e no contexto das emergências sociais apareceu quando, por exemplo, os psicanalistas prestaram serviços de emergência para tratar os traumatizados pelos atentados de 11 de setembro de 2001, em Nova York, 11 de março de 2004, em Madri, e nos centros de atendimento de emergência subjetiva em grandes cidades como Paris, Buenos Aires e outras cidades de influência da Associação Mundial de Psicanálise, onde, sob condições econômicas propícias, atende-se a muitas pessoas que não poderiam, em circunstâncias correntes, encontrar um psicanalista. (RAMIREZ, 2007, p. 18, tradução nossa)¹⁶.

Segundo Ramirez (2007), estes exemplos demonstram que a psicanálise aplicada em emergências sociais não é de segunda linha e sim distinta da psicanálise pura, que forma analistas. O autor orienta que a psicanálise aplicada utiliza os mesmos princípios da pura, porém em outro âmbito, continuando a ser psicanálise. E completa dizendo que isto faz com que o ponto de encontro entre a psicanálise e os fenômenos sociais seja sobre um mesmo ponto de real, seguindo a lógica do método e os conceitos próprios à psicanálise. Ao enfrentar a necessidade da urgência, por exemplo, fruto das emergências sociais, a psicanálise aplicada não se abala, não cede de seu lugar, age da mesma forma que atua diante do sofrimento causado pelo sintoma.

O sucesso dos efeitos terapêuticos causados pelo tratamento psicanalítico colocou a psicanálise em evidência, atraindo a atenção dos interessados nas doenças mentais e outras áreas e, desde sua época Freud já dizia sobre a psicanálise:

Como método de tratamento, é um método entre muitos, embora seja, para dizer a verdade, *primus inter pares*. Se não tivesse valor terapêutico, não teria sido descoberto, como o foi, em relação a pessoas doentes, e não teria continuado desenvolvendo-se por mais de trinta anos. (FREUD 1932-1936, p. 191).

A psicanálise partiu de uma investigação clínica, um tratamento para sintomas e ampliou-se.

Nosso primeiro propósito, naturalmente, foi o de compreender os distúrbios da mente humana [...]. Depois, no entanto, percebemos as estreitas relações, a própria identidade interna entre processos patológicos e aquilo que se

para niños durante los bombardeos de Londres. Es notable, además, el trabajo de Bruno Bettelheim con los sobrevivientes del holocausto.

¹⁶En la actualidad, el psicoanálisis aplicado a la terapéutica y en el marco de las urgencias sociales ha aparecido cuando, por ejemplo, los psicoanalistas prestaron servicios de emergencia para tratar los traumatizados por los atentados del 11 de septiembre del 2001 en Nueva York, el 11 de marzo del 2004 en Madrid', y en Los centros de atención de urgencias subjetivas en grandes urbes como París, Buenos Aires y en otras ciudades de influencia de la Asociación Mundial de Psicoanálisis donde, bajo condiciones económicas propicias, se recibe a muchas personas que no podrían en circunstancias corrientes encontrar un psicoanalista.

conhece como processos normais. A psicanálise tornou-se psicologia profunda; e uma vez que nada daquilo que o homem cria ou faz é compreensível sem a cooperação da psicologia, as aplicações da psicanálise a numerosas áreas do conhecimento [...] entraram em cena e requereram debate. (FREUD 1932-1936, p. 177).

A expansão da psicanálise tem como alicerce a clínica, é fruto dos efeitos terapêuticos obtidos com a utilização do discurso analítico e sua aplicação ao sintoma, transformando a vida dos sujeitos. Um dos efeitos deste movimento expansivo é a inserção da psicanálise em instituições de tratamento de saúde, onde o interesse está voltado para o tratamento dos sintomas dos pacientes, chamada de psicanálise aplicada ou psicanálise em extensão.

2.3 Psicanálise Pura, Psicanálise Aplicada e Psicoterapia

Freud, em seu texto *Sobre a Psicoterapia* (1905, p. 269) discorre sobre os efeitos terapêuticos alcançados pela psicoterapia e, em especial, pela sugestão. Salienta que deve haver um esforço no sentido de dominar, nortear e reforçar o fator psíquico da influência exercida pelos médicos sobre os pacientes e que “as psiconeuroses são muito mais prontamente acessíveis às influências mentais do que a qualquer outra forma de medicação”. Ele inaugura a distinção da psicanálise de outras terapias ao dizer que “o método analítico da psicoterapia é o que penetra mais profundamente e o que leva mais longe, aquele por meio do qual as transformações mais extensas podem ser efetuadas em pacientes” sendo “o único que nos ensina algo sobre a gênese e a interação dos fenômenos patológicos” (FREUD, 1905, p. 270), e salienta alguns pontos:

Permiti-me agora corrigir alguns erros que têm sido praticados no tocante a este método catártico ou analítico da psicoterapia, apresentando algumas explicações sobre o assunto. (a) Tenho observado que amiúde se confunde este método com o tratamento hipnótico pela sugestão; [...] Há, na realidade, a maior antítese possível entre técnica sugestiva e analítica [...] a técnica da sugestão [...] não se interessa pela origem, força e significado dos sintomas mórbidos, mas ao revés, superpõe algo – uma sugestão – na expectativa de que será bastante vigorosa para impedir que a idéia patogênica venha a expressar-se. A terapia analítica, por outro lado, não procura acrescentar nem introduzir nada de novo, mas a retirar algo, a fazer aflorar alguma coisa, sendo que para esse fim se preocupa com a gênese dos sintomas mórbidos e o contexto psíquico da idéia patogênica que procura remover (FREUD, 1905, 270).

Freud (1905, p. 271) continua e diz ter abandonado a técnica da sugestão e da hipnose, porque em casos mais graves “verifiquei que as sugestões que haviam sido aplicadas se desmoronaram, e depois disso a doença ou algum substituto dela voltava mais uma vez”, e relata em que consiste o tratamento analítico:

(f) Finalmente, senhores, devo confessar que é quase injusto tomar a vossa atenção por tanto tempo sobre o tema da terapia psicanalítica sem dizer-vos em que consiste este tratamento e no que se baseia [...] Esta terapia, portanto, fundamenta-se no reconhecimento de que as idéias inconscientes - ou melhor, a inconsciência de certos processos mentais – constituem a causa direta dos sintomas mórbidos [...] a transformação desse material inconsciente, na mente do paciente, em material consciente deve ter o resultado de corrigir lhe o desvio da normalidade e de desfazer a compulsão ao qual a sua mente está sujeita, pois a força de vontade consciente rege apenas os processos mentais conscientes, estando toda compulsão mental enraizada no inconsciente (FREUD, 1905, p. 276).

Ao diferenciar a psicanálise de outros métodos e, ao compará-la com os métodos hipnótico e sugestivo, Freud traça uma diferença no uso da sugestão, salientando o fato da psicanálise “não procurar suprimir através da autoridade qualquer fenômeno mental que possa ocorrer no paciente”. Isso porque, seu esforço é por traçar “a causação de fenômeno e removê-la pelo ocasionamento de uma modificação permanente nas condições que levaram a ele” (FREUD, 1923, p. 304). O uso da sugestão, na psicanálise, tem o objetivo de propiciar ao paciente “sobrepular suas resistências, isto é, de levar avante o processo curativo” (FREUD, 1923, p. 304). E continua:

Qualquer perigo de falsificar os produtos da memória de um paciente pela sugestão pode ser evitado pelo manejo prudente da técnica; mas, em geral, o despertar das resistências constitui uma garantia contra os efeitos enganadores da influência sugestiva. [...] O analista respeita a individualidade do paciente e não procura remoldá-lo de acordo com suas próprias idéias pessoais, isto é, as do médico; contenta-se com evitar dar conselhos e, em vez disso, com despertar o poder de iniciativa do paciente. (FREUD, 1923, p. 304).

A diferenciação estabelecida por Freud deixa clara a posição da psicanálise em não incluir, no tratamento, aspectos morais e sugestivos, respeitando as decisões do paciente. Outro ponto a ser salientado é sobre o resultado infrutífero dos efeitos terapêuticos ocasionados pela sugestão.

Os sucessos terapêuticos que ocorreram sob a influência da transferência positiva estão sujeitos a suspeita de serem de natureza sugestiva. Se a transferência negativa leva a melhor, eles são soprados como farelo ao vento. Observamos com horror que todo o nosso esforço e labuta até ali foi em vão. (FREUD, 1938, p. 203).

E vislumbra um caminho para o manejo adequado da transferência, diferenciando-a de outros métodos:

Um manejo cuidadoso da transferência, de acordo com essa orientação, é, via de regra, extremamente compensador. Se conseguimos, como geralmente acontece, esclarecer o paciente quanto à verdadeira natureza dos fenômenos de transferência, teremos tirado uma arma poderosa da mão de sua resistência e convertido perigos em lucros, pois um paciente nunca se esquece novamente do que experimentou sob a forma de transferência; ela tem uma força de convicção maior do que qualquer outra coisa que possa adquirir por outros modos. (FREUD, 1938, p. 204).

Com o intuito de diferenciar a psicanálise de outros métodos, Lacan (2003b) parte, inicialmente, da diferença entre a psicanálise voltada à formação do analista, que seria a psicanálise em intensão, psicanálise pura, da psicanálise aplicada, que seria a psicanálise em extensão. E assim as definiu: “psicanálise em extensão, ou seja, tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela” (Lacan, 2003b, p. 251). A psicanálise aplicada estabelece laços, vínculos entre a teoria psicanalítica e os efeitos terapêuticos, já a psicanálise pura prepara os psicanalistas para exercê-la. Ainda que tenha estabelecido a diferença entre psicanálise em intensão e em extensão, ambas estão a serviço do analista, da causa analítica, guiadas no sentido de exercer uma “crítica assídua” que “denuncie os desvios e concessões” que amortecem o progresso da psicanálise, ao degradarem o seu emprego. (LACAN, 2003a, p.235).

Lacan atenta aos praticantes da psicanálise que a terapêutica é bem vinda no tratamento analítico, mas não no sentido de recuperar um momento anterior assintomático. O paciente procura tratamento na crença do poder da terapêutica sobre seu sofrimento. Para a psicanálise há sintoma, sentido neste sofrimento, e o psicanalista trabalha no sentido de dar voz ao sintoma e não eliminá-lo em um viés terapêutico. As dimensões do sofrimento e sintoma não são idênticas, há sintoma no sofrimento. Desta forma a psicanálise é diferente de psicoterapia (terapêutica) e “não há definição possível da terapêutica senão a de restabelecimento de um estado primário. Definição, justamente, impossível de enunciar na psicanálise” (LACAN, 2003b, p. 251). Não se pretende, através de um trabalho de psicanálise, que o sujeito volte a ser como antes. Todo trabalho orientado pela psicanálise exige uma mudança subjetiva do sujeito, conduzindo-o à sua divisão, levando-o a se questionar, buscando cifrar os gozos identificatórios. O psicanalista não se desespera por haver sofrimento no sintoma e que o gozo ali existente se apresente como desprazer, enquanto que para a psicoterapia o objetivo é a eliminação do sintoma. O modelo de tratamento de De Leon, que pauta algumas CTs, aproxima-se da psicoterapia quando buscam eliminar o sintoma do interno, a toxicomania, afastando-o de influências externas, através de seu isolamento da comunidade, criando um ambiente residencial protegido.

No texto *Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia*, Miller (2001), afirma que no último ensino de Lacan, sustentado na lógica borromeana e em

um viés da psicanálise fora-do-sentido, a distância que separa a psicanálise da psicoterapia é ampliada, enquanto que é reduzida, ou mesmo apagada, a diferença entre a psicanálise pura e a psicanálise aplicada à terapêutica. Mesmo diante desta interpretação do último ensino de Lacan, a expressão psicanálise aplicada continua sendo utilizada.

Miller (2001), em sua tentativa de deixar claro o que é psicanálise aplicada dedica-se, inicialmente, a localizar o que ela não é, realizando também distinção entre psicanálise pura, psicanálise aplicada e psicoterapia. Isso porque, segundo esse autor, a falta de diferenciá-las levou os psicanalistas a confusões práticas, abrangendo falsos problemas e esboçando falsas soluções.

Ao tratar da psicanálise pura e psicanálise aplicada, Miller (2001, p. 27), utiliza o subtítulo: “o conjunto psicanálise pura e aplicada” que dá o tom da proximidade entre elas. Nesse texto o autor diferencia psicanálise pura e psicanálise aplicada e explica que sua cisão “repousa sobre a diferença do sintoma e da fantasia. Ela repousa sobre a noção de um mais além do sintoma, sobre a noção de que para mais além do sintoma há o fantasma” (MILLER (2001, p. 29). A psicanálise aplicada concerne ao sintoma e, de fato, existe em relação a este algo que se chama cura. O que Miller coloca, neste momento, como cura do sintoma, é uma noção de redução, aplicada especificamente a determinado sintoma. A cura do sintoma, sua correção, melhora, redução, alívio, ainda deixa espaço para um trabalho posterior, que seria o atravessamento da fantasia, algo pretendido pela psicanálise pura. Salienta, ainda, que a psicanálise aplicada não é uma forma restrita de psicanálise, mas, sim, uma psicanálise orientada pelo sintoma, e pode-se entender que o rigor teórico e de formação do analista são compartilhados por ambas.

Para esse autor, a distinção entre sintoma e fantasia é o que dá sentido à diferença entre psicanálise pura e psicanálise aplicada, e ele trabalhou no sentido de esclarecer essa questão. Mas, ele mesmo admitiu para seus leitores, que aquele caminho que parecia tão objetivo, psicanálise aplicada trabalhando na vertente da redução sintomática, e psicanálise pura na formação do analista supondo a travessia da fantasia, não estava desta forma em Lacan. Considera, inclusive, que traçou uma trajetória por demais simples nestas distinções. Isso porque, no último Lacan há formulação sobre o *sinthoma*, onde nele aparecem, conjugados, sintoma + fantasia, em perspectiva em que a diferença entre as duas não é essencial. Mesmo, com estes esclarecimentos o termo psicanálise aplicada continua sendo utilizado, especialmente ao se tratar da psicanálise praticada em instituições. Em virtude deste uso, a dissertação manterá a denominação

psicanálise aplicada ao se referir à prática dos profissionais orientados pela psicanálise em situações que reivindicam uma atuação focada no sintoma.

Já sobre a distinção entre psicoterapia e psicanálise, Miller (2001) coloca que a psicoterapia se restringe ao nível das identificações, enquanto a psicanálise pretende atravessá-las. Portanto, mesmo que psicanálise e psicoterapia tenham uma influência terapêutica, trabalhem com a fala do paciente, existem diferenças. O trabalho do psicoterapeuta baseia-se no sentido literal do dizer do paciente, no que a fala deste transmite.

No texto *Psicanálise e Psicoterapia* (MILLER, 1997b) o autor afirma que a psicanálise e a psicoterapia não são dois domínios excludentes um do outro, exteriores um ao outro sem ponto comum, como a princípio pode parecer. Para Miller (1997b, p. 10) “há uma zona de psicoterapias que não têm nada a ver com a psicanálise, assim como há uma zona do campo freudiano que é exterior à psicoterapia; e há uma zona de interseção”. A respeito do que há de comum entre psicoterapia e psicanálise é que ambas admitem a existência de uma realidade psíquica. A questão passa a ser, então, a de saber como operar sobre essa realidade psíquica.

Existe um vasto leque de psicoterapias a classificar, da ginástica à psicoterapia breve de instituição, segundo esse autor. O princípio de classificação da psicoterapia é a incidência da palavra do Outro, um Outro a quem o sujeito que sofre obedece e do qual espera a aprovação. Para Miller

Todo significativo do Outro, toda palavra do Outro, na medida em que reconhecemos nesse outro a posição de grande Outro, tem efeito de identificação. Essa é a base comum da psicoterapia e da psicanálise. Pode-se até dizer que, na psicanálise, a sugestão é, inclusive, a mais pura. Nesse nível, a psicanálise é psicoterapia, isto é, terapia por identificação (MILLER, 1997b, p. 14).

A posição do analista diante desta identificação é que distingue a psicanálise das demais psicoterapias. Para a psicanálise a possibilidade da operação analítica não se baseia sobre nada além do que uma recusa do analista, recusa em utilizar os poderes da identificação. O analista, na medida em que ocupa o lugar do grande Outro, desse Outro para o qual o sujeito se volta em seu sofrimento, recusa-se a ser o mestre. É por isso que se fala de ética da psicanálise, e do desejo do analista, como de um desejo que seria mais forte do que o desejo de ser o mestre. Esse desejo é enigmático (MILLER, 1997b).

Este ponto é fundamental, pois o psicoterapeuta se restringe ao circuito da identificação enquanto o analista abre caminho para o paciente encontrar a questão de

seu desejo além da identificação. A psicanálise ensina que nenhuma identificação satisfaz a pulsão, e que o mais-de-gozar escapa à identificação. O caminho proposto pela psicanálise é o de elucidar o desejo do sujeito e, de acordo com Miller, o que é terapêutico na operação analítica é o desejo. Em certo sentido, o desejo é a saúde, pois, contra a angústia, é o remédio mais eficaz. A culpabilidade vivida pelo sujeito deve-se, fundamentalmente, a uma renúncia ao desejo. Mas, paradoxalmente, o desejo é aquilo que é contrário a toda homeostase, ao bem-estar (MILLER, 1997b).

Lacan, em seu texto *Televisão* (2003c), coloca que a psicoterapia se encontra no campo do sentido, do bom-senso, onde a fala surrupia o inconsciente, o gozo, a fantasia. Situa-se na dimensão de captar somente as relações imaginárias, a compreensão, o enunciado e não a enunciação, as pulsões, a falta do Outro. O psicanalista, por sua vez, toma a fala do paciente não em seu sentido estrito, e sim, as rupturas que ela revela, enfim, escuta o inconsciente. A direção da psicanálise é para o gozo, o real, ao que o sintoma satisfaz, já a psicoterapia é para o sentido e o imaginário. Segundo Figueiredo:

Ao produzir esse primeiro efeito de fala, o analista apenas iniciou seu trabalho. E só pode fazê-lo quando o sujeito em questão suporta minimamente pôr em suspenso as urgências de seu sofrimento em seu pedido de cura ou de uma explicação sobre a causa de seus males. Fazê-lo suportar isso é tarefa preliminar. (FIGUEIREDO, 1997, p. 124).

E ainda completa:

E preciso ir além da acolhida para manter a aposta em firmar o pacto. Alguma coisa que o analista diz ou faz: um comentário, uma indagação e mesmo um convite explícito a pensar sobre o que é dito deve atingir o sujeito. Algo em que se reconheça ou até se estranhe mas que, de algum modo, lhe seja familiar, diga algo a seu respeito, que aponte para um deciframento, transformando sua queixa em questão. Aí está uma chance, e apenas isto, da transferência deixar de ser uma expectativa imediata de cura para se transformar na transferência analítica. Cabe ao sujeito entrar no jogo, apostar em saber um pouco mais daquilo que o aflige para tomar nas mãos uma parcela de seu destino que, é preciso que se diga, depende de um campo variável de possibilidades não previstas. P. 125. (FIGUEIREDO, 1997, p. 125).

Outra diferença é a postura que o profissional tem, em relação ao sintoma. Se o psicoterapeuta aceita ser colocado em uma posição de detentor de um saber, sobre o que é melhor para o paciente, sobre seu sintoma, o psicanalista se deixa ser colocado em uma posição de suposto saber, não assumindo o lugar do Outro. Proporciona a possibilidade do sujeito descobrir as diversas funções do sintoma em sua vida, seus ganhos secundários, consequências, enfim os efeitos originários dele. Mais um aspecto na diferenciação entre psicoterapia e psicanálise, é a utilização do significante-mestre,

aquele que representa o sujeito perante outros, ou seja, aquele em torno do qual o sujeito se organiza, se vê identificado, fixado, por exemplo: sou toxicômano. Neste sentido o componente genérico de De Leon que objetiva conscientizar o toxicômano, através de grupos de encontro de internos, quanto a atitudes ou padrões de comportamento que devem ser modificados, faz coro com a intenção da psicoterapia.

Para Pierre Naveau (2007, p. 12), o significante-mestre, na “psicoterapia, visa à identificação, ou seja, àquilo pelo qual a identificação é feita: a instituição do sujeito”. A psicanálise “tende à desidentificação, isto é, àquilo pelo qual a identificação é desfeita: a destituição do sujeito”. O lugar em que a psicanálise lança o sujeito é diferente do lugar em que a psicoterapia o coloca. Enquanto a psicoterapia busca estabelecer e fortalecer uma posição para o sujeito, a psicanálise visa desconstruir e desalienar o sujeito de falsas identificações, apontando sua castração e fragilidade. A linha que marca as diferenças entre a terapêutica e a psicanálise aplicada deve ser marcada, evitando assim um tratamento que não tenha uma orientação definida.

A meta final da psicanálise é apontar a descompletude e seus efeitos sobre o sujeito. Segundo Brousse (2007, p. 23), “contrariamente aos “psi” que tratam pela linguagem e pela escuta, a psicanálise trata do traumatismo da linguagem pela escrita formal do sintoma. Ela não identifica, ela descompleta”. E daí mais que enfatizar a escuta, deve-se pensar no analista como um bom leitor do texto do inconsciente. Naveau (2007, p. 10) “a estrutura da linguagem comporta duas vertentes, a do signo e a do sentido. A psicanálise se situa na vertente do signo, ao passo que a psicoterapia, na do sentido”. A psicoterapia tem uma ligação com o eixo da racionalização, no sentido decifrar e dar sentido à estrutura da linguagem. A psicanálise, no entanto, estabelece uma ligação com o signo, proporcionando uma direção do tratamento diferente, permitindo que a livre associação de ideais direcione o analista a identificar o desejo do paciente.

A psicoterapia, muitas vezes, está associada aos ideais civilizatórios, racionalização das normas e regras, buscando o diálogo e bom senso. Mais uma vez encontra-se o modelo psicoterapêutico na proposição de De Leon, na proposição de atividades em formato coletivo com o intuito de estabelecer laço social e visão de coletivo nos internos. Esta posição pode alavancar uma alienação do sujeito em tratamento, tragando-o nos efeitos da sugestão. Naveau (2007, p. 11), afirma: “se tomo o caminho que me ordenam ou que me aconselham, significa que ajo conforme a vontade de alguém. Não se brinca com o empuxo-a-sugestão”. Para este autor, em uma

vertente racionalista, a psicoterapia busca que o sujeito seja instituído, como se a pessoa passasse a ter o comando, controle de suas atitudes. A psicanálise, por outro lado, embarça o sujeito, busca fazer a angústia trabalhar e, desta forma o sujeito sente-se parcialmente desamparado, destituindo os ideais civilizatórios imperativos. A psicoterapia visa tamponar a angústia do sujeito induzindo-o ao que ela considerada como um S1, uma referência que o identifique, colocando o sujeito refém entre inúmeras possibilidades de identificação, fazendo seu gozo pular de galho em galho. A psicanálise salienta a divisão do sujeito, sua incompletude, castração. O corte narcísico e a incompletude do sujeito são fundamentais de serem assimilados pelo sujeito, especialmente aquele que, como o toxicômano, não lida bem a frustração e foge de aceitá-la.

Sobre as psicoterapias Mezan faz um interessante comentário:

Não que uma psicoterapia comum não possa ajudar alguém; pode, e muito. Mas o que se verifica com frequência é a usurpação do nome e do prestígio da psicanálise por formas de tratamento psíquico que não trabalham com o inconsciente no sentido freudiano, e, a pretexto de "humanizar" a relação terapêutica ou de apressar o que chamam de "alta", violam os preceitos mais elementares da disciplina freudiana. (MEZAN, 2003, p. 108).

Já para Brousse (2003, p. 37), "A psicanálise aplicada constitui uma máquina de guerra contra outro termo, a psicoterapia de inspiração analítica". Para Cruz (2007, p. 17), a expressão máquina de guerra é "uma forma de enfatizar a importância de impedir que a psicanálise se dissolva em seus efeitos de laço social, quando inserida em contextos institucionais que, a todo o momento, estão a serviço do mestre moderno e da ciência, a exemplo do Hospital Geral". E ainda completa:

A psicanálise aplicada nas instituições não é uma prática simulacro da prática de consultório, que estaria sendo falsificada ou clonada nas instituições, nem uma prática corrompida em sua pureza vitalícia. Diferente da psicanálise pura, que visa à formação do analista, a psicanálise aplicada enfatiza o tratamento do sintoma, priorizando a terapêutica. Trata-se, assim, quando se considera sua aplicação terapêutica nas instituições, de uma forma da psicanálise situar-se entre outros discursos sem que seus fundamentos sejam dissolvidos. (CRUZ, 2007, p. 17).

Assim como Miller, Brousse salienta a necessidade em se diferenciar a psicanálise de outras psicoterapias. Diversas linhas psicológicas utilizam-se do discurso para decifrar, racionalizar o comportamento humano, sempre em busca de significantes capazes de conter o gozo. A psicanálise, no entanto, faz do discurso uma fonte do tratamento pelo não-sentido, apontando a castração e as diversas maneiras que o sujeito a evita. Não basta um lugar de escuta para se dizer que pode ocorrer psicanálise em instituições.

O trabalho da análise transforma a fala vazia do sujeito, suportada por seu narcisismo, uma fala desresponsabilizada, que não chama uma resposta do sujeito e na qual o Outro recebe a culpabilização dos problemas que ocorrem com o ele. É importante a transformação do falar à toa em palavra cheia de sentido para o sujeito, uma mudança subjetiva em que o sujeito caminhe de seu desabafo em direção a sua implicação nas questões. O falar à toa transforma o discurso em significantes que desvelam o sujeito, o saber inconsciente, demonstram, para o analista, como o sujeito se coloca diante das situações, revelando sua maneira de lidar com o mundo. Em sua fala o sujeito, sem se dar conta, utiliza-se de significantes que dizem dele, de seu inconsciente, e utilizando-se destes significantes o analista percebe o modo singular deste sujeito se colocar no mundo. A fala dirigida ao analista, após a transferência ser estabelecida permite que este realize seu trabalho, suas interpretações.

Assim como no consultório, nas instituições o analista utiliza as pedras angulares da psicanálise, possibilitando um espaço terapêutico, se colocando em posição de escutar o sujeito. Trata-se de promover um espaço, um lugar para que os efeitos psicanalíticos aconteçam, o que Miller (2009) chama de “lugar Alfa”, lugar de respostas, um lugar em que falar à toa assume a forma da questão e a própria questão, a forma da resposta. Deve-se fazer valer o falar, tirar proveito dos poderes da palavra em sua relação com a satisfação pulsional, propiciando ao paciente o que pode se apresentar como um saber inconsciente. Para a instalação do lugar Alfa é necessário o laço pelo qual se encontra o sujeito conectado a um “saber suposto”, e do qual ele próprio ignorava ser a sede. Miller (2009) ainda completa que os “efeitos psicanalíticos não resultam apenas do enquadre, mas do discurso, quer dizer, da instalação de coordenadas simbólicas por alguém, que é analista e cuja qualidade profissional não depende do terreno apropriado do consultório, [...] mas, sim, da experiência em que ele se engajou”.

Ilka Franco Ferrari (2005) caracterizou a psicanálise aplicada como “aquela que se interessa mais pelo efeito terapêutico em suas causas e no grau em que acontecem e menos pelo fim de análise”, e prossegue:

A psicanálise aplicada ensina a arte de diagnóstico e prognóstico, até mesmo porque esta é uma clínica que se orienta pelos efeitos de pacificação, apoio à demanda singular, pelas razões que, até então, impediram a inclusão do sujeito no laço social, ou pelas razões que o desalojaram do mesmo, em determinado momento; Considera as condições sociais do sujeito a fim de elaborar um ajuste das possibilidades que a sociedade oferece para voltar a acolhê-lo [...], não se inclina à sugestão, a não ser nos momentos em que ela

está indicada [...]. Por fim, psicanálise aplicada não é psicoterapia (FERRARI, 2005).

A proposta psicoterápica de ir em direção ao sentido e apaciar a angústia é mais pacificadora para o sujeito, o que lhe dificulta encaminhar-se pelo enigmático, doloroso e trabalhoso caminho proposto pela psicanálise. O real, apontado pela psicanálise, é devastador, porém desalienante. Ser escravo do gozo é uma posição mortifica para o sujeito, mas para alterar esse caminho e tornar o sintoma o nó da questão, uma inversão de caminho deve ser tomada. Na busca de contenção para o gozo as psicoterapias se apoiam em regras universalizantes, discursos, leis, o que tem se provando insuficiente para conter o gozo do sujeito. A psicanálise coloca em ação uma metodologia que visa responsabilizar o sujeito por seu gozo, por seu sintoma, e desta forma, permite efeitos terapêuticos breves além de inserir a psicanálise em espaços institucionais.

2.4 Psicanálise Aplicada e o Universal

A concepção de saúde mental adotada pelas instituições reflete a lógica do todo, da completude, situando como responsabilidade social a produção de um sujeito aderido ao sistema, que adequa-se às normas sociais. Estar com saúde é ficar de fora dos critérios diagnósticos estabelecidos pelos manuais de psiquiatria como DSM-5 e CID-10. Já para a psicanálise não existe saúde mental, visto que sua reflexão é feita a partir da lógica do não todo. O que é de interesse na psicanálise são os modos de gozo e suas consequências, cabendo a cada sujeito sua própria responsabilização sobre estes efeitos.

O trabalho do analista em instituições apresenta complicadores como o fato da psicanálise apresentar uma visão crítica dos ideais civilizatórios, aqueles que pretendem indicar um modo de viver, valores, regras, comportamentos, o que em geral não agrada nestes lugares. Na psicanálise existe um componente de insubordinação, de apontamento das inconsistências, o que ela exalta e reconhece é a diversidade humana, portanto, é na diferença, no singular que ela sobrevive. Segundo Sérgio Laia:

Há, portanto, um paradoxo que se apresenta na ação dos psicanalistas no mundo. Por um lado, se a psicanálise não propõe respostas aos impasses da civilização, sua própria sobrevivência está ameaçada; por outro lado, se estas respostas fossem adotadas mundialmente, se ninguém mais resistisse à subversão psicanalítica, a psicanálise não deixaria de estar seriamente em risco ou talvez inclusive já morta (LAIA, 2010, p. 1).

Embora a psicanálise aplicada tenha o foco no sintoma, ela trabalha não no sentido de sua eliminação, mas de certa reconciliação, responsabilização do sujeito por seu sintoma, melhor dizer, portanto, que o tratamento não é do sintoma e sim um

tratamento pelo sintoma. Isto implica uma mudança da relação do sujeito com seu gozo em uma perspectiva de responsabilização, não de adequação à norma social. A psicanálise desconstrói e aponta a inconsistência do Outro, de seus valores, normas, regras que ludibriam a sociedade propagando um cenário de organização e estruturação impossíveis de alcançar. Ela não está no mundo para compartilhar ou impugnar estes valores e sim para fazer aparecer a singularidade do sujeito. De acordo com Júnia Vilhena:

Pode-se inferir que a função da psicanálise é propiciar o aparecimento do sujeito para que este possa conduzir o seu próprio tratamento, utilizando-se para tanto dos mecanismos psicanalíticos: a fala, a transferência e sua capacidade de elaboração simbólica. Isto só se torna possível à medida que o sujeito encontre alguém para endereçar suas palavras, suas dores, seu desejo. (VILHENA, 2012, p. 126).

No texto *Ato e Instituição*, Laurent (2011b) escreve sobre o trabalho do psicanalista em instituições. O autor coloca que o discurso analítico supõe o apagamento do discurso egóico do paciente, propiciando emergir o sujeito. Neste sentido, o psicanalista em instituições busca abrir uma clareira no contexto em que se produzem os efeitos de transferência institucional. Para o autor, este mesmo movimento ocorre no consultório, quando o analista apaga também a civilização, os efeitos de civilização na qual o sujeito se endereça ao analista. O que o analista deve buscar é minimizar os efeitos imperativos do Outro sobre o sujeito, embaraçar as respostas que o paciente dá em função do Outro, as desculpas e justificativas que ele elucubra. Isto não significa ignorar o horizonte da época em que vive o paciente. A psicanálise, no entanto, não se endereça e tampouco responde aos costumes da civilização, do Outro, não ignorando a presença do Outro, mas abrindo espaço onde o sujeito possa emergir. O objetivo da enunciação da regra fundamental da psicanálise, a livre associação de ideias, tem o mesmo objetivo na instituição e no consultório.

Sob o impacto da instituição o paciente é impelido por um componente de determinação institucional, de valores universalizantes, como por exemplo, o componente genérico de De Leon que coloca os companheiros como modelos de atuação, modelo de comportamento. Em direção oposta a isto, o analista busca abrir uma clareira no funcionamento da instituição.

Laurent (2011b) coloca várias maneiras de exercer a psicanálise em instituições. Por um lado ele coloca a prática feita por muitos, onde o sujeito na instituição deve ser confrontado com o múltiplo, com um discurso que se enuncia por muitos. Para a realização desta proposta é necessária uma instituição criada a partir da psicanálise, quer

dizer, que todos sejam analistas ou analisantes. Por outro lado, existe a possibilidade do analista no consultório, exercendo o direito do sigilo sobre suas consultas, não trocando nenhuma informação, recusando-se a receber os pais, as esposas, os maridos, recolhido dentro de seu território. Para alguns casos esta pode ser a única solução possível, mas não são os mais favoráveis. No caminho do meio, na terceira via, Laurent fala do analista socrático, \$ (sujeito dividido), transitando na instituição, questionando seus mestres, desvelando os furos e faltas. O psicanalista sem o saber, mas também o psicanalista do saber explícito, apresentando casos clínicos, dividindo suas hipóteses, compartilhando o que sabe e o que não sabe. Faz valer um psicanalista que transmite um saber e que ensina na instituição, sabendo o que faz.

As instituições contemporâneas orgulham-se de estabelecer missão, objetivo, meta como critérios que devem servir de orientação para as decisões, planejamentos e estruturação do cotidiano. O trabalho do psicanalista segue orientado primeiramente por sua ética e desta não deve ceder ao se deparar com as construções das instituições. O psicanalista Pierre-Gilles Guéguem coloca que para a psicanálise “não se trata de combater os ideais universalizantes que animam a maioria das instituições, mas sim de fazê-los desconsistir por meio do uso adequado dos semblantes”. (GUÉGUEM, 2007, p. 20). O psicanalista que trabalha em instituições deve saber lidar com as demandas institucionais e atuar da mesma forma com que o faz com o supereu da civilização, ou seja, trata de descompletá-lo, inconsistí-lo, indecidi-lo, indemonstrá-lo (LACAN, 2003b). Existem psicanalistas que exercem a função de gerentes e também aqueles que questionam o gerente para descompletá-lo, porque ele é o representante do significante-mestre. A questão que se faz presente é saber o que se faz, ao fazer inconsistentes as figuras do supereu e da demanda. O objetivo é desarranjar o todo, incluindo aí os ideais da instituição, para fazer valer o saber que não supõe nenhum sujeito totalizador. (LAURENT, 2011b).

Não se está propondo a tarefa de produzir a interpretação infinita, a interpretação generalizada, é essencial a produção do ponto de estofo, do ponto de basta, principalmente quando se lida com o sujeito que não faz valer o Nome-do-Pai como ponto de estofo padronizado (LAURENT, 2011b). Deve-se considerar que “a instituição tem suas normas, mas devemos tentar construí-la visando a aceitar a fuga de sentido, a outorgar um lugar para a particularidade” (BELAGA, 2003, p. 13). A indicação é que existem mais formas de funcionamento do significante-mestre, de funcionamento do ponto de estofo, do que aqueles que a civilização considerou. Não são somente o mestre

e suas identidades assinalam o que pode funcionar como ponto de estofo. O sintoma é um deles, é preciso saber fazer com o sintoma, mesmo o institucional. É o que faz o lugar particular da prática do fora de sentido na prática feita por muitos (LAURENT, 2011b). Somente fazer valer a lei, recorrer ao regulamento é infrutífero, não se pode confundir o regulamento com a autoridade da lei. Convocar a lei quer dizer que é preciso utilizar todas as maneiras, não de produzir S2, mas de saber ser um S1, ao lado dos significantes-mestres da civilização. Trata-se, para os analistas ou praticantes, de não esquecer essa equivalência central entre S1 e sintoma. O matema do trabalho do psicanalista na instituição é, portanto, para este autor, $S1=\Sigma$. É ineficaz e indesejado o confronto de uma doutrina psicanalítica com a instituição, pois isto pode levar a exclusões, rigidez e falta de diálogo. Trata-se de buscar um saber fazer com a instituição, fazer a psicanálise acrescentar algo à instituição, seja através de apresentação de casos, desconstruindo identidades, questionando mitos. Dessa forma, o profissional orientado pela psicanálise, que está presente nas CTs, deve ser alguém que propicia uma via onde a particularidade do interno tem espaço para aparecer, onde a massificação de conceitos proposta pelo modelo genérico de De Leon não ecoa, onde o sintoma fala.

3. ORIGEM DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Viver em civilização sempre foi um desafio para a humanidade e, na tentativa de organizar esta convivência, vários instrumentos e formas regulatórias foram criados. No período dos essênios, por exemplo, de acordo com De Leon (2003, p.16) um destes instrumentos era o “código de sanções”, utilizado para penalizar os cidadãos que se comportavam de maneira indesejada. A lista das transgressões estabelecidas no código era longa: “mentir, guardar ressentimentos, proferir palavras tolas ou rir fora de hora, dormir durante reuniões da comunidade ou deixá-las antes do fim” (DE LEON, 2003, p. 16). A forma encontrada de tratar aqueles que não seguiam os padrões e ideais definidos pelo código eram punições como “períodos de banimento da comunidade”, “redução das rações alimentares ou de privilégios” (DE LEON, 2003, p. 16). A maneira de lidar com o mal-estar na sociedade originava cerceamento da liberdade, tentativa de controle do comportamento de seus membros e segregação, tendo como justificativa o bem geral da comunidade.

A dificuldade da civilização em lidar com o heterogêneo é exemplificada, por exemplo, através do desconforto social causado pelos excessos que os alcoolistas cometem. Na tentativa de conter esses comportamentos, cerca de dois séculos atrás, os bêbados do Reino Unido eram expostos, em praça pública, como punição. Os casos mais graves eram internados em hospitais psiquiátricos, já que a concepção da época era de que o consumo excessivo de álcool seria uma escolha pessoal, uma opção que o indivíduo fazia de modo racional (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004). Se ele perdia a razão, restava-lhe o enclausuramento, mas, o caminho para o controle pulsional era embaraçar e envergonhar o sujeito perante a sociedade. Pode-se pensar que o diferente era destacado do conjunto da sociedade e discriminado.

Na segunda metade do século XX, o abuso no consumo de substâncias psicoativas deixa de ser considerado um desvio de caráter e passa a ser considerado uma doença com características biológicas, psicológicas e sociais. Com a concepção de alcoolismo como doença, novas formas de tratamento ganham oportunidade de serem inseridas na sociedade (FIGLIE, BORDIN, LARANJEIRA, 2004). Em lugar de bêbados, os alcoolistas passam a ter a posição de doentes e uma das formas de tratamento criada pela sociedade é a internação em Comunidades Terapêuticas (CTs), com o objetivo de tratamento da dependência química.

As CTs, portanto, são uma solução apresentada para resolver o mal-estar na civilização, uma forma de compensação pela renúncia pulsional infringida ao sujeito. Lacan (2003d, p. 362), nos caminhos percorridos por Freud, argumenta que “toda formação humana tem, por essência, e não por acaso, de refrear o gozo”, de modo a preservar a civilização, cobrando do sujeito um preço.

As origens das CTs remetem ao início da década de 40, onde experiências simultâneas e similares ocorriam na Europa: no hospital Northfield (Birmingham), um novo projeto de tratamento era concebido e as experiências eram conduzidas por Bion e Rickman (HARRISON; CLARKE, 1992). Esta experiência tinha como objetivo a recuperação de soldados que sofriam de neuroses. Os médicos psiquiatras do exército tinham a concepção de que o tratamento deveria ser através de terapias e atendimentos psicológicos, buscando uma compreensão dos casos clínicos que ia além dos traumas de Guerra. Uma análise da vida pregressa do sujeito, bem como a natureza da vida no exército, eram levadas em consideração. Neste momento, não se pretendia um tratamento universalizante e sim, considerar vivências particulares dos internos na busca de identificar as causas de suas neuroses. Um ponto a ser destacado, no entanto, era a

maneira utilizada para identificar os pacientes que progrediam no tratamento, ou seja, uma mudança em seu uniforme, que passava a ser de cor caqui com listas azuis nos ombros, um tipo de reforço positivo que diferenciava os pacientes mais adiantados (HARRISON; CLARKE, 1992). Um projeto que pretendia buscar as particularidades acaba por conduzir a processos segregatórios em seu seio, indicando uma segregação e, também, um modelo a ser seguido.

Apesar de ser uma tentativa de tratamento, a essência desse trabalho tinha cunho militar, sendo cobradas a disciplina, saudações aos oficiais, etc. Os soldados eram alocados para tratamento sem que soubessem direito de que se tratava e, muitas vezes, aqueles com histórico de desobediência e indisciplina ali eram colocados, sem o menor interesse em se tratar. A função institucional era reabilitar e proporcionar que o soldado voltasse para suas funções normais, mas, por vezes, se tornava local de contenção, e não tratamento (HARRISON; CLARKE, 1992, p. 700). Segundo relatos de ex-pacientes, o ambiente era hostil e repleto de inconsistências onde reinava a incerteza, isolamento e depressão. A psicanálise estava na base da formação dos pioneiros criadores desse modelo de tratamento tendo alguns membros inclusive sendo analisados por Melanie Klein. Esta talvez tenha sido a primeira vez em que uma grande concentração de especialistas com uma visão para aplicações sociais da teoria psicodinâmica se reuniu (HARRISON; CLARKE, 1992).

Com o aumento da demanda de tratamento para soldados com problemas neuróticos, em função da Segunda Guerra Mundial, aparece a necessidade de um tratamento em larga escala e, desta forma, o atendimento em grupo foi uma solução implementada. A busca passou a ser de um tratamento uniforme, que atendesse a todos. O objetivo era um tratamento “universal”, devido às contingências do momento. O foco passou a ser na educação e treinamento dos soldados para um retorno às suas atividades. A esperança era de que com a uniformidade do tratamento, um sentimento de ajuda mútua, em comunidade, colaborasse para a assimilação de regras, educação e socialização dos pacientes. Esta mudança no foco do tratamento foi colocada por Penelope Campling:

Os psiquiatras do Hospital Northfield, em Birmingham decidiram focar na unidade como um todo, mais do que nos problemas individuais; eles estruturaram as alas como comunidades, encorajando ajuda mútua e cooperação na convivência (em alguns aspectos de forma similar a vida no exército), com discussões em grupo não direcionadas para examinar e entender o processo. Eles viam a comunidade como um todo, como paciente e instrumento do tratamento, e o objetivo era a educação e o treinamento da comunidade sobre as questões envolvendo defesas neuróticas e relações

interpessoais. Esta ideia foi mais tarde conhecida como experiência do vivendo e aprendendo. (CAMPLING, 2001, p. 366, tradução nossa)¹⁷.

Mas o termo Comunidade Terapêutica (CT) não foi cunhado pelos profissionais do hospital Northfield, e sim por Thomas Main, em 1946. Este psiquiatra inglês também desenvolvia um modelo de tratamento para militares incluindo terapia comunitária e psicoterapia, nos moldes do Hospital Northfield. Mas, segundo De Leon (2003), o modelo que passou a ser referência no desenvolvimento de novas CTs foi baseado nos experimentos do psiquiatra do exército inglês, Maxwell Jones. Segundo esse autor, a “motivação geral da CT Jones – a natureza terapêutica do ambiente total – é precursora do conceito fundamental de comunidade como método na CT de tratamento da dependência que surgira mais tarde” (DE LEON, 2003, p. 15).

De certa forma, a criação do conceito de CT foi revolucionário no sentido de questionar o aprisionamento, em quartos de hospitais psiquiátricos, e seus efeitos para os pacientes. A tentativa dessa invenção chamada CT, era a criação de uma comunidade em que o sujeito participava e contribuía, ativamente, enquanto nos hospitais psiquiátricos da época eram pacientes passivos. Segundo Campling:

A premissa básica era de que, para pessoas hospitalizadas por um longo período, a maneira que eles viviam, o trabalho que faziam, suas relações pessoais, com suas recompensas e punições, eram mais importantes para sua reabilitação que o tratamento médico que pudessem receber. Isto era revolucionário no princípio dos anos 50, quando os hospitais psiquiátricos eram fechados, como prisões. (CAMPLING, 2001, p. 369, tradução nossa)¹⁸.

Em outro aspecto este modelo institucional mantinha a segregação ao retirar da sociedade em sentido irrestrito, os considerados inadequados ao convívio social, com a justificativa de proporcionar-lhes um ambiente mais seguro. Um dos principais pontos que diferenciava o tratamento nas CTs, daqueles realizados nos hospitais psiquiátricos era a utilização de remédios. Enquanto nos hospitais os doentes mentais recebiam tratamento apoiados em tranquilizantes, as CTs mantiveram-se alheias a este tipo de condução do tratamento (LIPTON, 1998). Maxwell Jones tratava os soldados com

¹⁷ The psychiatrists at Northfield Hospital in Birmingham decided to focus on the unit as a whole rather than on individual problems; they structured the wards as communities, encouraging mutual support and cooperation in living (in some ways similar to life in the army), with non-directive group discussions to examine and understand the process. They saw the whole community as both the patient and the instrument of treatment, and the aim was the education and training of the community in the problems of neurotic defences and interpersonal relationships. This idea was later known as the living-learning experience. (CAMPLING, 2001, p. 366)

¹⁸ The basic premise was that for people spending a long time in hospital, the way that they lived, the work they did, their personal relationships, the regime, with its rewards and punishments, were more important for their rehabilitation than the medical treatment they might receive. This was revolutionary in the early 1950s, when mental hospitals were closed, prison-like institutions. (Campling, 2001) p. 369.

abordagens pedagógicas, buscando uma convivência pacífica em comunidade. Realizava um treinamento sobre como conviver em sociedade, seguindo normas, padrões de conduta e convivência em grupo (FIGLIE, BORDIN, LARANJEIRA, 2004). A direção proposta seguia a linha pedagógica, com os pacientes antigos ensinando aos mais novos o que haviam aprendido. Isto se dava através de palestras informativas sobre os sintomas e debates (CAMPLING, 2001).

Esta abertura, considerada mais democrática, onde pacientes participam ativamente do tratamento, pode ser considerada um marco para as demais CTs (BOYLING, 2010). Segundo Campling (2001, p. 366), durante os anos “1960 e 1970, várias comunidades terapêuticas foram instaladas em diferentes partes do país, compartilhando algumas ideologias e princípios básicos, mas adotando maneiras particulares de acordo com as necessidades e recursos locais”¹⁹, características estas que persistem nos dias atuais, em que as CTs têm em comum alguns princípios, porém cada uma reserva aspectos particulares. Abaixo quadro 1 (um) com as características da CT de Jones:

Quadro 1 – Características da comunidade terapêutica psiquiátrica (Jones)

- Considera-se a organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico.
- A organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento.
- Um elemento nuclear é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição.
- Todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos.
- A atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância com respeito a comportamentos disruptivos.
- Atribui-se um alto valor à comunicação.
- O grupo se orienta para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade.
- Usam-se técnicas educativas e a pressão do grupo para propósitos construtivos.
- A autoridade se difunde entre os funcionários e responsáveis e os pacientes.

Fonte: Adaptado de Kennard (1983)

Embora as CTs tenham se originado na Europa, sua popularização deu-se nos Estados Unidos, segundo De Leon:

¹⁹ “1960s and 1970s, a number of democratic therapeutic communities were set up in different parts of the country, sharing some basic ideological principles but evolving in individual ways, according to local needs and resources” (CAMPLING, 2001, p. 366)

A primeira geração de CTs aceita por consenso que a popularização do nome comunidade terapêutica ocorreu primeiramente na cidade de Nova York. Uma versão afirma que algumas pessoas (por exemplo, Alexander Bassin, Daniel Casriel, David Deitch, Joseph Shelley) envolvidas no desenvolvimento de programas como os da Daytop Village e da Phoenix House conheciam o trabalho de Maxwell Jones e denominaram os novos programas comunidades terapêuticas a partir do modelo de Jones. (DE LEON, 2003, p. 28).

Além das influências de Maxwell Jones, as CTs norte-americanas foram concebidas sob a forte presença de fontes ligadas ao tratamento da dependência química. Neste aspecto destacam-se as presenças do Grupo de Oxford, dos Alcoólicos Anônimos (AA) e da Synanon. Segundo De Leon:

O grupo de Oxford [...] transmitia sua mensagem essencial – um retorno à pureza e à inocência dos primórdios da Igreja cristã. A missão de Oxford para o renascimento espiritual dos cristãos acomodava de modo amplo todas as formas de sofrimento humano. Embora não constituíssem o foco principal, os transtornos mentais e o alcoolismo, na qualidade de sinais de erosão espiritual, eram contemplados pelas preocupações do movimento. (DE LEON, 2003, p. 17).

Outro movimento antigo, e com uma significativa presença na origem das CTs norte-americanas era os Alcoólicos Anônimos (AA). Foi criado por Bill Wilson, então dependente químico, e pelo médico Robert Smith, que iniciaram um processo de recuperação baseado na ajuda mútua, pois na sua concepção, não se podia superar o alcoolismo sozinho. A esperança de mudança consistia em entregar sua vida a uma força superior (FIGLIE, BORDIN, LARANJEIRA, 2004). Alguns pontos eram considerados essenciais para a recuperação de acordo com o AA, entre eles os 12 Passos:

Quadro 2 – Os doze passos dos Alcoólicos Anônimos

| |
|---|
| <p>1° PASSO Admitimos que éramos impotentes perante a dependência de álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.</p> <p>2° PASSO Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.</p> <p>3° PASSO Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.</p> <p>4° PASSO Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.</p> <p>5° PASSO</p> |
|---|

Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.

6° PASSO

Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

7° PASSO

Humildemente rogamos a Deus que nos livrasse de nossas imperfeições.

8° PASSO

Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

9° PASSO

Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.

10° PASSO

Continuamos a fazer o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

11° PASSO

Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação à nós, e forças para realizar essa vontade.

12° PASSO

Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir esta mensagem aos dependentes de álcool e praticar estes princípios em todas as áreas de nossas vidas.

Fonte: EDWARDS, MARSHALL, COOK, 1999

Estes passos visam criar um ambiente de fraternidade entre os participantes do AA, além de servirem como um guia de conduta que permite ao alcoolista livrar-se de sua compulsão à bebida. Os passos, como se observa, colocam o alcoólatra em posição de inferioridade em relação ao poder atribuído às substâncias, e enfatizam sua falta de controle.

Mas, segundo De Leon (2003, p. 19), os “elementos essenciais das CTs de tratamento da dependência química – conceitos, programas-modelo e práticas básicas – surgiram na Synanon²⁰, fundada em 1958 em Santa Mônica, Califórnia”. A origem da Synanon, assim como o AA, é atribuída a um alcoolista Charles Dederich, que

²⁰ O nome Synanon teria sido uma adaptação das engrolações de um usuário intoxicado que – ao procurar ser admitido num dos grupos semanais, teria pronunciado desse modo a palavra *seminar* (seminário). (DE LEON, 2003, p. 20).

desenvolveu um programa sob o referencial teórico que abrangia Platão, Freud, Buda, São Tomás de Aquino, baseado na proposta de formação de um novo lar para o adicto e sua família (DE LEON, 2003). Os moldes deste modelo de tratamento se baseavam em uma organização hierárquica, valorizando os ensinamentos e conselhos de seus membros mais antigos. Este movimento empregou uma diferença fundamental em relação ao AA, que foi o ambiente residencial.

A mais notável mudança foi a passagem do ambiente não-residencial das reuniões e dos grupos regulares da AA à comunidade residencial intensiva de 24 horas das CT, incluindo-se aí todas as atividades da vida cotidiana, do trabalho, dos relacionamentos e da recreação, além de grupos terapêuticos e reuniões comunitárias. (DE LEON, 2003, p. 21).

Outra característica marcante deste movimento que é uma das bases das atuais CTs é a valorização da ajuda-mútua, onde os internos mais experientes em termos de abstinência e recuperação, transmitiam seus conhecimentos para os demais. Ao contrário do AA, onde é permitido que usuários ativos participassem das reuniões, a Synanon exigia de seus membros completa abstinência como condição de participar do programa (DE LEON, 2003). A pretensão era fazer cada indivíduo alcançar um nível de autoconfiança, que lhe permitisse se aceitar com qualidades e defeitos, encarando os desafios da vida. Colocava-se o adicto como um indivíduo egoísta, que recebeu muito e se doava pouco, não sabendo compartilhar, sendo necessária uma correção nos seus modos de convívio. As terapias em grupo eram confortativas e moralizantes, com o intuito de destruir as defesas do adicto através de humilhação, culpa, intimidação, para que depois, este pudesse se reconstruir sob novos valores (DE LEON, 2003). Outro ponto a destacar era o trabalho obrigatório. Os recém chegados eram encarregados das atividades mais braçais, rotineiras, subservientes. A Synanon, no entanto, alterou seu caminho optando por se tornar uma religião em que os fiéis deveriam ficar submissos à vontade e determinações de seu fundador (FIGLIE, BORDIN, LARANJEIRA, 2004).

As diferentes influências entre as CTs americanas e européias determinaram características específicas de cada uma.

Quadro 3 – Modelo Americano e Modelo Europeu de CT

| Modelo Americano | Modelo Europeu |
|--------------------------------------|--|
| Menos Psicoterápico | Mais psicoterápico |
| Origem voltada a dependência química | Origem voltada ao tratamento de neuroses de guerra |
| Preocupado com a mudança no | Voltado contra infrações penais |

| | |
|---|--|
| estilo de vida | |
| Comunidade de pares e exemplos como agentes para mudanças | Profissionais vigilantes das atitudes dos internos |
| Menos democrática na operação e mais hierarquizada na estrutura | Mais democrática |
| Ajuda mútua | Médicos presentes no tratamento |

Adaptado de LIPTON, 1998.

3.1 As Comunidades Terapêuticas no Brasil

A instituição Fazenda do Senhor Jesus, fundada pelo padre Haroldo Ram, em 1978, na cidade de Campinas, pode ser considerada o marco que dá início à expansão das CTs no Brasil e, segundo Ribeiro e Laranjeira:

A partir desse momento, o número dessas comunidades no Brasil cresceu rapidamente, porém sem o conhecimento e o treinamento necessários desse modelo, gerando uma série de movimentos e metodologias regionais tanto para a utilização das técnicas como para o desenvolvimento dos programas. (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012, p. 504).

A Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), fundada em 1990, possui cerca de uma centena de filiadas, porém existe um número considerável de CTs não filiadas a esta entidade, que possuem registros nos Conselhos Estaduais relacionados a entorpecentes, de acordo com Figlie, Bordin e Laranjeira (2004). Esses autores salientam, ainda, que há outras CTs funcionando, precariamente, sem infraestrutura e equipes adequadas. A maior preocupação é com os usuários destes serviços, pois CTs despreparadas podem se orientar na utilização do modelo moral, de ataque e excessivamente hierarquizado que outrora reinou neste segmento.

Na tentativa de regular as CTs, e sanar tais desvios, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaboraram normas mínimas de funcionamento. No ano de 2001 foi adotada a Resolução de Diretoria Colegiada RDC 101/01, que estabeleceu o regulamento Técnico para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas – Serviços de Atenção a Pessoas com Transtornos Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas, segundo Modelo Psicossocial. (BRASIL(d)). Recentemente, no ano de 2011, a Anvisa revogou a RDC 101/01 e adotou a RDC 29/11, estabelecendo que “as comunidades deixaram de se adequar às normas gerais de um serviço de saúde, tal qual um hospital ou centro de tratamento, em favor de seu caráter residencial e de convívio familiar” (BRASIL,

2011(e)). Atualmente as internações em CTs devem ser precedidas de exames clínicos onde pacientes com complicações biológicas e psicológicas graves são considerados inaptos ao tratamento. As CTs devem fornecer uma estrutura mínima de hotelaria, alimentação e infraestrutura, com prontuários devidamente registrados de cada interno.

Infelizmente estas tentativas de regulação não coibiram alguns abusos, como mencionados na Comissão do Conselho Federal de Psicologia (2011), por meio de relatos de internos enterrados até o pescoço, alimentados com comida estragada, bebendo água do vaso sanitário, residindo em ambientes precários e até mesmo insalubres. Situações como esta merecem uma atenção especial devido à vulnerabilidade em que se encontram os indivíduos internados nas CTs.

De modo geral, o quadro que os indivíduos apresentam ao entrar em CTs é de risco para a saúde e de crises sociais. O uso de drogas está ou esteve há pouco tempo fora de controle; o indivíduo revela pouca ou nenhuma capacidade de manter abstinência por si só; há uma redução da função social e interpessoal; e o uso que faz de drogas é parte de um estilo de vida socialmente excludente ou degenerou num tal estilo. Ainda que a gravidade, o grau ou a duração dos problemas em cada uma dessas áreas estejam sujeitos a variações, todos esses indivíduos precisam da CT residencial para interromper um estilo de vida que promove a autodestruição ou leva a comportamentos derrotistas, para estabilizar sua vida psicológica e social e para iniciar um processo de longo prazo de mudança pessoal e de estilo de vida. (DE LEON, 2003, p. 39).

Para De Leon, o tratamento em CTs permite uma reaproximação da família e do convívio social, uma vez que o dependente químico passa a ser visto como uma pessoa em busca de recuperação, que deseja mudar. Estes fatores são significativos neste momento pois:

Os usuários abusivos de substâncias que vão para CTs tendem a ter relações familiares conturbadas, a abandonar os estudos, a se retrair diante dos processos de socialização primária e a apresentar uma variedade de problemas de trabalho (absentismo, queda constante de desempenho, perda de emprego, mudanças requentes de emprego etc.). (DE LEON, 2003, p. 41).

O modelo de tratamento em CT possui suas variantes e particularidades, não pretendendo uma replicação total do método, e sim de suas formulações básicas. Existem transmissões humanas de seus colaboradores que são pessoais, tendo cada grupo a sua formatação. O grau de disciplina, premiações, períodos de tratamento são deixados a cabo de cada CT.

A ampla variedade de definições e concepções existentes da CT de tratamento da dependência química entre os participantes revela que não há uma caracterização única capaz de capturar ou explicar o que é, como funciona e por que funciona uma CT. Embora todas essas definições e concepções mencionem certos elementos essenciais da CT, trata-se em ampla medida de ilustrações da maneira como os participantes percebem e descrevem programas específicos. (DE LEON, 2003, p. 32).

Existe uma ideia central, com aspectos compartilhados pelas CTs, porém também há espaço para cada programa aplicar suas concepções, métodos de ensino, políticas de abstinência, recaídas, etc. Desta forma, De Leon apresenta um quadro com os principais pontos de desenvolvimento nas contemporâneas.

Quadro 4 - Principais desenvolvimentos das CTs contemporâneas para dependentes químicos

- Passagem de comunidade alternativa para dependentes químicos excluídos que presumidamente não tinham condições de viver em sociedade a uma instituição de serviços de atenção aos seres humanos que prepara os indivíduos para a reintegração à sociedade mais ampla.
- Passagem de uma permanência indefinida na mesma comunidade residencial a uma duração planejada de permanência residencial orientada por um plano e um protocolo de tratamento.
- Passagem de fontes de apoio completa ou parcialmente privadas e empresariais à manutenção quase exclusiva de orçamentos operacionais a partir de fundos públicos, requerendo o atendimento do requisito de auditoria e supervisão realizados por conselhos externos de diretores.
- Retirada da ênfase em líderes carismáticos e aumento da importância da liderança pelos companheiros, dos funcionários em geral como modelos e das decisões tomadas por várias pessoas.
- Inclusão de uma crescente proporção de funcionários não-recuperados em funções clínicas e administrativas primárias, advindos de variados campos disciplinares.
- Desenvolvimento de serviços de atendimento pós-recuperação para quem termina a fase residencial de tratamento.
- Reintegração dos princípios e tradições dos 12 passos da AA no protocolo de tratamento de muitas CTs residenciais.
- Gradual aproximação entre modelos e métodos da CT psiquiátrica e da CT de tratamento da dependência química.
- Adaptação da CT a populações especiais e a ambientes especiais, como instalações de saúde mental e instituições correcionais.
- Desenvolvimento de uma base de conhecimentos de pesquisa e de avaliação por equipes de pesquisa independentes e baseadas em programas específicos.
- Codificação de requisitos de competência para a formação e a certificação de funcionários e para o credenciamento de programas.
- Desenvolvimento de organizações de CTs nos níveis regional, nacional e internacional.
- Promulgação e disseminação mundiais das CTs de tratamento da dependência química por meio da formação, do desenvolvimento de programas, da assistência técnica e da pesquisa.

Fonte: DE LEON, 2003, p. 27

Com relação ao item do quadro 4 (quatro): Inclusão de uma crescente proporção de funcionários não-recuperados em funções clínicas e administrativas primárias,

advindos de variados campos disciplinares, fica a dúvida, não esclarecida por De Leon, de qual deve ser a proporção entre funcionários não-recuperados e outros funcionários. Em seu texto o autor discorre sobre o aumento de profissionais advindos de outros campos do saber e sua inserção no programa de tratamento de CT, indicando a presença de novos discursos. Segundo De Leon (2003, p. 26) “hoje, as organizações que mantêm CTs e os programas destas variam em termos de recursos de serviços de assistência psicológica, educacional, vocacional e de atenção aos seres humanos”.

No caminho desta dissertação agora serão estabelecidos os possíveis pontos de encontro e desencontro entre os psicanalistas e o modelo genérico de CT de George De Leon.

3.2 Observações sobre o modelo de tratamento em Comunidades Terapêuticas

Pelas características descritas do modelo de tratamento da dependência química em CTs, pode-se considerar, de acordo com Erving Goffman (2001), as CTs como instituições totais. Para este autor uma instituição pode ser considerada total quando se organiza para internar pessoas, em situações semelhantes, retirando-os da sociedade mais ampla, propiciando que convivam dentro de um mesmo grupo, sob tratamento, obrigações e regras iguais para a realização de atividades impostas. Salienta ainda que estas pessoas estarão sob uma administração formal, atrelada aos princípios e baseada no discurso institucional, sob o efeito dos ideais institucionais e sob um caráter total. Para Sônia Altoé (2005, p.78) “toda instituição total pretende abarcar a totalidade da vida do sujeito, assujeitando-o às suas regras. Uma das maneiras mais comuns de fazê-lo é dar tratamento rotineiro, igual, a todos e realizar todas as atividades em grupo”.

Em contraponto a esta política, temos a posição do psicanalista que, segundo Dóris Rinaldi (2005, p. 102), baseia-se na “a política da falta-a-ser, porque ele não domina sua ação sobre o paciente com base em um saber prévio, mas se orienta pela elaboração de um saber inconsciente, que se produz pela fala do sujeito em análise.” O conhecimento e tratamento são originados no paciente, para tanto, é fundamental que este se dê conta de sua singularidade e assuma as consequências de suas decisões.

Pode-se observar que nas CTs as práticas institucionais são legitimadas sob o véu do tratamento, e as queixas dos pacientes consideradas como sintomas e sinais de perturbação. A internação em instituições totais exerce transformações sobre do ponto de vista pessoal e social nos internos. Goffman (2001) salienta que nelas ocorre um

processo de mortificação do eu, com a supressão da concepção de si mesmo e da visão de cultura individual, aquela assimilada através do convívio familiar e na sociedade. Estas modificações se dão pela imposição de barreiras no contato com a sociedade ampliada, pela imposição de regras de conduta, exposição exagerada e subjugada aos ideais institucionais, despojamento de bens pessoais, que resultam no abalo da identidade e segurança pessoal do interno.

Para Goffman (2001) durante o período inicial da internação é desenvolvido um sentimento de abandono, uma vontade de anonimato, de reduzir os contatos. Após este período, percebe-se um movimento de aceitação da situação, queda de algumas defesas e percepção de que as restrições e privações são partes do tratamento. Um novo momento se dá quando o interno faz elucubrações de histórias tristes explicando seus fracassos e o porquê de estar ali. O interno passa então a esconder os fatos que questionariam sua triste história, fatos que o responsabilizam pela sua vida, mas, ao ver-se incapaz de fazê-lo, reconstrói novamente sua história, desta vez, aprendendo a viver sob exposições e descobrindo que pode sobreviver mesmo agindo de forma que a sociedade considera destrutiva.

No tratamento em CTs busca-se uma reorganização do interno através de instruções formais, regras da comunidade, rotinas diárias, proibições, exemplos de comportamento esperado, tendo como contrapartida para atos inadequados, a punição. Goffman (2001) coloca que as noções de privilégios na instituição total não são favores ou recebimento de benefícios, mas a ausência de punição, de privação.

Segundo Goffman os efeitos do processo de mortificação do eu e da reorganização do interno, são uma sensação de fracasso, sentimento de que o tempo de internação é perdido, mas necessário, e uma angústia diante da ideia de retorno à sociedade mais ampla. Angústia esta, criada pela necessidade de uma nova postura, uma nova posição social e pela impossibilidade de retornar aos hábitos anteriores e a sujeição ao comportamento esperado pela sociedade.

Um ponto controverso em relação ao tratamento em CTs é a segregação. Etimologicamente, segregar quer dizer separar ou separar-se de um todo, pôr ou pôr-se à parte. Esta característica, presente no sistema de tratamento em CTs, é uma das formas que a civilização lida com aqueles cuja inscrição no laço social se dá de forma não convencional ou que não estão aderidos às normas e regras compartilhadas. Existe uma tendência no sentido de excluir as diferenças ou, pelo menos, encobri-las. Nas CTs propagam-se ideais que possam ser compartilhados como a convivência comunitária, a

cooperação, desta forma tenta-se suprimir as formas de gozo não legitimadas pela civilização. Como forma de acolher os segregados, a civilização cria espaços de acolhimento (instituições de cuidado) para abrigar o que foi excluído. Segundo Ferrari:

Surgiu, então, uma sociedade que impõe conformismo, previsibilidade de comportamentos e isolamento, já que não resultou da emancipação dos trabalhadores, mas da emancipação do trabalho e seu predomínio sobre outras atividades da vida. Sociedade segregativa, diríamos, porque, diante da inconsistência do Outro e imersos em falta de esperança, já que não podemos mais nos sustentar no Outro, somos enviados ao terrível real da segregação. (FERRARI, 2007, p. 276).

A psicanálise, através de seu corpo teórico, demonstra que os discursos totalitários podem exercer sobre o sujeito efeitos de obediência cega, fascinação, alienação, contágio emocional, sugestão. Freud, em seu texto *A psicologia das massas e a análise do eu* (1921), analisa as diferenças entre a psicologia individual e a psicologia social ou de grupo e faz alusão a instituições culturais de grande destaque como a igreja e o exército. Neste texto Freud recusa a teoria que existiria um instinto gregário responsável pela convivência em civilização e apresenta uma visão psicanalítica sobre o assunto, salientando o mecanismo psíquico da identificação.

Freud levanta algumas questões a serem analisadas sobre os efeitos que o grupo tem sobre o sujeito. O sujeito, que se encontra imerso nos ideais apregoados pela CT, tende a relevar sua singularidade.

Partimos do fato fundamental de que o indivíduo num grupo está sujeito, através da influência deste, ao que com freqüência constitui profunda alteração em sua atividade mental. Sua submissão à emoção torna-se extraordinariamente intensificada, enquanto que sua capacidade intelectual é acentuadamente reduzida, com ambos os processos evidentemente dirigindo-se para uma aproximação com os outros indivíduos do grupo; e esse resultado só pode ser alcançado pela remoção daquelas inibições aos instintos que são peculiares a cada indivíduo, e pela resignação deste àquelas expressões de inclinações que são especialmente suas. (FREUD, 1921, p. 113).

A imersão dentro dos preceitos da CT, com a específica tendência a se formar um grupo coeso, unido e com os mesmos ideais, também causa segregação, uma vez que aqueles não aderidos ao sistema podem ser classificados como inimigos, desagregadores, sofrendo uma pressão para abandonar ideias contrárias ou desinteressantes para o tratamento. Esta pressão é exemplificada por Freud

Uma Igreja e um exército são grupos artificiais, isto é, uma certa força externa é empregada para impedi-los de desagregar-se e para evitar alterações em sua estrutura. Via de regra, a pessoa não é consultada ou não tem escolha sobre se deseja ou não ingressar em tal grupo; qualquer tentativa de abandoná-lo se defronta geralmente com a perseguição ou severas punições, ou possui condições inteiramente definidas a ela ligadas. (FREUD, 1921, p. 119).

Os sujeitos em tratamento nas CTs são convidados a compartilharem como inimigo as drogas, o álcool, sendo que as demais peculiaridades da vida são relevadas. Fazendo uma analogia à horda primeva, as drogas podem ser consideradas como o pai totêmico, um gozo sem limites.

A psicologia de um grupo assim, como a conhecemos a partir das descrições a que com tanta frequência nos referimos, o afinamento da personalidade individual consciente, a focalização de pensamentos e sentimentos numa direção comum, a predominância do lado afetivo da mente e da vida psíquica inconsciente, a tendência à execução imediata das intenções tão logo ocorram: tudo isso corresponde a um estado de regressão a uma atividade mental primitiva, exatamente da espécie que estaríamos inclinados a atribuir à horda primeva. Assim, o grupo nos aparece como uma revivescência da horda primeva. Do mesmo modo como o homem primitivo sobrevive potencialmente em cada indivíduo, a horda primeva pode mais uma vez surgir de qualquer reunião fortuita; na medida em que os homens se acham habitualmente sob a influência da formação de grupo, reconhecemos nela a sobrevivência da horda primeva. (FREUD, 1921, p. 155).

E quando algum membro da CT se propõe a ser o pai totêmico, gozando sozinho na forma de um retorno ao uso de drogas, é imediatamente atacado pelos demais internos. Qualquer tentativa individual de retorno ao uso de drogas abala os laços sociais que unem o grupo. De acordo com Freud (1921) os laços que unem o sujeito ao grupo são de dois tipos: por um lado ao líder e por outro aos demais membros do grupo (Freud 1921). Como o sujeito está atrelado ao grupo por estes laços, sua liberdade e individualidade são restritas, para fazer parte do grupo o sujeito deve se abster de aspectos de sua personalidade. Quando membros do grupo passam a se preocupar apenas consigo sem qualquer preocupação com o grupo, libera-se um medo (Freud, 1921), a quebra do laço social com o grupo gera desconfiança, descrédito e abala as certezas transmitidas pelos ideais. Extrapolando este medo ao tratamento em CTs, a cada interno que desiste do tratamento, a cada conduta inapropriada, ocasiona um efeito de descredibilizar a pessoa que cometeu o ato, como forma de defesa dos demais internos ao enfrentamento deste medo, que pode remeter ao desamparo estrutural, a falta.

Essa coesão interna comporta diretamente, como consequência, a rejeição, a recusa, o afastamento do dissidente, daquele que pensa diferente do chefe, daquele que não o ama o suficiente: do herético e do apóstata, do desertor e do traidor. Aos que estão fora do vaso cerrado da instituição reserva-se um desprezo total. (DI CIACCIA, 1999, p. 50).

Mas, para Freud, o sujeito não consegue permanecer indefinidamente atrelado ao grupo, explicando assim as frequentes recaídas e ataques individuais contra as CTs.

É inteiramente concebível que a separação do ideal do ego do próprio ego não pode ser mantida por muito tempo, tendo de ser temporariamente

desfeita. Em todas as renúncias e limitações impostas ao ego, uma infração periódica da proibição é a regra. (FREUD, 1921, p. 165).

O texto *Mal-estar na civilização* (FREUD, 1929) aborda a incompatibilidade da psicanálise com o totalitarismo, com os discursos uniformes, com o significado único e, de acordo com Francisco Pereña (1996, p. 58, tradução nossa)²¹, a “incompatibilidade com o fechamento da verdade, que supõe o acordo totalitário, sustentado na dimensão superegógica de decisão”. Dissonante do totalitarismo, a democracia propõe outro tipo de acordo, o das convivências consensuais.

Se a psicanálise exige e ama a democracia [...] é porque ela é a forma de laço social que pode comportar o não-todo e, portanto, a uma ética que não se baseia em meras convenções nem ao eu ignorância, mas na particularidade de um sujeito que não descarta seu mal-estar nem se congratula com ele. O pacto democrático não descarta a castração. E por isso não deve ser entendido como mero refúgio da desilusão [...]. A decisão, a escolha, a responsabilidade que exige o habitar no mundo sem garantia transcendente não supõe catastrofismo. (PEREÑA, 1996, p. 58, tradução nossa)²².

A indiferença absoluta do totalitarismo conduz à alienação, a um delírio de uniformidade, com o apagamento da particularidade da diferença. Para a psicanálise é essencial enaltecer a diferença, a particularidade do desejo do sujeito. O curso da vida do sujeito é alinhado a seu desejo, não ao Outro, embora o Outro esteja de certa forma enlaçado no desejo, mas não como orientador, como determinante. A relação do sujeito com o Outro não é da ordem do conformismo.

A psicanálise não concilia virtude e felicidade, seja passada ou futura. O sujeito da experiência analítica não tem nostalgia do passado, nem se justifica por meio de um futuro harmonioso. Seu ato, no entanto, não é desprovido de memória, uma memória que não é mítica, mas fática, traumática, que escreve o encontro impossível entre o sujeito e a Coisa, a impressão da marca do Outro no corpo. O passado não se apaga (PEREÑA, 1996, p. 60, tradução nossa)²³.

A democracia traz em si um paradoxo de difícil solução. É utilizada como forma de defesa contra o totalitarismo e, por outro lado, acaba por igualar tudo e eliminar a

²¹ Incompatibilidad con la clausura de la verdad, que supone el acuerdo totalitario, sostenido en la dimisión superegógica de la decisión. (PEREÑA, 1996, p. 58).

²² Si el psicoanálisis requiere y ama la democracia [...] porque sería la forma de lazo social que puede dar cabida al no-todo y, por consiguiente, a una ética no basada en las meras convenciones, ni en el Yo-ignorancia, sino en la particularidad de un sujeto que no elude su malestar ni se congratula con él. El pacto democrático no elude la castración. Y por ello no debería entenderse como mero refugio de la desilusión [...]. La decisión, la elección, la responsabilidad, a que obliga el habitar el mundo sin una transcendencia garante no supone catastrofismo. (PEREÑA, 1996, p. 58)

²³ El psicoanálisis no reconcilia virtud y felicidad, sea ésta pasada o futura. El sujeto de la experiencia analítica ni añora el pasado ni se justifica por un armónico futuro. Su acto, sin embargo, no está carente de memoria, una memoria que no es mítica sino fática, traumática, la que escribe el imposible encuentro entre el sujeto y la Cosa, las huellas de la marca del Otro en el cuerpo. El pasado no se borra. (PEREÑA, 1996, p. 60).

verdade do inconsciente do sujeito, colocando tudo como tendo potencialmente o mesmo valor. A democracia pode, então, apagar as singularidades.

A psicanálise parece vinculada à democracia, como laço social mais de acordo com o "desejo advertido", que falava Lacan, aquele que não se consome em sua ignorância fantasmática. Pela mesma razão, pensamos que se separa do capitalismo, que opera, pelo contrário, como a rejeição da castração. Essa rejeição introduz uma circularidade sem corte, sem limite, sem traço, sem memória pulsional, reduzindo a realidade a um espetáculo. (PEREÑA, 1996, p. 63, tradução nossa)²⁴.

A psicanálise aposta no sujeito e apoia-se na democracia como pano de fundo para sustentar que o sujeito é responsável por suas decisões. A democracia, em teoria, permite as particularidades e escolhas do sujeito de forma menos impositiva que os regimes totalitários e, desta forma, permite a possibilidade de abrigar e conviver com as diferenças. Por outro lado, Roudinesco considera que

A sociedade democrática moderna quer banir de seu horizonte a realidade do infortúnio, da morte e da violência, ao mesmo tempo procurando integrar num sistema único as diferenças e as resistências. [...] As sociedades democráticas do fim do século XX deixaram de privilegiar o conflito como núcleo normativo da formação subjetiva. (ROUDINESCO, 2000, p. 16, 19).

Na atualidade, os efeitos da democracia sobre a subjetividades podem ser vistos através da irradiação do individualismo, dissolução das tradições, racismo, protecionismo, massificação de produtos, guias de como educar seus filhos, como ser feliz, etc. A identificação com ideais provoca mais segregação, irrupção de defesas e protecionismo, criando-se novas formas sintomáticas como a anorexia, a toxicomania, o *bullying*, entre outras.

Temos em nosso estudo as CTs como propagadoras de um ideal institucional e o psicanalista como propagador da necessidade de se analisar o modo singular de gozo do sujeito. Percebe-se, assim, um tensionamento entre estas duas posições: de um lado um ideal coletivo estabelecendo identificações que sustentam a instituição e de outro a análise das singularidades de modo de gozo de cada interno, mesmo que a forma de gozo seja a mesma, a toxicomania.

²⁴ El psicoanálisis nos parece vinculado a la democracia, como lazo social más acorde con el "deseo advertido", del que hablaba Lacan, aquel que no se consume en su ignorancia fantasmática. Por esa misma razón pensamos que se separa del capitalismo, que opera, por el contrario, como rechazo de la castración. Ese rechazo introduce en una circularidad sin corte, sin límite, sin huella, sin memoria pulsional, quedando la realidad reducida a espectáculo. (PEREÑA, 1996, p. 63).

4 O QUE DISSERAM OS PROFISSIONAIS

Encontrar profissionais orientados pela psicanálise que trabalhem em CTs não se fez sem dificuldades. Inicialmente fez-se uma pesquisa sobre as CTs do estado de Minas Gerais, conveniadas com o Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas, ligado a Subsecretaria de Políticas sobre Drogas do Estado de Minas Gerais. Estas 25 (vinte e cinco) instituições foram contatadas, por telefone, e durante a conversa com o responsável terapêutico informava-lhe que se tratava de pesquisa de mestrado a ser desenvolvida, mas, para isso, seria necessário conhecer as abordagens terapêuticas que a instituição utilizava para saber se nela seriam encontrados profissionais que atendiam ao critério da pesquisa. Por meio desse contato soube-se que 2 (duas) não se encaixavam nos parâmetros de CT sistematizados pelos componentes genéricos de De Leon, oferecendo somente atendimento ambulatorial, diurno, para os dependentes químicos. Outras duas não responderam aos *e-mails* encaminhados e não atenderam às diversas tentativas de contato telefônico. Como resultado dos telefonemas / *e-mails*, o pesquisador chegou às informações de 21 (vinte e uma) CTs, constatando que somente uma delas possuía, em seu quadro de funcionários, um profissional que trabalha a partir da orientação psicanalítica. Nelas prevaleciam os atendimentos em terapia cognitivo comportamental e humanista.

O raio da busca de informações foi, assim, ampliado para todo o país, e novas fontes de dados foram acrescentadas. Ao se utilizar o banco de dados da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), enviaram-se *e-mails* para 85 filiadas, divididas da seguinte maneira:

- Acre, 01 (uma) CT;
- Bahia, 01 (uma) CT;
- Ceará – 01 (uma) CT;
- Distrito Federal – 02 (duas) CTs;
- Goiás – 04 (quatro) CTs;
- Minas Gerais – 11 (onze) CTs;
- Paraná – 03 (três) CTs;
- Rio Grande do Sul – 30 (trinta) CTs;
- Santa Catarina – 05 (cinco) CTs;
- São Paulo – 27 (vinte e sete) CTs

Com relação às 11 (onze) CTs, filiadas de Minas Gerais, 05 (cinco) eram conveniadas com o Observatório Mineiro de Informações Sobre Drogas, portanto, já haviam sido contatadas. As demais 06 (seis) pesquisadas não apresentavam

profissionais com as características estabelecidas para este estudo. Nesta nova pesquisa, agora realizada exclusivamente por *e-mail*, não se encontrou profissional algum orientado pela psicanálise, o que fez com que uma nova fonte de dados fosse acrescentada.

No grupo da rede social Facebook, nomeado Comunidades Terapêuticas do Brasil, enviou-se mensagens eletrônicas para 56 (cinquenta e seis) pessoas que se apresentaram como colaboradores de CTs. Apenas 09 (nove) retornaram o contato, mas, nenhuma preenchia as características necessárias para participar da pesquisa.

Ao se utilizar o Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vinculado ao Ministério da Justiça (Brasil (c)), foram encontradas 972 (novecentos e setenta e duas) instituições, e enviados 1.295 (hum mil duzentos e noventa e cinco) *e-mails*, dos quais 23 (vinte e três) retornaram como endereço inválido. O número de *e-mails* é superior ao número de instituições, porque algumas haviam cadastrado mais de um e-mail. A partir do retorno recebido, acrescentaram-se informações de mais 23 (vinte e três) CTs. Nesta busca, 2 (duas) instituições apresentavam profissionais orientados pela psicanálise, em seu quadro de funcionários. Em uma instituição havia 2 (dois) profissionais enquanto na outra havia 14 (quatorze) profissionais. Ao realizar a entrevista com a profissional indicada pela instituição em que se encontram 14 (quatorze) profissionais orientados pela psicanálise, evidenciou-se que esta instituição não funciona nos moldes do modelo genérico de CT descrito por De Leon e sim como uma clínica de atendimento terapêutico. Desta forma, seus dados não foram incluídos na pesquisa.

Estes dados que antecederam o desenrolar do projeto de pesquisa ensinam o que constantemente se lê em livros de metodologia, ou seja, a importância de se saber da possibilidade de pesquisar o que se deseja. Houve momento em que a pesquisa, tal como se pretendia, parecia impossível devido a não inserção de profissionais orientados pela psicanálise, nas CTs orientadas pelos componentes genéricos sistematizados por George De Leon. Foram encontradas orientações teórico/práticas na área de terapia cognitivo comportamental, humanista, existencial e sistêmica. Conforme os dados apresentados, encontrou-se somente 3 (três) profissionais orientados pela psicanálise, em 2 (duas) instituições, em cidades distintas. Este dado, apesar de surpreendente, não

parece ser tão incomum. De acordo com Feldman (1994, p. 33, tradução nossa),²⁵ “poucos analistas trabalham com toxicômanos em instituições na Suíça e na Europa de maneira geral”.

Considerou-se, no entanto, que essa informação tornava ainda mais valioso aquilo que se propunha investigar. Vale enfatizar que os dados indicaram, também, baixa filiação das CTs nas entidades que as representam como a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT).

Após este percurso as entrevistas foram agendadas e ocorreram na cidade em que as instituições se encontram, transcorrendo sem interrupções, sem proximidade de pessoas que pudessem prejudicar e interferir nas questões abordadas, e o entrevistador foi muito bem acolhido pelos entrevistados. Neste capítulo serão destacados o que se pode ouvir nas respostas dadas a partir das perguntas norteadoras da entrevista, que se encontram no Anexo 3.

Vale ressaltar que as informações estão organizadas não como um estudo da totalidade de um universo discursivo, mas dele se extrai um subconjunto (LIMA, 2003), tal como se pode observar a seguir. Foram observados padrões e funções presentes nos campos discursivos dos entrevistados, já que alguns assuntos de uma pergunta foram continuados, espontaneamente, pelos entrevistados, em outras perguntas, ou eram retomados, complementados.

4.1 Percurso pela a psicanálise: semelhanças no ingresso e diferenças na filiação a instituições psicanalíticas

Os 2 (dois) profissionais entrevistados possuem formação em psicologia, e desde a graduação demonstraram interesse em trabalhar com a psicanálise, tendo feito os estágios obrigatórios nesta linha de atendimento.

O entrevistado 1²⁶ possui graduação há 6 (seis) anos e conta que desde o 2º período a psicanálise lhe chamou a atenção. Segundo ele, quando a professora entrava na sala para dar aula sobre Freud, parecia estar nas nuvens, de tanto que gostava. Já tinha em mente que gostaria de trabalhar com a psicanálise, desde esta época. Após sua formatura fez pós-graduação em psicanálise e pretende continuar seus estudos e fazer o

²⁵ Sin embargo, pocos analistas trabajan con toxicómanos en instituciones en Suiza y en Europa en general (FELDMAN, 1994, p. 33).

²⁶ Entrevista realizada em Novembro de 2013

módulo avançado da pós-graduação. Apesar de trabalhar com a psicanálise não está filiado nem frequenta instituição alguma de psicanálise, e justifica: “acho que não seria produtivo, não gosto de ficar seguindo só uma linha, acho que a gente tem que ser amplo”. Afirma não seguir uma linha específica de psicanálise como lacaniana, junguiana, e opta por buscar recursos teóricos na obra de Freud. Sua maneira de manter-se atualizado com as discussões sobre a psicanálise se dá através de leitura de revistas.

O entrevistado 2²⁷ afirma que interessou-se pela psicanálise assim que entrou para o curso de psicologia. Sua graduação foi interrompida e retomada, após ter se graduado em filosofia, mas nem mesmo neste período ele interrompeu seus estudos em psicanálise. Na graduação fez estágios em postos de saúde e hospital psiquiátrico. Depois da graduação fez especialização em teoria psicanalítica e, atualmente, faz mestrado em psicanálise. Paralelamente faz formação em psicanálise em uma instituição de sua cidade. Sua experiência profissional na instituição é de 7 (sete) meses.

4.2 Comunidades Terapêuticas: semelhanças e particularidades

As duas instituições em que trabalham os entrevistados propõem um tratamento com duração de 9 (nove) meses, e nele ocorrem atendimentos terapêuticos individuais e em grupo. Em ambas o número de internos é de aproximadamente 30 (trinta) pessoas, com prevalência de usuários de crack, seguidos de usuários de álcool, porém os entrevistados disseram não ter dados precisos a esse respeito. Outro ponto em comum entre elas é o fato de que, em seu quadro de funcionários encontram-se ex-usuários de drogas que exercem a função de coordenador da CT, tal como propõe George De Leon (2003).

Na instituição em que trabalha o entrevistado 1, o tempo de internação é dividido em fases: a 1ª fase vai até o 1 mês, e é chamada “de despertar”; a 2ª fase supõe o período do 2º ao 7º mês, quando se busca a conscientização sobre as questões que envolvem a toxicomania, e a 3ª fase que corresponde ao 8º e 9º meses, focados na reinserção social.

A CT em que trabalha o entrevistado 2 é uma das 27 (vinte e sete) filiais distribuídas pelo país. O dependente químico que busca tratamento não pode ser internado na unidade situada na cidade em que reside e é, portanto, endereçado a outra

²⁷ Entrevista realizada em Janeiro de 2014

unidade do grupo. Ele não menciona nada acerca de tratamento por fase. Nas palavras do entrevistado, esta CT possui modalidade de tratamento em que o sujeito não é excluído da sociedade em todo período de internação. Em suas palavras:

O sujeito, então, não fica recluso no lugar. Eles têm essa proposta do sujeito sair da CT, porque, em primeiro lugar, o tratamento lá não é pago, eles não pagam, então a forma que a instituição é mantida é através desse trabalho que eles fazem de sair e ir às ruas, vão aos coletivos e divulgam a instituição e, bom... pedem colaboração, efetivamente eles vendem um pequeno kit, de pequeno valor, com uma caneta, um informativo sobre a instituição, para manter a instituição. (Entrevistado 2).

As duas instituições pesquisadas estão de acordo com as palavras de De Leon:

A CT é um grupo de pessoas que, seguindo certos princípios interpessoais salientes, venceu em larga medida o sofrimento e os comportamentos inadaptados que causam sofrimento, produzidos pelo isolamento; pessoas que têm grande capacidade e desejo de ajudar outras pessoas antes alienadas a alcançar um claro sentido de fraternidade comunitária; trata-se de uma comunidade que inclui pessoas que se viram alijadas do comunitário e sabem como ajudar outras pessoas a voltar a esse convívio. (DE LEON, 2009, p. 30).

4.3 O encontro dos profissionais com as instituições em que trabalham

O entrevistado 1, após sua formatura, montou um consultório e nele trabalhou por aproximadamente 1 (um) ano. Após este período trabalhou durante dois anos e meio em uma clínica, fazendo atendimentos com demandas variadas, quando surgiu a oportunidade de trabalhar na CT, o que ocorreu há 1 (um) ano. Atualmente existem outros 2 profissionais da psicologia trabalhando ao seu lado, cada um responsável por uma fase do tratamento. O entrevistado 1 é responsável pelos atendimentos dos internos que encontram-se entre o 2º (segundo) e o 7º (sétimo) mês de tratamento.

Já o entrevistado 2 é o primeiro psicólogo e também o primeiro profissional orientado pela psicanálise a trabalhar em sua filial da CT. A procura da direção da CT por um psicólogo não ocorreu de maneira espontânea e sim por uma exigência da vigilância sanitária. A demanda inicial da instituição foi a de que ele cumprisse as determinações legais de preenchimento de prontuários individuais de seus internos, com as devidas evoluções. Segundo o entrevistado, a instituição não sabia a dimensão do trabalho do psicólogo, tampouco de um profissional orientado pela psicanálise. O grupo de CTs a que pertence a filial desse entrevistado existe há quase 30 (trinta) anos.

4.4 O trabalho dos profissionais na instituição: semelhanças nas atividades

Os dois entrevistados são responsáveis por atendimentos individuais e em grupo, com os internos que ficam sob sua orientação. Outro ponto em comum levantado pelos entrevistados 1 e 2, é sobre o alto número de internos que estão em tratamento, em torno de 30 (trinta). O entrevistado 1 relata a discrepância entre o alto número de internos e o pouco tempo disponível para atendimento, sendo o serviço de psicologia bastante requisitado: “É a gente chegar, descer do carro lá, entra para a sala da psicologia e já tem uns dois na porta pedindo atendimento”. Já o entrevistado 2 salienta a quantidade de atendimentos que devem ser feitos, dizendo: “faço o primeiro acolhimento, colho a história, faço as primeiras intervenções, e aí vou acompanhando na medida do possível”. Esta colocação do entrevistado deixa clara a dificuldade encontrada para, em suas palavras, atender a todos os internos da maneira mais adequada.

Em seu trabalho o entrevistado 1 utiliza os atendimentos em grupo também para identificar eventuais mudanças e dificuldades vivenciadas pelos internos. Segundo ele, “quando eu percebo que está difícil do paciente entrar na dinâmica [...] na hora que termina o grupo, eu chamo as pessoas que eu percebi, eu chamo e converso”. Relata que a eficácia desta atitude do profissional é constatada com o tempo, pois acontece de internos lhes agradecerem pelas conversas, dizendo que caso não tivessem ocorrido, eles teriam desistido do tratamento.

O entrevistado 2 salienta que os internos valorizam o atendimento individual, momento no qual é dado espaço para o surgimento de singularidades, particularidades dos sujeitos. Sobre o atendimento individual afirma:

costuma ter um efeito positivo no sentido de as pessoas se sentirem melhor na instituição, se sentirem mais acolhidas pela instituição, serem tratadas mesmo, então tem um efeito bastante positivo nos residentes, a minha função no papel ali. (Entrevistado 2).

4.5 O trabalho dos profissionais na instituição: diferenças na inserção

A inserção de cada entrevistado na instituição é diferente. O papel esperado do serviço terapêutico nas CT pesquisadas não é o mesmo, desta forma, a inserção do profissional também sofre alterações.

O entrevistado 1 relata que “a questão da multidisciplinaridade” faz parte da rotina de sua CT: “todas as sextas temos as reuniões com a assistente social, diretor, coordenadores e a gente vai discutir os problemas da semana”. Neste momento são colocadas situações singulares como problemas específicos de relacionamento entre

internos, observações sobre determinado interno, e discutidas formas de trabalhar com cada um.

Em sua CT os coordenadores são os profissionais que passam mais tempo em contato com os internos, tanto durante o dia quanto à noite, há sempre um coordenador. O entrevistado relata a integração de seu trabalho com estes profissionais, em decorrência exatamente deles terem maior contato com os internos: “nós vamos fazer nosso trabalho e vamos embora”. E continua: “dá para perceber que eles observam o grupo e quando a gente chega, às vezes, acontece de eles chegarem para nós e falarem: tem como estar atendendo ele hoje?”. Essa interação e diálogo interferem na ordem dos atendimentos e permite um plano conjunto de atuação dos profissionais envolvidos no tratamento. Pode ser observado uma integração maior entre a equipe terapêutica e as demais áreas da CT.

Pela maneira com que foi realizada a contratação do entrevistado 2, pode ser observado que o trabalho terapêutico nesta instituição ainda não está inserido na forma de tratamento, sua posição é de suporte das demandas institucionais. O entrevistado 2 enfrenta o desafio de fazer com que a instituição reflita sobre suas práticas.

[...] vejo resistência da instituição quando eu proponho algo, que eu traga algo que acho que seria melhor para instituição. Tem toda uma resistência a mudança, dada a toda essa história e conexão deles de que, do jeito que as coisas ocorrem, ela funciona bem [...] vejo resistência da instituição em se questionar a partir do meu trabalho lá, das minhas pontuações, mas até então não houve resistência deles no sentido do trabalho que eu faço. Vejo resistência deles em se questionar, mas não há entraves na minha atuação diretamente. (Entrevistado 2).

4.6 Comunidade Terapêutica: convivência de vários discursos

Nas CTs pesquisadas vários discursos convivem e este fato apareceu na pesquisa. Na CT do entrevistado 1 existem reuniões chamadas de “prevenção de recaída” que são encontros pedagógicos em que o palestrante dá dicas de situações que podem levar o interno a ter recaídas, retornando o uso de drogas, claramente uma posição de mestre doutrinando os aprendizes. O entrevistado afirma que é “das reuniões que eles [internos] mais gostam” salientando que um dos motivos se dá “pela pessoa que administra”.

O entrevistado 2 relata a influência do discurso religioso, dizendo que “o que orienta também essa instituição é todo o discurso religioso, discurso de que é Jesus Cristo quem salva das drogas”. Neste ponto salienta que alguns internos ficam atrelados ao discurso religioso dificultando a inserção do discurso psicanalítico:

[...] alguns aderem de forma absoluta (ao discurso religioso). Na verdade é que esses que aderem mesmo a esse discurso... é mais difícil de tocá-los nessa implicação deles sobre o que acontece com eles. Por mais que as intervenções [psicanalíticas] sejam nesse sentido, essas intervenções costumam ser menos eficazes com esses que aderem a esse discurso religioso de forma mais absoluta. Isso não toca muito eles, eles ficam presos a ideia de que é o inimigo que está atuando sobre eles. (Entrevistado 2).

Ainda sobre os atravessamentos do discurso religioso, o entrevistado 2 salienta um desencontro entre seu trabalho e o da instituição:

Porém o que vejo como principal distinção, separação do que eu faço e o procedimento da instituição é realmente essa fundamentação religiosa da instituição, porque eles têm todo um discurso de desresponsabilização, de como a droga é algo que, eles chamam o inimigo, o próprio diabo. Isso faz com que o indivíduo, tem todo um Outro absoluto na forma desse diabo que chega e toma pessoa, a pessoa não seria exatamente responsável, seria o diabo. Muitas vezes eles vêm com esse discurso para as sessões comigo. Porque o diabo está fazendo isso comigo, é o inimigo? Nesse ponto minha atuação diverge. Eu falo, o que tem que você nisso? Não vamos entrar no mérito da questão do diabo, mas o que tem de seu aí? Além de ser uma entidade externa, essa figura do diabo, o que tem de seu? (Entrevistado 2).

4.7 A inserção da psicanálise: foco no sintoma e técnica

Sobre a inserção da psicanálise nas CTs o entrevistado 1 salienta a necessidade de resultados rápidos.

Basicamente em relação à psicanálise, o que eu venho vendo nestes... estou engatinhando ainda na CT. Basicamente o que eu percebo, às vezes, é uma certa dificuldade de estar trabalhando com a psicanálise dentro da CT. Por quê? Pela questão da demanda. Em relação a que eu falo assim? Porque no meu ponto de vista, se a gente for pensar na CT, é importante que seja um resultado rápido, vamos dizer assim, a gente precisa daquela rapidez. (Entrevistado 1).

E ainda completa dizendo que “foco no sintoma que é o primordial, que é para trabalhar”.

O entrevistado 2 destaca a importância de estar sustentado na técnica psicanalítica.

Uma atuação técnica, fundamentada no saber, porque de fato tem um saber que foi constituído nestas comunidades, no próprio operar dessas comunidades ao longo do tempo. Mas a psicanálise pode contribuir com o saber, com uma episteme diferente, uma episteme mais próxima do discurso da ciência de alguma forma. E tem eficácia, né? Tem um lugar. Todo o aparato técnico da psicanálise, todo *setting* da psicanálise, os conceitos fundamentais, toda a questão da transferência, da sexualidade, mesmo o Édipo, a associação livre, interpretação. Tudo isso tem lugar ali para acontecer, a meu ver, tudo isso tem espaço para acontecer e contribuir de forma significativa para o tratamento, para melhora da vida destas pessoas. (Entrevistado 2).

4.8 A presença de ex-usuários como coordenadores: experiência e rigidez

O entrevistado 1 informa que os coordenadores são ex-usuários de drogas, e que existem fatores positivos e negativos nessa situação: “tem um lado positivo por eles terem passado, eles viram como foi, e tem o outro lado negativo”. Existem falas como: “na minha época era desse jeito então vou fazer desta forma”.

O entrevistado 2 também salienta a maneira em que a tradição inibe a reflexão.

Como eu disse, é uma instituição de muito tempo e a visão deles é a que a instituição funciona bem do jeito vem funcionando há tanto tempo e que não haveria porque mudar [...] Então, na verdade, eles acreditam que isso funciona, que isso está certo. Eles dizem, comigo foi assim. As pessoas que estão ali na situação de responsáveis pela instituição, são também ex-dependentes químicos, passaram por esse processo e ficaram na instituição. Eles dizem que era assim na minha época e funcionou para mim, então isso funciona, vai funcionar com os outros também, então tem uma resistência a perceber os outros aspectos problemáticos do que acontece. (Entrevistado 2).

4.9 A chegada: qualidade do acolhimento e busca do singular

O entrevistado 1 valoriza a forma com que são acolhidos os dependentes químicos que buscam tratamento em sua CT, tomando como referência a instituição em que trabalhava anteriormente, que não era CT. Em seu relato a CT propicia um ambiente acolhedor para os internos que buscam tratamento, salientando que acha “isso primordial para a pessoa que está chegando, ela já chega tão debilitada, acho que isso é o mais importante”.

O entrevistado 2 realça seu trabalho de, desde o momento inicial, buscar a saída singular do sujeito.

No primeiro contato, eu faço o acolhimento, colho a história do sujeito, uma espécie de entrevista de anamnese e a partir daí o sujeito traz aquilo que são as saídas que ele tem. A mudança subjetiva, a transformação, é nisso que vou me focar. Aquilo que ele traz como saída para ele. A instituição traz uma saída para todos, a religião, esse trabalho de ir a rua vender os kits e busco o que tem de singularidade neles, sonho de trabalhar com isso. Aparece aquilo que é à saída daquele sujeito, aquela singularidade, e é isso que eu costumo focar. Trabalhar com eles como uma saída. Pensar depois dali, vai chegar uma hora que eles não vão ter essa comunidade, não vão ter essas pessoas ali mantendo, bancando ele nessa posição de não estar usando droga. Ele vai ter que buscar a saída dele, e procuro trabalhar nisso, e com isso a psicanálise contribui. Para abrir espaço para essa singularidade e para as saídas desse sujeito. (Entrevistado 2)

4.10 Agressividade como resposta à abstinência, e punição como forma de educação

Segundo o entrevistado 1, 70 % dos internos de sua CT são dependentes do crack, e um aspecto comum entre eles é a agressividade, “principalmente no momento ali da abstinência, quando eles estão chegando ocorrem discussões até de um querer agredir o outro, isso acontece muito”. Segundo ele, estes acontecimentos são frequentemente contornados pelos coordenadores, mas existem vários casos em que os internos chegam a ter seu tratamento interrompido devido a este comportamento, considerado inaceitável pela CT.

O entrevistado 2 relata que, nos casos em que os internos desobedecem as regras da instituição, é utilizada a punição como forma de educação. Segundo ele, nos casos em que as regras não são seguidas, ocorre algum “tipo de punição, na forma de ficar recluso, ficar na instituição por uma semana, se fazer tarefas da instituição, lavar banheiros, cuidar da cozinha, coisas desse tipo”.

4.11 Retificação subjetiva e fim da internação: momentos de impasse para os internos

Um momento significativo no tratamento, segundo o entrevistado 1, ocorre em alguns internos entre o 3º e 4º meses. Em suas palavras, “é crítica a situação de enfrentar o tratamento, que é o momento em que a ficha está caindo”. Aí surgem questionamentos dos internos, tais como: “o que estou fazendo aqui? Será que era para eu estar aqui?”.

O entrevistado 2 coloca que “em primeiro lugar o que a gente procura, trabalhando com a psicanálise neste contexto, como em qualquer contexto é uma mudança subjetiva, uma mudança de posição subjetiva”. Esta mudança é individual enquanto a instituição está voltada para o universal.

[...] mas por outro lado há também um discurso de universalização sobre o dependente químico. O dependente químico é assim. Então quando o sujeito está sentido falta da família, está passando por alguma questão que ele vem trazer como uma questão sua, o discurso deles é sempre colocado no sentido de isso é coisa da dependência. (Entrevistado 2).

Outro ponto digno de nota é que a CT do entrevistado 1 oferece atendimento aos internos após o período de internação, mas, em suas palavras, a maioria quando

difícilmente dá continuidade ao tratamento, sendo este um indicativo de que o interno vê o final da internação como um final de tratamento.

5 DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

A seguir será feita discussão e reflexão das informações extraídas das entrevistas, considerando que essas Comunidades Terapêuticas para tratamento de dependentes químicos são pautadas em funcionamento que considera os componentes genéricos, sistematizados por George De Leon (2003). Os componentes genéricos foram mencionados na introdução, mas como se advertiu, alguns deles seriam destacados para este estudo, já que interessam mais diretamente ao que se pesquisa, ademais da impossibilidade de abordar todos eles. Desatacaram-se para estudo: a questão do tratamento com isolamento da comunidade, mas, em ambiente de comunidade, cultivando a ideia de companheiros como modelos de atuação em dia estruturado; o trabalho como terapia e educação; o treinamento de conscientização e crescimento emocional. Como pensar o possível trabalho de um profissional orientado pela psicanálise, nessas instituições? Como pensar a psicanálise inserida em meio a discursos tão distintos e, mesmo assim, poder dizer que ali há trabalho orientado pela psicanálise? Com esta questão em mente, o capítulo busca estabelecer pontos de possíveis encontros e desencontros entre psicanálise e as instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas, a partir das falas dos entrevistados.

5.1 Formação teórica do profissional e o toxicômano

As falas dos entrevistados deixaram claro suas preocupações com a continuidade de suas formações em psicanálise, o que vai ao encontro das orientações de Freud e Lacan. Para exercer a psicanálise não basta estar transferido com ela, é necessário estudo, análise pessoal e supervisão, tripé presente em Freud e realçado por Lacan (1998a).

Com esses profissionais pode-se constatar que a psicanálise aplicada não é uma psicanálise com menor rigor, muito pelo contrário, é necessária uma atenção redobrada para não permitir que os atendimentos se voltem para as demandas institucionais. Mesmo fora do *setting* tradicional de análise, o analista deve ater-se ao sujeito, às questões do sujeito, o que nem sempre é fácil. Os entrevistados ensinam o árduo

trabalho para permitir que apareça a singularidade do interno nos atendimentos, e que isso não acontece por acaso.

Nas entrevistas, os componentes genéricos, sistematizados por George De Leon não surgiram como entraves à aplicação da psicanálise, mas, como peculiaridades da instituição. E aqui, vale dizer, se conhecer o horizonte de sua época é condição fundamental para a prática analítica, nas entrevistas não apareceram claramente o que Laurent (2011b) coloca como maneira de não produzir uma doutrina da psicanálise confrontada com a instituição. Não se busca apresentar a psicanálise como verdade absoluta e exigir que a instituição adote seus princípios. O trabalho do analista deve aparecer como consequência prática e não como teoria e prática a serem implantada pela instituição. O analista aplica sua maneira singular no conjunto de regras da instituição, buscando utilizá-las, dentro do possível, a favor das particularidades dos internos. O tempo e os efeitos do trabalho analítico podem e devem gerar alterações na instituição. O autor fala da necessidade de criar maneiras de fazer, lidar com a instituição, com o texto das regras institucional. Nas entrevistas não surgiram exemplos de formas de lidar com as normas e regras das CTs, o que pode demonstrar dificuldades em se trabalhar em instituições que podem ser consideradas totais, a partir do que se escreveu no capítulo anterior. Pode, ainda, dizer de uma prática que esses dois profissionais entrevistados estão construindo, buscando melhorar sua formação profissional para fazer emergir a singularidade do sujeito, através de um fazer com a instituição.

Para exercer a psicanálise em instituições, o profissional traz como passaporte sua formação, que ademais de considerar as coordenadas institucionais que dificultam ou favorecem sua ação, considera a singularidade do sujeito. Variam as instituições, variam suas formas de funcionamento, o estatuto institucional, mas o que conta, de fato, é o modo de funcionamento dos sujeitos que ali são acolhidos. Os entraves institucionais que desconsideram a particularidade e singularidade dos sujeitos, como se pode constatar nas informações obtidas, precisam contar com sólida formação para não cair em formas de psicoterapia.

O entrevistado 2 coloca que procura, ao “trabalhar com a psicanálise neste contexto [CT], como em qualquer contexto, uma mudança subjetiva, uma mudança de posição subjetiva” dos internos. E completa: “e isso implica necessariamente uma mudança do sujeito em relação ao Outro, em relação à norma, em relação à lei, em relação à coletividade”.

Ele considera que o toxicômano não deve ser destacado da sociedade, colocado à margem, como um desajustado. Assim, sendo, Retirar o sujeito da sociedade devido a seu abuso no consumo de drogas e não tratar as questões subjetivas que o levaram a entregar-se a este gozo mortífero é um paliativo de curto prazo. Para a psicanálise a importância que a droga tem em sua vida faz toda diferença e, por isso, pode-se destruir os campos da coca, maconha, etc, que o sujeito inventará uma nova droga. Freud localizou o mal-estar como oriundo da renúncia pulsional infringida ao sujeito pelo esforço civilizatório. O imperativo de sua época era fazer com que o sujeito não gozasse. Sobre este mandato paterno o sujeito não reinstalava a felicidade, mas, ao contrário, reforçava o circuito no qual o supereu reintroduzia a ferocidade do gozo por meio da proibição (SINATRA, 2013).

Seguindo as trilhas de Lacan e Miller, pode-se colocar o mal-estar da época de Freud como um conjunto sustentado pela lógica do Todo, a partir da culpa e do castigo, frutos da fase edípica, onde os pecados e sua expiação reforçavam o supereu, fortalecendo os pilares da época: a Igreja, a família e o Estado.

Todo este contexto se modificou, e na atualidade em que trabalham os entrevistados, o sujeito perdeu seus pontos de referência, de sustentação. O imperativo contemporâneo passou a ser o dever de gozar. Um tempo em que as mídias propagam objetos que visam trazer felicidade e liberdade para o sujeito buscar suas realizações, um mundo onde tudo é possível.

Trata-se de destacar agora que o modo de gozo contemporâneo está determinado já não mais a partir da perspectiva do pai como significante mestre (S1) da civilização, já não mais a partir da sua função de proibição (pai como agente da castração), já não mais a partir da negativização do gozo, e sim a partir da sua positivação, desde a mostração do gozo que existe. (SINATRA, 2013, p. 33).

Isto significa que o gozo ascendeu ao zênite da civilização, ele trouxe o ideal. A civilização contemporânea persegue a satisfação, não mais o ideal. A sociedade atual deixou de viver sob o reino do pai, da estrutura do todo fundado na exceção. Com a pluralização do Nome-do-Pai não há ordenação forte o suficiente que se coloque em posição de proibição, hoje se pode tudo. Quando se pode tudo, nada é suficiente, o gozo reina impiedoso, fazendo dos sujeitos seus escravos.

O conjunto que assim se constitui já não é o Todo fundado na exceção - paterna - cuja estrutura era a "incompletude" pela falta de ao menos um elemento que sempre se subtrai do todo para constituir-lo; o Não-Todo carece do "limite" que permite a exceção. Ergo, o conjunto se estabelece não como incompleto, mas como inconsistente. O que não se pode armar é o conjunto mesmo como um Todo, como totalidade fechada. (SINATRA, 2013, p. 35).

Como consequência da queda do Nome-do-Pai, a atualidade não é inclinada ao uso de substâncias tóxicas como um coadjuvante do laço social. A droga não faz parte de ritos sociais, não possui as características de um agir compartilhado. Segundo Sinatra (2013, p. 45) “não se pode esquecer que o adito corresponde perfeitamente à dimensão autista do sintoma, ele é o representante maior de uma prática que tenta curto-circuitar o gozo infiltrado no corpo”.

É uma consequência maior da passagem - a que nos referíamos anteriormente - do "Não gozarás!" ao "Deves gozar!" Tais sintomas se reúnem hoje no corpo do parlêtre - mas não menos no corpo social -, mostrando que é - que continua sendo - o impossível que determina as mais variadas formas de gozo. Por isso, embora no século freudiano fossem as amnésias histéricas e os rituais obsessivos os sintomas clássicos que demonstravam a predominância da defesa, hoje os sintomas revelam mais decisivamente as formas de gozo. As antigas formações transacionais entre "a moção pulsional e a defesa" dividem assim suas águas entre os séculos. (SINATRA, 2013, p. 45).

Neste contexto é preciso localizar uma saída que permita reintroduzir a subjetividade no indivíduo das multidões, propiciar um instrumento questionador do consumo. E a extração do que há de particular no gozo do sujeito parece ser tarefa nada simples para os entrevistados. Quando não encontra uma regulação simbólica o gozo se torna excessivo, mortífero, causando dor e sofrimento ao sujeito, o que não parece ser considerado no modelo de De Leon. O mal-estar na civilização advém do fato de que a própria linguagem está infectada por algo que nenhum discurso consegue dominar, conter: pulsão de morte, em Freud, e gozo, em Lacan.

Para Hugo Freda (1996), o psicanalista não é a favor do gozo louco que dirige o toxicômano para a morte, e por isso busca fazer viver o gozo, enquadrando-o por este transformador que é o significante, sem o reduzir a nada. Não se trata de ofertar um mundo sem gozo, mas reduzir a relação do sujeito com o gozo mortífero. Tirar o toxicômano de seu casamento com a droga é parcialmente tirá-lo de sua felicidade. Guiá-lo neste caminho, fazê-lo simbolizar, aceitar a castração, conviver com um grau de perda, de angústia, de frustração, faz parte do tratamento psicanalítico.

O discurso das CTs não visa descolar o sujeito de seu sintoma e sim os colocam como inseparáveis na tentativa de controle egoico. Desta forma, o sujeito continua aderido ao sintoma, justifica suas atitudes como se não fosse responsável por elas e sim efeito do sintoma, do social. O gozo não é mais algo particular e sim exposto e divulgado como que se fosse uma representação do sujeito, que se coloca como vítima das circunstâncias, governos, família, social. O sintoma, nesse caso, é como se fosse

imposto a ele e não vem dele. Neste contexto Laurent coloca como deve ocorrer a operação analítica:

A operação analítica não consiste mais em trazer à luz um gozo que está, inclusive, superexposto em seu semblante. Pela circunscrição do gozo na experiência do tratamento se afrouxará no particular a sujeição ao seu horror. O reconhecimento de um tal parceiro-sintoma põe em questão a crença de cada um em relação ao seu modo de gozar e ao apoio que nele o sujeito toma. (LAURENT, 2007) P. 245.

Pode-se pensar, portanto, por meio da psicanálise, que frustrações e fracassos serão o cotidiano das CTs. Por meio das formalizações psicanalíticas, aprende-se que a toxicomania indica a relação do indivíduo com uma substância química que passa a ser utilizada como objeto de gozo, em relação singular. O toxicômano é aquele para quem a droga perde a dimensão significativa, tornando-se um consumidor sem limites (SANTIAGO, 2001). O objeto droga passa a não ter um valor de significação para o sujeito, não representa nada simbolicamente, já que a adição é da esfera autística, autoerótica, uma tentativa do sujeito de prescindir do Outro, rompendo os laços sociais.

Segundo Santiago (2001, p. 39), “o lugar que a droga chegou a ocupar na sociedade contemporânea é uma consequência imediata da emergência de um novo utilitarismo”, pois o “sucesso contemporâneo do fenômeno da droga é, antes de tudo, deduzido das mutações decisivas produzidas pelo advento do discurso da ciência [...]” (SANTIAGO 2001, p.49). Em geral, os tratamentos para toxicomania tendem a reduzir o mal-estar do sujeito a um objeto (a droga), situado como um problema e não exatamente como uma tentativa, ainda que fracassada, de se solucionar um mal-estar. A droga, hoje, também toma uma dimensão do comércio e, na maior parte dos casos, não opera mais como uma função social, religiosa ou mística, tem valor de objeto de consumo.

5.2 Componentes Genéricos de uma Comunidade Terapêutica

O trabalho do profissional orientado pela psicanálise, já não há mais dúvidas, pode ser inserido em contexto e *setting* fora dos padrões tradicionais da psicanálise, a exemplo das CTs e hospitais. No caso das CTs, instituição em que se centra este trabalho de investigação, os efeitos causados pelos componentes genéricos sistematizados por De Leon aparecem nas entrevistas, algumas vezes de forma sutil e em outras claramente.

Os componentes genéricos permitem que se tenha uma ideia do que são estas CT. É importante o profissional orientado pela psicanálise conhecer a instituição que está inserido, suas particularidades, modos de funcionamento. O domínio desta informação não se dá no sentido de brigar, bater de frente, desdenhar, mas sim de saber transitar, lidar com o meio institucional e seus efeitos sobre os internos. Nas palavras do entrevistado 2 é preciso “trazer as inconformidades para a instituição, falar sobre isso, esclarecer para eles, falar o quanto isso é prejudicial ao tratamento”.

Nas entrevistas pode-se observar a fala do entrevistado 2, afirmando que “a pessoa fica lá, excluída do mundo e, conseqüentemente, das drogas, mas uma hora tem que voltar para o mundo e a droga continua existir no mundo, a droga não vai desaparecer”. Um dos principais pontos que caracterizam o modelo genérico de CT é o isolamento da comunidade em seu sentido amplo, ainda com a intenção de se criar um ambiente de microcomunidade. De Leon (2003, p. 408) coloca que ao se criar “ambientes residenciais, os clientes permanecem afastados de influências externas 24 horas por dia”, desta forma os internos “desligam-se gradualmente das antigas redes de relacionamentos e relacionam-se com os companheiros livres de drogas do programa”. Dentro de seus muros, busca-se promover “uma sensação de comunalismo e atividades coletivas” com paredes trazendo “cartazes expressando, em termos simples, a filosofia do programa, as mensagens de bem viver e de recuperação” (DE LEON, 2003, p. 408). As atividades são programadas em formatos coletivos como preparo das refeições, reuniões, trabalho em equipe, horário do lazer, cerimônias, sempre buscando um contexto da comunidade de companheiros (DE LEON, 2003).

A tentativa de propiciar um ambiente de comunidade parece ser um desafio nas CTs. Ao se tomar os relatos do entrevistado 1 sobre a agressividade dos internos, que chega ao ponto de levar alguns deles a serem expulsos do tratamento na CT, observa-se o que, para a psicanálise, pode ser considerado a exacerbação da pulsão de morte, desvelamento da impotência do sujeito frente as tentativas de conter a pulsão morte através de um reforçamento egóico.

Segundo De Leon (2003, p. 47), “um pressuposto-chave da concepção que a CT tem do transtorno da dependência química é que o uso e o abuso de drogas são decorrências destinadas a evitar os desafios da vida diária” e a “sobriedade é requisito vital da aprendizagem da administração dos sentimentos e comportamentos necessários para atender a esse desafio”. Para as CTs, a questão está nos comportamentos, maneiras de viver o cotidiano e não em como o cotidiano afeta e é encarado pelo sujeito. O foco é

em lidar com os fatos e não em como eles são elaborados pelos sujeitos. É proposta toda uma rede de proteção ao toxicômano.

Refletir sobre estes modos de organização, contando com a luz que a psicanálise pode lançar, nos ensina que não é o sintoma que procura o sujeito, mas o sujeito que escolhe o sintoma e, com isto, afastar o sujeito do convívio da civilização não seria a solução. A questão não é criar no sujeito uma aversão às drogas, mas responsabilizá-lo por seu uso, levá-lo a assentir que seu uso não é sem consequências. Sabe-se que um sujeito entregue ao gozo mortífero das drogas possui restritos laços sociais, e se vê envolto em um ambiente onde as leis e regras civilizatórias têm efeito reduzido. Para os internos, a internação em CT pode ser assimilada como um retorno ao laço social de forma branda, onde o sujeito encontra suporte e confiança. Neste contexto o psicanalista encontra espaço para propiciar que o sujeito ressignifique sua relação com seu sintoma.

O entrevistado 1 relata, por exemplo, os efeitos sobre os internos dos telefonemas em que familiares e namoradas começam a contar problemas ocorridos fora da instituição e que, “aí eles [os internos] puxam os problemas para eles e desinteressam pelo tratamento”. Percebe-se que o objetivo de criar um ambiente protegido do mundo externo não elimina seus efeitos que na vida do sujeito se fazem presente, de um modo ou outro. O sujeito sempre encontra caminho para fazer sua marca, para desequilibrar o conjunto de regras que compõem a instituição, o Outro institucional. Não há instituição capaz de proteger o sujeito, a instituição somente será capaz de amenizar temporariamente as consequências das marcas próprias que o sujeito inflige sobre si mesmo.

O foco das CTs, ao fornecer um ambiente de comunidade protegida, é que as correções sobre comportamentos inadequados sejam encaradas como ajuda e ensinamento, vistas como o melhor para o sujeito, são para o bem dele e não perseguições e marcações pessoais (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012). Dentro do ambiente de isolamento provido pelas CTs, as pessoas podem falhar, aprender enfrentando seus medos e frustrações porque não há como recorrer a droga como artifício de fuga. Correções, punições e desentendimentos, portanto, são constantes nessa microsociedade:

[...] a CT promove a aprendizagem por tentativa e erro, proporcionando um ambiente no qual se pode fracassar em segurança. Isso contrasta com o mundo exterior, que envolve um maior risco de perdas, humilhações e punições decorrentes de fracasso na realização de tarefas. Assim, a CT é considerada uma microsociedade que prepara o indivíduo para uma vida de sucesso na macrosociedade do mundo real. (DE LEON, 2003, p. 32).

Se considerarmos que o sujeito que se encontra internado em CT não conseguiu lidar com a renúncia pulsional exigida pela civilização, tal como ensinou Freud, fato é, no entanto, que esta dificuldade de renúncia não cessa ao interná-lo em uma CT. Fato é, também, que isso não inviabiliza o trabalho do psicanalista, nestes locais. A possibilidade do sujeito se dar conta do esforço necessário para viver em civilização pode ocorrer, minimizando o sofrimento causado pelo sintoma que elegeu, por seu casamento com a droga.

O entrevistado 2 salienta um ponto de bastante reclamação entre os internos, uma falta de sentimento de justiça por um eventual favoritismo da coordenação e administração por alguns internos, ocasionando “efeitos de muita revolta” nos demais. Nas reuniões de grupo surgem falas como “fulano fez isso e a consequência foi aquela e outro fez a mesma coisa e a consequência já foi outra”. Ao propor os internos como modelo uns aos outros, também se cria um ambiente de patrulhamento entre eles, cria-se novas segregações.

Sabemos que a psicanálise se orienta por uma lógica que aponta para o particular. Dessa forma, uma análise, ao se opor à lógica do grupo e se dirigir ao que cada sujeito possui de singular, interroga os recursos identificatórios do sujeito, que tendem a produzir fenômenos de massa. A universalização presente nos grupos e nas instituições opera pela supressão das diferenças e da subjetividade, o que tem como consequência a segregação. Ao anular as diferenças, a segregação não deixa espaço para a emergência do sujeito do inconsciente, impedindo o desejo e apacando a angústia. (MARTINS, 2005, p. 140).

Sobre a tentativa da CT criar um ambiente comunitário, não atenta às diferenças, à possibilidade de que ali se construa inimigos onde os internos são todos companheiros, o entrevistado 2 coloca:

Trabalhando com a psicanálise, a gente trabalha com essa noção de lei, com esse universal, isso que está para todos. É claro que a psicanálise está atenta sobretudo às saídas singulares, a forma singular como o sujeito lida com a lei, mas a lei em si, enquanto tal, tem que ser para todos. (entrevistado 2).

Segundo Ramirez,

O sujeito se estrutura no outro, considerado modelo de identificação e do qual pega traços, inconscientemente, de acordo com os quais transforma a si mesmo. Nesse movimento, há uma fascinação pelo modelo; do mesmo modo, há fascinação similar pelo inimigo. É uma espécie de amor no aspecto da atenção permanente do outro: ele é observado, o que aqui se traduz em vigilância, há dependência de sua maneira de ser, de pensar, de atuar, de sentir, mas, mais que para obnubilar-se em sua adoração, isso acontece para criticá-lo, apontar-lhe a equivocação, sua falha, seu erro. (RAMIREZ, 2013, p. 11)

O entrevistado 1, por seu lado, vislumbra naquele “interno que está fazendo tudo certinho”, certo artifício do sujeito para, na verdade, montar sua trampa, “não se mostrar” e, conseqüentemente, não se tratar.

Não se pode esquecer que o modelo genérico de tratamento em CT, sistematizado por De Leon, cultiva a ideia de companheiros como modelos de atuação em dia estruturado e os internos que “demonstram os comportamentos esperados e refletem os valores e ensinamentos da comunidade são vistos como modelos” (DE LEON, 2003, p. 409).

De fato, a força da comunidade como contexto para aprendizagem social relaciona-se ao número e à qualidade de seus modelos de atuação. Espera-se que todos os membros da comunidade sejam modelos: colegas de quarto, residentes mais jovens e mais velhos, funcionários iniciantes, avançados e administrativos. As CTs precisam desses vários modelos para manter a integridade da comunidade e assegurar a difusão de aprendizagem social. (DE LEON, 2003, p. 409).

E, é óbvio que nesta estrutura o modelo está pronto para deixar a instituição em trabalho que prima pela identificação imaginária. A identificação imaginária põe em jogo a questão da semelhança e da aparência. Neste sentido os modelos propagados pela CT fomentam o imaginário dos internos na forma de catalisadores de processos de identificação cultural. O compartilhamento desse sentimento em comum leva à construção de uma relação identificatória entre os internos da CT, que funciona como um laço social, estabelecendo valores, regras, comportamentos que regem a identidade cultural do grupo.

Segundo Miller (1997b), a possibilidade da operação analítica se baseia sobre uma recusa do analista em utilizar os poderes da identificação. Na medida em que ocupa o lugar do grande Outro, desse Outro para o qual o sujeito se volta em seu sofrimento, o analista recusa-se a ser o mestre. É somente recusando ser o mestre que ele abre a dimensão propriamente analítica do discurso. Por pouco que ele comunique ao sujeito - "Eu sei o que você é, eu sei o que você precisa, eu sei o teu bem"-, ele ocupa o lugar de mestre. Sua posição é outra: "Eu não sei e é por isso que é preciso que você fale." É preciso que o analista se mostre habitado por um desejo mais forte do que o desejo de ser o mestre. O caminho é colocar o desejo do analista como desejo de saber, para que o sujeito possa encontrar a questão de seu desejo além da identificação.

Para a psicanálise nenhuma identificação satisfaz a pulsão, o mais-de-gozar escapa à identificação. A identificação é um artifício utilizado pelo sujeito como meio de evitar reencontrar esse mais-de-gozar. O analista não pretende adaptar o sujeito a

uma realidade que só é fantasma, nem restituir no sujeito o funcionamento do princípio do prazer, de assegurar a regulação psíquica. Não há promessa de felicidade, harmonia, plenitude da personalidade. O analista pode prometer elucidar o desejo do sujeito. E ajudar a decifrar o que insiste na existência (MILLER, 1997b).

Através da programação de atividades de rotina, a CT entende que proporciona caminhos para o interno se organizar, saindo de uma “vida caracteristicamente desordenada” para uma vida em que as atividades estruturadas ensinam ao indivíduo a “auto-estruturação, em que se inclui administração do tempo, planejamento, definição e cumprimento de metas e confiabilidade geral” (DE LEON, 2003, p. 409).

Mas, o entrevistado 1 coloca que o trabalho é fonte constante de desentendimentos entre os internos. O trabalho na cozinha é considerado “o pior lugar”, entretanto, este entrevistado diz que vê “que a cozinha é o melhor lugar para enfrentam os problemas”. Segundo o entrevistado, nos demais trabalhos realizados na CT, quando acontecem discussões, “dá para sair daquele local e ficar sozinho”, já na cozinha o espaço é restrito. O apoio do psicanalista, neste momento, é considerado importante para “apagar incêndios”, porém esta também é uma oportunidade de trabalho analítico.

De acordo com De Leon (2003, p. 410), “as várias funções de trabalho fazem a mediação dos efeitos educacionais e terapêuticos essenciais” na CT, e com este objetivo os internos são “responsáveis pela administração diária da instalação”, no cuidado da “limpeza, atividades, preparação e organização das refeições, manutenção”. Assim “fortalecem a agregação ao programa por meio de participação, oferecem oportunidades para o desenvolvimento de habilidades e incentivam o autoexame e o crescimento pessoal pelo desafio de desempenho e responsabilidade pelo programa”.

Ao se tomar as falas do entrevistado 1 “foco no sintoma que é o primordial, que é para trabalhar” e “é importante que seja um resultado rápido”, percebe-se a preocupação do profissional com o pouco tempo para o trabalho ser realizado e, também, a exigência de foco. Segundo Sônia Alberti e Consuelo Almeida

[...] por sabermos que não atenderemos às demandas que não permitam sustentar a demanda de tratamento – primeira regra para uma psicanálise possível: não responder às demandas -, escutemos tudo o que quiserem nos falar sem jamais esquecer que, para poder agir de nosso lugar, é preciso saber que isso também implica respeitar limites: nós somos limitados, ou seja, não podemos responder a tudo! (ALBERTI; ALMEIDA, 2005, p. 70).

A psicanálise não toma como direção do tratamento as exigências sociais e sim a maneira com que o sujeito lida com suas exigências pulsionais, seus modos de gozo. O entrevistado 2 coloca seu ponto vista sobre o uso da droga dizendo que ela “vem como

uma tentativa do sujeito de se tratar de uma outra coisa [...], a gente percebe o quanto a droga entra na vida da pessoa às vezes para lidar com uma vivência de ansiedade muito grande, de situações conturbadas ou qualquer que seja o caso específico”. E ainda completa dizendo buscar “o que está para além do uso da droga, o que está adoecendo esse sujeito, o que está na vida e fazendo a vida dele ser pior do que poderia ser”. As palavras do entrevistado vão de encontro ao que Martins coloca:

Trata-se de trabalhar reconhecendo a identificação com o fenômeno, sem, no entanto, cristalizar o sujeito nesta nomeação universal: “Eu sou toxicômano”. Somente considerando o fenômeno da toxicomania com base na função que a droga pode ocupar para cada sujeito é que se torna possível inserir o particular na instituição especializada, a qual convoca o universal (MARTINS, p. 140).

Nesta mesma direção Santiago escreve que

[...] o produto torna-se, para o toxicômano, um parceiro na medida em que permite produzir um obstáculo entre ele e o Outro, principalmente, o Outro sexual. Essa função da droga ressalta, também, os imperativos próprios de uma demanda imperiosa; já que, como na pulsão, ela age, de uma forma ou de outra, neutralizando o Outro. Com efeito, deve-se enfatizar, a propósito, que a particularidade da toxicomania reside nessa tentativa de recuperação do gozo que não passa pelo Outro (SANTIAGO, 2001, p. 156).

E ainda completa sobre a função da droga como defesa da angústia do sujeito frente ao desejo do Outro:

Tendo-se em vista a experiência analítica conduzida com pacientes toxicômanos, o uso das drogas é, usualmente, interpretado como uma saída para a angústia decorrente de todo encontro do sujeito com o do desejo do Outro, a fim de se afastar dele. Sustentar-se que se trata de um modo de satisfação que não passa pelo Outro exige, sem dúvida, uma elaboração que capte a especificidade dessa estratégia de uso do produto tóxico (SANTIAGO, 2001, p. 156).

O modelo genérico de CT almeja que, com treinamento de conscientização e crescimento emocional, as “intervenções terapêuticas envolvam a promoção da conscientização do indivíduo quanto ao impacto de sua conduta / atitude sobre si mesmo e sobre o ambiente social”, assim alcançando as “as metas de crescimento pessoal e socialização”, ensinando os internos “como identificar sentimentos, expressá-los apropriadamente e administrá-los de modo construtivo ao lidar com as exigências sociais e interpessoais da vida comunitária” (DE LEON, 2003, p. 411). Estas demandas da CT vão ao encontro da proposição de trabalho traçados nos moldes das psicoterapias, conforme se escreveu no item 2.3.

Segundo De Leon (2003, p. 56), “uma característica essencial que está na base das dificuldades emocionais de residentes é a pouca tolerância aos incômodos”. Ao se lançar o conhecimento psicanalítico sobre estas questões, vê-se que ali está o sujeito

entregue ao gozo na fuga do peso da vida, com suas frustrações, problemas e desencontros ocasionando uma angústia exacerbada que o adicto não consegue suportar. Os nortes de tratamento destas CT e da psicanálise, para lidarem com a angústia são bastante distintos. A psicanálise deseja fazer a angústia trabalhar, estar a serviço do tratamento, a orientação das CT está no sentido de tamponar essa angústia, fazê-la calar, com o profissional posicionando-se como mestre e apresentando soluções para qualquer questão que se manifeste. Suas orientações supõem que o profissional ocupe o lugar do mestre detentor do saber, e o interno está ali para aprender. Para a psicanálise o saber está no sujeito.

[...] em sua ética, a psicanálise interdita a especialidade, pois está referida a um saber sobre o qual não se tem conhecimento e toma o sujeito, dividido entre o saber e a verdade, como baliza de seu trabalho. Assim, não somente assume sua condição de “saber não saber”, mas, no nível institucional, retira das outras áreas o caráter de especialidade: se é o sujeito que aponta a direção do trabalho, não há um saber prévio e empírico sobre ele. (ELIA; COSTA; PINTO, 2005, p. 129).

Os ensinamentos propostos na CT dirigem o interno a associar seu uso de drogas a sensações emocionais como um gatilho para o abuso de substâncias. A intenção é que o interno passe a ter um controle sobre suas atitudes, depois de ter aprendido conter suas emoções, buscando expressá-las de maneira apropriada. O profissional orientado pela psicanálise não se interessa em associar drogas e emoção, mas atenta-se à função que a droga tem na vida de cada sujeito, propiciando que o toxicômano lide com as consequências de suas escolhas, responsabilize-se por elas.

De Leon (2009, p.55) coloca que “os residentes de CT exibem pouco respeito com relação a si mesmos e revelam caracteristicamente autopercepções depreciativas quanto ao seu comportamento moral e ético e às suas relações com a família”. Do ângulo da psicanálise, pode-se dizer que são sujeitos narcisicamente abalados, considerando-se incapaz de enfrentar os desafios da vida, uma autoimagem de pessoa incapaz. Ao intoxicar-se aplaca a culpa por sentir-se inferior aos demais.

5.3 Equipe terapêutica entre a cruz e a espada: sujeito X demanda institucional

Um ponto em comum destacado nas 2 (duas) entrevistas foi o peso dado à tradição no tratamento em CTs. O fato dos coordenadores utilizarem sua experiência pessoal como ex-internos de CT, como fator de modelo na condução do tratamento, foi considerado causa de entraves nas mudanças e proposições dos profissionais.

E o que eu tento fazer é trazer isso, trazer estas inconformidades deles para a instituição, falar sobre isso, esclarecer para eles, falar o quanto isso é prejudicial ao tratamento, mas eu confesso que tem um pouco de dificuldade de convencer, de esclarecer os responsáveis da instituição da importância disto. (Entrevistado 2).

Não é difícil imaginar uma postura deste tipo, uma vez que uma das instituições somente contratou um psicólogo por força de lei, conforme se explicou no item 4.3, não por acreditar na importância de seu trabalho. Até que ponto o profissional consegue ocupar um papel em uma instituição que o contrata por obrigação legal? Somente com o tempo e um trabalho que fale por si, espera-se uma alteração neste quadro. Mas o entrevistado 2 demonstra confiança no diferencial da psicanálise no tratamento do sofrimento psíquico.

Na verdade, no meu ponto de vista, é o de que há lugar para a psicanálise em todo lugar que há sofrimento psíquico, que há mal-estar, sofrimento psíquico, uma vida limitada, com sofrimento. Sofrimento sempre tem, não há como eliminar o sofrimento, mas a psicanálise nos mostra que certos sofrimentos podem ser de certa forma atenuados, melhorados, se não acreditasse nisso não trabalharia com atendimento psíquico, seja psicanalítico ou qualquer outro. (Entrevistado 2).

A inserção do profissional de equipe terapêutica em instituições, como se vê, implica um dilema inicial: a quem o profissional deve responder? Esta é uma questão ética, bastante discutida em psicanálise. Para o profissional orientado pela psicanálise não há dúvida: o sujeito é a quem o analista dirige seu discurso, seu tratamento.

O entrevistado 2 salienta que “há também um discurso de universalização sobre o dependente químico”, colocando todos como iguais, agindo da mesma forma e explicando seu desencontro com as normas sociais dizendo “o dependente químico é assim”. Neste caminho as singularidades do sujeito são desconsideradas:

quando o sujeito está sentido falta da família, está passando por alguma questão que ele vem trazer como uma questão sua, o discurso deles é sempre colocado no sentido de isso é coisa da dependência, isso é coisa do inimigo, eles chegam a dizer, é o inimigo, é o diabo que está querendo te levar de volta para as drogas, isso é assim mesmo, ou seja, isso é para todos, está colocado para todos da mesma forma (entrevistado 2).

Esse sujeito, que apresenta uma fragilidade emocional e narcísica, encontra nas CTs um tratamento com base sugestiva e em fundamentos religiosos que podem ter efeitos alienantes. As CTs não possuem um vínculo único com determinada linha religiosa, mas fazem parte de suas características essenciais a crença em um “poder superior” (DE LEON, 2003). A religião apresenta uma visão de mundo em que o sujeito deve se adaptar, buscar se proteger contra aquilo que gera sofrimento. O sujeito que

buscava fugir da realidade na qual não conseguia atingir ideais na vida, encontra na CT seu refúgio.

A religião restringe esse jogo de escolha e adaptação, desde que impõe igualmente a todos o seu próprio caminho para a aquisição da felicidade e da proteção contra o sofrimento. Sua técnica consiste em depreciar o valor da vida e deformar o quadro do mundo real de maneira delirante (FREUD 1930, p. 104).

O sujeito em tratamento, nas CTs, encontrou ali um lugar por meio do fenômeno da adição, foi incluído em um determinado grupo em razão do uso adicto, e em função disto foi incluído nesta instituição. O sujeito foi, então, destacado por fenômenos apresentados, parece nem ser possível dizer que foi por seu sintoma, alvo de tratamento. Nesses locais parece não ser incorreto dizer que, quando o praticante de psicanálise é convocado, ele o é como um especialista em aspectos emocionais, intelectuais ou comportamentais, em chamado para também ocupar lugar de modelo da CT, responsabilizado por atender uma demanda pré-determinada. Segundo Martinho (2005, p. 185), “A demanda institucional, portanto, é que técnicos normalizadores ocupem funções valorizadas por reafirmarem uma ordem que funciona sobre o recalçamento da subjetividade”.

Nesse ponto é bom recordar que Laia (2003) escreve que a prática nas novas instituições nem sempre está orientada para a singularidade do sujeito, fazendo uso excessivo do imperativo do ideal da cidadania. A concepção de que é a cidadania que faltava para o sujeito se tornar amável, no entanto, provoca tensões tanto entre pacientes quanto profissionais.

Miquel Bassols (2003) acompanha Freud e Lacan ao dizer que as instituições se fundam necessariamente na repressão do desejo particular do sujeito, ou como diria Freud, da satisfação pulsional. A instituição reprime o desejo instituinte. Não há solução perfeita para o conflito entre o desejo em seu paradoxo com o ideal, há eleições, decisões, que sempre supõe uma perda e um ganho, mas sempre há o conflito. Por isso Laurent (2011b) diz que a instituição é o conjunto de regras que o sujeito desconstrói.

Localizamos uma forma possível de resolução para o paradoxo da lei institucional apoiada no ideal. Trata-se de permitir que em cada instituição apareça a particularidade da palavra do sujeito e desconfiar dos efeitos de massa causados pela identificação (BASSOLS, 2003, p. 52, tradução nossa)²⁸.

²⁸ Situemos una forma de esta resolución posible ante la paradoja de la ley institucional fundada en el ideal. Se trata en todo caso de permitir que en cada institución se aloje la particularidad del sujeto de la palabra y de desconfiar de los efectos de masa de la identificación. (BASSOLS, 2003, p. 52)

O autor continua dizendo que não só a identificação com o ideal cria uma segregação cada vez maior do gozo, mas, também cria uma série de formações sintomáticas que se fundam, elas mesmas, em uma identificação com o segregado. Isto é, há um processo de identificação com o segregado e, também, com aquilo que segrega. Conforme levantado pelo entrevistado 2 no item 4.11.

O entrevistado 1 destaca como ponto positivo da instituição a “questão da multidisciplinaridade [...] aqui todas as sextas temos a reunião com a assistente social, o diretor, os coordenadores e a gente vai discutir os problemas da semana”. Segundo Ferrari (2010, p. 45), ao levar em consideração as particularidades do sujeito, nesses momentos abre-se a possibilidade de que a instituição seja única para cada sujeito: “Há a possibilidade de desdobrá-la em várias instituições, particulares para cada caso e sintoma, permitindo a existência, em seu interior, de tantas instituições quantos sujeitos a habitam”. E completa dizendo que a instituição não existe por ela mesma, mas pela “interação com aqueles que a demanda” (FERRARI, 2010, p. 46). Seguindo este caminho, o profissional utilizará os recursos de acordo com a singularidade do paciente. Nas entrevistas os profissionais destacaram a importância da singularidade no tratamento dos internos, mas não exploram maneiras de utilizar o contexto institucional para tanto, focando nos momentos em que realizam consultas individuais. Este fator pode ser justificado pelo pouco tempo de trabalho em CT, o fato dos entrevistados ainda estarem em formação em psicanálise e a pouca literatura existente sobre a inserção da psicanálise nestas instituições.

O psicanalista se guia pela ética e princípios psicanalíticos, coloca em perspectiva o sujeito e não os ideais de moderação e do bem, em direção a refrear o gozo em nome da convivência em comunidade. Os profissionais com orientação psicanalítica, em CTs, inquestionavelmente devem propiciar um lugar de escuta dos sujeitos que lá se encontram em tratamento.

A ética da psicanálise difere de outras na medida em que assinala uma divisão entre bem e bem-estar. Freud, em *Além do Princípio do Prazer*, e Lacan ao teorizar sobre o gozo, demonstraram que o sujeito busca um bem que não lhe proporciona bem-estar. De fato o gozo constitui um bem para o sujeito, separado de seu bem-estar, um bem que frequentemente se traduz em mal-estar. Assim, de acordo com a teoria

psicanalítica, não há nada que garanta ao sujeito um caminho em direção a seu bem: “Ficamos inclinados a dizer que a intenção de que o homem seja ‘feliz’ não se acha incluída no plano da criação” (Freud, 1929, p. 95).

Em *Mal-Estar na civilização* Freud (1929) afirma que o homem seria mais feliz sem a civilização, porém não consegue viver fora dela, devido aos benefícios que esta lhe proporciona. O processo civilizatório exige que a satisfação da felicidade seja colocada em segundo plano e, com isso, implica um mal-estar para os seres humanos.

O psicólogo nas instituições está entre a demanda de assentimento às normas institucionais e a possibilidade de exercer eticamente sua função, torna-se, desse modo, o habitante de um entre dois, de uma zona problemática e prenhe de inquietações sobre seu lugar, seu valor e seu saber técnico. É desse modo que, a partir de uma dialética entre o instituído e o instituinte, entre a moral e a ética, entre o lugar que luta por ocupar e aquele que outros lhe atribuem, ele é convocado a se posicionar e a se interrogar sobre sua tarefa e seus atos. (GONDAR, 2004, p. 43).

No *Seminário, livro 7: A ética da psicanálise* (LACAN, 1959-60) Lacan propõe, ao tomar o sujeito a partir do inconsciente, fazer do desejo inconsciente o objeto norteador da análise, corroborando com a teoria freudiana de não se deixar levar pelos valores sociais. Em outras palavras, a ética da psicanálise não é a ética utilitarista, que busca modelar o sujeito e torná-lo socialmente aceito. A ética da psicanálise tenciona o sujeito a reconhecer seu desejo e não que fique em posição de subjugado às virtudes determinadas pelo Outro. Neste caminho mitos são desfeitos, como por exemplo: o encontro com a alma gêmea, a complementaridade na relação sexual, a perfeita comunicação entre dois sujeitos, a consideração que o ser humano é bom, a existência da felicidade plena, pensar que a educação solucionará os problemas da civilização, a busca de um mundo sem drogas. A análise visa o desejo e este não traz garantias de felicidade e a ética na psicanálise é, desta forma, singular, a da relação de cada sujeito com seu desejo.

Para Lacan (1959 – 1960) o sujeito é dividido, marcado pelo desejo, o que o torna singular. Neste sentido não há um sujeito com direitos e deveres enunciados universalmente. Para ele, essas são tentativas de normalizar e adaptar o sujeito, abafando seu desejo. O sujeito deve tornar-se responsável por seu desejo, pois é com ele que está comprometido. A ética do sujeito será a de responder por aquilo que faz e diz. Aqui se corre o risco do reducionismo e dizer que se pode fazer tudo o que se quer, dar livre curso à pulsão. Pelo contrário, Lacan, bem orientado por Freud, salienta que o sujeito deve responder por suas escolhas, por suas atitudes. Ele coloca que o sujeito não

deve ceder diante de seu desejo, mas isso não é a todo custo, já que deve fazer-se responsável por seu desejo e seu gozo.

O psicanalista orienta seu trabalho pela ética do desejo, ou melhor, pela ética do bem dizer, onde o sujeito é responsável por seu desejo, por suas escolhas. A ética do bem dizer concede às palavras, a partir da relação do sujeito com o Outro, a função de contornar o vazio estrutural. Como há a impossibilidade de dizer o desejo, resta a possibilidade de um bem dizer que o circunscreve, que se aproxima dele, mesmo com as limitações do campo simbólico. Ao se haver com seu campo de desejo, o sujeito se põe à prova, lida com algo da ordem da insatisfação, da incompletude. O bem dizer se relaciona com suportar o dito, não recuar diante da enunciação de uma solução contingente, uma vez que há a impossibilidade de enunciação completa do desejo.

De acordo com Laurent, mesmo orientando-se por uma ética diferente, o psicanalista pode estar nas instituições.

Isso implica a construção dos lugares do analista menos como falta, como subtração, deixando agir os poderes do simbólico, mas como mais, como mais-um remediando a falha do Outro de uma maneira singular. Não é aquele que acrescenta aí um saber técnico a mais, mas aquele que se une às especialidades dos outros para abrir o espaço próprio à interpretação, o tempo da interpretação. Não é mais aquele que se retira do mundo do trabalho das instituições, é aquele que trabalha em lembrar a cada um que, se o Outro é barrado, se a instância simbólica não alcança o pedaço de real que insiste, a consequência é que, qualquer que seja o regulamento que lhe diz o que é preciso fazer, a verdadeira ação está para além do regulamento. (LAURENT, 1999, p. 71).

5.4 Acolhimento e demanda

O entrevistado 1 valorizou a forma com que os internos são recebidos e acolhidos em sua CT, algo até certo ponto considerado novo em instituições de saúde.

As novas instituições têm se tornado mais efetivas e mesmo mais estáveis porque passaram a implicar todo um exercício de negociação com as regras sócio-institucionais, uma significativa transformação nos modos como são acolhidos aqueles que as procuram ou que lhes são encaminhados e todo um esforço para que, além delas, o próprio corpo social possa se colocar como parceiro daqueles cujo “sofrimento psíquico” produziu-lhes um grande distanciamento do registro de uma certa “norma”. Não há mais tanto uma postura de “denúncia da sociedade que segrega para não ter de se haver com a diferença”, não há exatamente a criação de lugares contra-culturais, mas, sim, uma “convocação da sociedade à participação”, para que ela se inclua entre as diferenças que produz e, muitas vezes, segrega. (LAIA, 2003).

O entrevistado salienta que os internos já chegam muito “debilitados”, referindo aos aspectos físicos e mentais, estimando que “mais ou menos 70 % são usuários de crack”. De acordo com Luigi Luongo (1994), o toxicômano poucas vezes chega com

uma demanda de análise, o que traz é sua relação com a droga, mas o fato de consumi-la, raramente é questionado. A questão, para o dependente químico, está mais relacionada com o domínio sobre a droga, por que não consegue se controlar e perdeu o domínio sobre seu consumo. Segundo esse autor, outro ponto característico do toxicômano é a pobreza simbólica muitas vezes chegando a um nível pré-simbólico. Santiago (2001) enfatiza:

ainda que o desafio de todo trabalho clínico com esses pacientes consiste na possibilidade de se abrir uma brecha na repetição ritualizada do ato toxicomaníaco. Insisto em que a dificuldade do toxicômano para se engajar na elaboração do simbólico, no trabalho dos significantes provenientes do Outro, não se deve, simplesmente, às resistências imaginárias. (SANTIAGO, 2001, p. 184)

No tratamento de dependência química em CTs o paciente vem em busca de controlar seu uso de drogas, o que considera ser a causa de seu sofrimento. O objetivo do paciente é parar de usar drogas, essa é sua demanda, o que ele considera seu sintoma. A demanda é algo que parte de uma necessidade, é como um apelo que o sujeito faz em busca de identificar um problema, em busca de um objeto que possa satisfazê-lo, apaziguá-lo. A crença do sujeito é a de que se ele parar de usar drogas seus problemas estarão resolvidos. O efeito ilusório que a demanda causa é o de preencher a falta-a-ser causada por um objeto, porém nenhum objeto satisfará completamente o sujeito. O sintoma, vale lembrar, está oculto na demanda. Se a droga não é um sintoma, o que fez o sujeito procurar arrumar os motivos que o levaram a se tratar é uma questão. O analista não fica restrito ao circuito em que o paciente diz: busquei tratamento porque estou sofrendo. Sua investigação busca por saber que sofrimento é esse, por que se tratar agora, o que há de novo.

O entrevistado 1 coloca a dificuldade em relação a se criar uma demanda de análise por parte do interno, e a cobrança de rapidez por parte da CT. A demanda institucional é diferente da demanda de análise.

Basicamente o que eu percebo, às vezes, uma certa dificuldade de estar trabalhando com a psicanálise dentro da CT. Por quê? Pela questão da demanda. Em relação a que eu falo assim. Porque meu ponto de vista, se a gente for pensar na CT é importante que seja um resultado rápido, vamos dizer assim, a gente precisa daquela rapidez, e se a gente for pensar a psicanálise é mais demorada, né (entrevistado 1).

Para a psicanálise a questão não é a demanda que gira em torno de uma necessidade ilusória do interno, e sim a criação de uma demanda tratamento em que o sujeito esteja implicado. O psicanalista não pode se fixar no problema que o sujeito traz como sua demanda, e sim utilizá-lo como fonte de informações sobre seu modo de

funcionamento, sobre como ele se coloca perante os fatos de sua vida. A análise visa o desejo, que é articulado não com o objeto que o satisfaria, mas com um objeto originalmente perdido, portanto, não articulado com a palavra. A cadeia metonímica do objeto perdido vai deslizando de palavra em palavra, mas jamais é encontrado. Em uma análise, quando o psicanalista não atende à demanda do sujeito, abre espaço para que surja o desejo e, desta maneira, ocorre a possibilidade do sujeito fazer uma nova montagem de sua vida, articular-se de maneira diferente com o Outro. Ao se haver com seu desejo, o sujeito se põe a prova, lida com algo da ordem do impossível, da insatisfação. Ao reduzir o desejo a uma demanda, o sujeito coloca um objeto como se este fosse capaz de satisfazê-lo completamente, o que é impossível.

O sintoma deve ser deslocado do sujeito, o sujeito não é totalmente identificado ao sintoma, o sintoma é uma escolha parcial do mesmo. O significante toxicômano não diz tudo sobre o sujeito. A toxicomania foi uma resposta do sujeito ao mal-estar, à angústia. O sujeito deve se descolar do sintoma para que faça deste uma questão, pois enquanto estiverem colados, a exemplo de expressões como “eu sou assim mesmo”, que continuará a ser utilizado para calar os efeitos do inconsciente. Segundo Laurent:

A psicanálise não é uma escola de individualismo egoísta. É uma experiência de despossessão do si, na qual se separa a evidência do laço entre o eu e o corpo para que surja uma nova relação entre o sujeito e o sintoma. Parte-se do esvaziamento da demanda que, pouco a pouco, irá circunscrever, cingir o sintoma como um “corpo estranho” no eu. (LAURENT, 2007, p. 246).

O discurso do analista propicia que o sujeito se questione: Quem sou eu? Qual é o objeto do meu desejo? A análise tem início, segundo Isidoro Vegh (1999, p. 169), quando “[...] o analisante se encontra a si mesmo dividido entre o que diz e o que sabe disso que diz” (trad. nossa), quando o sujeito se pergunta: O que eu ganho com esse sintoma? Ou seja, a análise começa quando o \$ está no lugar de agente.

Em uma instituição pública, na cidade de Macerata, Itália, na qual são atendidos toxicômanos, psicanalistas trabalham no sentido de apostar na Comunidade Terapêutica não como anterior a uma resposta, mas como anterior a uma demanda. Seria a ocasião de construir a demanda do sujeito, em lugar de sua adaptação conforme proposta das CTs estudadas salientando que este trabalho não é dirigido às motivações para entrar no programa. O objetivo é acolher a demanda para então permitir um espaço em que apareça a subjetividade dos sujeitos (VERDICCHIO; VIGANÓ, 1994).

O toxicômano demanda amor quando busca a droga, confunde o gozo da droga com o amor, (VERDICCHIO; VIGANÓ, 1994). Ele não suporta a perda que comporta a

demanda dirigida ao Outro e é isto que ele deve experimentar. A comunidade não deve tamponar o sofrimento oferecendo um ideal. O que deve oferecer é uma falta, o desejo do operador. Este desejo não é o de ensinar, nem normatizar, tampouco curar, é um desejo sem objeto, que se dirige ao saber, saber do inconsciente tomado com um discurso do Outro (VERDICCHIO; VIGANÓ, 1994).

Lacan diz que o processo de uma análise visa transformar a impotência em impossibilidade. Impotente, significa que eu não posso, mas alguém pode. A análise vai esvaziando essa premissa, transformando a questão de que eu não posso, em ninguém pode, ou seja, trazendo a dimensão da impossibilidade. Em última instância é preciso haver-se com essa impossibilidade. Enquanto penso que o Outro pode, fico me fazendo de objeto para o seu gozo, me sujeito às suas ordens, entrego minha vida na mão do Outro. Esta política é adotada pelo componente genérico das CTs que coloca os companheiros como modelos de atuação. O interno fica então a mercê do Outro, de seus ideais, abandonando sua singularidade.

Nos atendimentos individuais o entrevistado 2 considera que abre espaço para que surja o sujeito, que apareça a singularidade do interno, abrindo espaço para surgir a impossibilidade.

E aí eu abro este espaço para eles. Eu faço acompanhamento individual, não apenas no início. Isso costuma ter um efeito positivo no sentido de as pessoas se sentirem melhor na instituição, se sentirem mais acolhidas pela instituição, serem tratadas mesmo, então tem um efeito bastante positivo nos residentes, a minha função no papel ali (Entrevistado 2).

Laurent (1999, p. 8), em seu texto *O Analista Cidadão*, compartilha que os “analistas têm que passar da posição de analista como especialista da desidentificação à posição de analista cidadão”. Isto significa que o analista deve sair de seu lugar fechado, reservado, crítico, e participar, ser sensível às formas de segregação. Os analistas não devem se limitar a escutar, precisam transmitir a particularidade do que está em jogo. Não se trata de cultivar a particularidade, mas de transformá-la em instrumento para todos.

O analista, mais além das paixões narcísicas das diferenças, tem que ajudar, mas com os outros, sem pensar que é o único que está nessa posição. Assim, com os outros, há de ajudar a impedir que, em nome da universalidade ou de qualquer universal, seja humanista ou anti-humanista, esqueça-se a particularidade de cada um. Esta particularidade é esquecida no Exército, no Partido, na Igreja, na Sociedade analítica, na saúde mental, em todas as partes. É preciso recordar que não há que se tirar de alguém sua particularidade para misturá-lo com todos no universal, por algum humanitarismo ou por qualquer outro motivo (LAURENT, 1999, p. 9).

E em seu texto *Novas Normas de Distribuição dos atendimentos e sua avaliação do ponto de vista da psicanálise*, afirma:

O que a psicanálise acrescenta [...] é que o psicanalista na instituição não tem que ser situado como a-mais, como não fazendo nada, como morto, identificado a esse pai morto. Ele é aquele que ali está para lembrar que o desejo em jogo supõe não somente adaptar o regulamento ao caso, mas também de tomar o que, no caso, excede o regulamento, o que é o ponto delicado, e que é a partir disso que a ação vai se dirigir. É uma interpretação do dito de Lacan, segundo o qual o psicanalista deve “se consumir sem contar”. Isso não quer dizer não estar atento ao orçamento, isso quer dizer que ele se consome segundo o regulamento, mas sabendo que há alguma coisa que não pode ser reduzida nem prevista e que é aí, todavia, que a ação central vai ter preferência, vai se centrar. A ação central é o estabelecimento do desejo, ou da relação transferencial, enquanto que ela visa o amor para além dos regulamentos e das normas admissíveis. (LAURENT, 1999b, p. 72).

5.5 Comunidade Terapêutica e seu Totem e Tabu

A agressividade e a falta de recursos simbólicos dos internos de CT podem ser exemplificadas através da fala do entrevistado 1, ao dizer: “o problema de um interno com outro, que acontece muito, principalmente no momento ali da abstinência, quando eles estão chegando. Discussão até de um querer agredir o outro, isso acontece muito!”

Muitos internos de CT vêm de lares desfeitos e relações parentais desagregadoras, tendo tido experiência marcante com agressões, discussões, brigas. No intuito de se defender de sentimentos complicados eles estão acostumados a usar a agressividade física. A angústia não é uma sensação com a qual estão acostumados a lidar por meio da palavra. Segundo De Leon:

Para muitos residentes, a raiva e a hostilidade têm sido as emoções predominantes expressas em suas famílias e redes sociais, bem como em ambientes institucionais. Na verdade, para eles a raiva e a hostilidade têm sido a única forma de expressão afetiva. Elas servem para proteger o indivíduo do confronto com, ou da vivência de, outras emoções que podem ser mais perturbadoras e incômodas, como o medo, a mágoa, a desilusão, a tristeza ou o amor. (DE LEON, 2003, p. 60).

A aposta da psicanálise é na fala, no simbólico e não no controle e pedagogia sobre as emoções.

[...] o lugar da psicanálise e do analista no trabalho institucional se caracteriza por ter na sua prática a marca do método criado por Freud: privilégio dado à expressão própria do sujeito, à sua palavra e à sua história; possibilidade do trabalho ser instaurado no cotidiano institucional com atividades que convoquem o sujeito, podendo ele se dar conta e assumir a responsabilidade de seus atos. (ALTOÉ, 2005, p. 79).

A adaptação pretendida e induzida pelo sistema de tratamento em CT pode ser vista como um substituto à dependência da droga: o interno deixa a droga e terá em troca a satisfação do trabalho e do calor humano do grupo. Esta substituição significativa não realiza uma metáfora e sim um gozo prometido sob uma nova forma. O gozo da química é substituído pelo gozo da renúncia, troca de denominação muito bem adequada ao discurso capitalista. Como se pode obter este resultado? Pela via do supereu, através de um conjunto de regras estabelecidas e punições, no caso de transgressões. A via superegóica é mediada, nesses casos, pela identificação imaginária com um trabalhador da CT, um líder da comunidade, um ideal proposto. O resultado é que o toxicômano pode aceitar, por muito tempo, a proibição da droga, mas ela não perde o valor que tem. Proibida mantém seu poder, torna-se objeto fóbico. Produzir toxicômanos sem drogas é coerente com uma sociedade de consumo (VERDICCHIO; VIGANÓ, 1994).

Na instituição italiana Comunidade Zero, em que trabalha Orfeo Verdicchio, o papel dos funcionários não é vigiar, nem castigar. Lá não colocam o supereu em ação. O trabalho de seus profissionais consiste em estar atendo à relação entre os sujeitos, suas ações, palavras, e em utilizar um discurso que faz o sujeito se responsabilizar. Suas intervenções devem possibilitar a circulação de informação dentro da equipe e uma leitura do que deve ser feito. A palavra que circula entre os trabalhadores faz surgir a referência a um sujeito suposto saber, suposto juntamente porque a palavra não é dita. Os profissionais não fazem interpretação, não fazem psicologia. Seu trabalho não busca restituir um significante no sujeito, o que seria ineficaz (VERDICCHIO; VIGANÓ, 1994).

O entrevistado percebe o toxicômano como um sujeito que tem dificuldade em lidar com a lei

Em relação, por exemplo, a questão da lei. Que é uma questão que está colocada e tratada de forma cuidadosa e, bom... Acredito que tem que levar em conta que a lei é algo que está colocada para todos e deve ser colada de forma universal, vamos dizer... E, muitas vezes, o indivíduo que acaba por se envolver no mundo das drogas, é um sujeito que tem dificuldade de ligar justamente com isso (entrevistado 2).

É bom ressaltar que pelo viés psicanalítico, o toxicômano não sofre com uma debilidade da lei, pelo contrário, ela é toda poderosa, superegóica. O poder do supereu favorece o rechaço do discurso e suas consequências como a divisão subjetiva e a produção de um resto inassimilável pelo significante. Para o sujeito, a oportunidade é de levar em conta o que se quer dizer, a vida na comunidade, as produções imaginárias do

grupo. A vida em grupo faz emergir identificações imaginárias que levam a atuar os fantasmas inconscientes (VERDICCHIO; VIGANÓ, 1994).

A aposta em um trabalho orientado pela psicanálise é que há um tipo de cura que pode levar o sujeito que goza com a droga a outra satisfação. A identificação imaginária não cancela a pulsão que faz com que o sujeito sinta o mal-estar. E é justamente o mal-estar que o toxicômano busca eliminar com o uso de drogas (VERDICCHIO; VIGANÓ, 1994).

Cabe uma analogia entre o que se passa na CT e o texto freudiano *Totem e Tabu* (1912-1913). Tomando como base o programa de CT, pode ser feita uma reflexão da posição em que se coloca a droga como um totem.

Em primeiro lugar, o totem é o antepassado comum do clã; ao mesmo tempo, é o seu espírito guardião e auxiliar, que lhe envia oráculos, e embora perigoso para os outros, reconhece e poupa os seus próprios filhos. Em compensação, os integrantes do clã estão na obrigação sagrada (sujeita a sanções automáticas) de não matar nem destruir seu totem e evitar comer sua carne (ou tirar proveito dele de outras maneiras) (FREUD, 1912-1913, p. 21).

A droga, como se pode constatar pelo que foi escrito até o momento, é colocada como Totem durante todo o tratamento em CTs. Constantemente compartilhada em lembrança, representa a todos, é temida, proibida, causa de atitudes e jamais esquecida. É interessante salientar que o comportamento dos internos é frequentemente associado à droga, da mesma forma que, “de tempos em tempos, celebram-se festivais em que os integrantes do clã representam ou imitam os movimentos e atributos de seu totem em danças cerimoniais” (FREUD, 1912-1913, p. 21).

A violação do totem da CT, ou seja, consumir drogas, é análoga à violação da sociedade totêmica que é “vingada da maneira mais enérgica por todo o clã, como se fosse uma questão de impedir um perigo que ameaça toda a comunidade ou como se se tratasse de alguma culpa que a estivesse pressionando” (FREUD, 1912-1913, p. 23).

A proibição ao uso de drogas na sociedade contemporânea, no entanto, pode ser pensada sob o ponto de vista de um tabu. De acordo com Freud (1912-1913, p. 38), “O significado de ‘tabu’, [...] diverge em dois sentidos contrários. Para nós significa, por um lado, ‘sagrado’, ‘consagrado’, e, por outro, ‘misterioso’, ‘perigoso’, ‘proibido’, ‘impuro’ e as “proibições dos tabus não têm fundamento e são de origem desconhecida” completando que “embora sejam ininteligíveis para nós, para aqueles que por eles são dominados são aceitas como coisa natural”. Para os psicanalistas, proibir o consumo de drogas com a justificativa de que ela faz mal não é aceitável. Vários comportamentos

humanos fazem mal e não são proibidos, mas parece que o interno de CT aceita moralmente esta proibição.

Aquele que viola regras de CT, no entanto, é visto como um perigo, da mesma maneira como aquele que viola um tabu:

Qualquer um que tenha violado um tabu torna-se tabu porque possui a perigosa qualidade de tentar os outros a seguir-lhe o exemplo: por que se lhe deve permitir fazer o que é proibido a outros? Assim, ele é verdadeiramente contagioso naquilo em que todo exemplo incentiva a imitação e, por esse motivo, ele próprio deve ser evitado. (FREUD, 1912-1913, p. 52).

O contexto das CTs, a forma como seus profissionais são orientados para **lidarem** com seus internos, remete ao que Freud escreveu em relação ao tabu.

O tabu é uma proibição primeva forçadamente imposta (por alguma autoridade) de fora, e dirigida contra os anseios mais poderosos a que estão sujeitos os seres humanos. O desejo de violá-lo persiste no inconsciente; aqueles que obedecem ao tabu têm uma atitude ambivalente quanto ao que o tabu proíbe. O poder mágico atribuído ao tabu baseia-se na capacidade de provocar a tentação e atua como um contágio porque os exemplos são contagiosos e porque o desejo proibido no inconsciente desloca-se de uma coisa para outra. O fato de a violação de um tabu poder ser expiada por uma renúncia mostra que esta renúncia se acha na base da obediência ao tabu. (FREUD, 1912-1913, p. 55).

O entrevistado 2 compartilha que na CT onde trabalha existem situações em que os coordenadores chegam a dizer que “isso é coisa do inimigo, é o inimigo, é o diabo que está querendo te levar de volta para as drogas”. Mas, só podem dizer isso porque sabem que os internos não esqueceram a droga, ela ainda permanece como um objeto de desejo e temor, não algo capaz de propiciar uma metonímia, um deslocamento, transformar-se em fonte de questões. A droga permanece como um fim para os internos. A posição ambivalente em relação às drogas coincide com a relação com o tabu:

Tabu', em si própria, é uma palavra ambivalente e, olhando-se para trás, sente-se que só o significado bem comprovado da palavra teria tornado possível inferir - coisa a que na realidade se chegou como resultado de amplas pesquisas - que as proibições do tabu devem ser compreendidas como consequências de uma ambivalência emocional (FREUD, 1912-1913, p. 88).

Um ponto trabalhado por Freud é o totem como um substituto para o pai.

A psicanálise revelou que o animal totêmico é, na realidade, um substituto do pai e isto entra em acordo com o fato contraditório de que, embora a morte do animal seja em regra proibida, sua matança, no entanto, é uma ocasião festiva - com o fato de que ele é morto e, entretanto, pranteado. A atitude emocional ambivalente, que até hoje caracteriza o complexo-pai em nossos filhos e com tanta frequência persiste na vida adulta, parece estender-se ao animal totêmico em sua capacidade de substituto do pai. (FREUD, 1912-1913, p. 169).

6 CONCLUSÃO

Essa dissertação partiu da pergunta sobre a possibilidade do trabalho de um profissional orientado pela psicanálise, nessas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas para tratamento de dependentes químicos, pautadas em funcionamento que considera os componentes genéricos, sistematizados por George De Leon (2003). Como pensar a psicanálise inserida em meio a discursos tão distintos e, mesmo assim, poder dizer que ali há trabalho orientado pela psicanálise? Os objetivos foram traçados e, a partir deles pode-se concluir, de modo geral, que apesar de situações adversas, apesar de haver encontrado nestas instituições somente dois profissionais que se denominam praticantes da psicanálise, há possibilidade de que o trabalho psicanalítico nelas aconteça.

Ao circunscrever a psicanálise no contexto das instituições partiu-se de Freud com sua disposição para difundir a psicanálise e sua luta para que seu uso não fosse distorcido. Levantaram-se as preocupações lacanianas enfatizando que o trabalho do analista é atrelado à ética da psicanálise. O estudo abordou as considerações de autores contemporâneos a exemplo de Jacques Alain Miller e Éric Laurent. Os pontos de encontro dos autores são a atenção dada ao rigor teórico da psicanálise, abertura para seu desenvolvimento e preocupações em sua não dissolução nos demais discursos presentes na civilização. E, por isso mesmo, nesta dissertação há preocupação na distinção entre a psicanálise e demais psicoterapias que estão apoiadas em ideais civilizatórios, valores sociais.

A psicanálise busca a desidentificação permitindo o aparecimento de sua singularidade enquanto o modelo de tratamento da toxicomania em CTs associa o interno com estigmas sociais do toxicômano. Possibilitar o surgimento da singularidade dos internos, retirá-los deste bloco identificatório que as CTs ajudam a cristalizar é um dos desafios levantados pelos entrevistados.

A origem das CTs remete a experiências realizadas na década de 40, na Europa, e o modelo de tratamento teve como objetivo recuperar soldados com traumas de Guerra. O trabalho realizado era no sentido de re-socializar o soldado através de treinamento, pedagogia, reuniões de grupo, formação de uma comunidade de pares. As CTs nos Estados Unidos tiveram sua origem em dois movimentos: Synanon e Alcoólicos Anônimos. Seus fundamentos estavam baseados na ajuda-mútua, abstinência, conscientização.

Dentre os achados da pesquisa está o fato de que existe uma grande quantidade de Comunidades Terapêuticas no Brasil, mas poucas se encontram filiadas às suas entidades de representação, como a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, o que pode indicar, entre outros motivos, uma dispersão e desinteresse na coalizão de forças.

As linhas de atendimento psicológico encontradas nestas instituições foram diversas, a exemplo do humanismo, terapia cognitivo-comportamental, terapia existencial, e psicanálise. O que comprova que não há exigência de teoria e prática específicas para o exercício profissional do psicólogo.

Na atualidade as CTs têm formato que permanece atrelado às premissas de suas origens, porém com abertura para inserção de outros discursos que auxiliem no tratamento dos dependentes químicos. As CTs em que trabalham os entrevistados apresentaram os componentes genéricos do modelo de CT sistematizado por De Leon (2003). As instituições visitadas adotam o sistema de internação voluntário em que os internos podem desistir do tratamento a qualquer momento e o atendimento se faz nos moldes de terapia de grupo e também atendimentos individuais.

Nas entrevistas pode-se confirmar que a essência do tratamento, em ambas as instituições, era a mesma, tal como tempo de internação, os coordenadores são ex-internos, divisão de trabalho entre os internos, presença de outros discursos como o religioso e treinamento de prevenção de recaída. Cada uma, no entanto, também apresentou suas particularidades. A CT do entrevistado 1 apresenta uma administração mais próxima da equipe terapêutica enquanto a outra parece ainda não ter visualizado todo o potencial da equipe terapêutica.

Devido às características, as CTs podem ser consideradas instituições totais. Os sujeitos que buscam tratamento são submetidos a regras, retirados da sociedade ampliada, vivem sobre efeitos institucionais, o que não ocorre sem consequências, e a tentativa de conter as pulsões do sujeito é infrutífera, como nos ensina a psicanálise. As CTs se orientam pela lógica do Todo, de valores universais, da completude, enquanto os entrevistados, orientados pela psicanálise, dizem buscar dar espaço para que os internos falem e lidem com suas impossibilidades.

Ao focalizar os praticantes de psicanálise, constata-se que eram somente dois, como já mencionado, e com pequena experiência no trabalho em CTs. O que tinha mais tempo atuando neste tipo de instituição contava com aproximadamente 1 (um) ano de

trabalho em CT. Em relação à experiência com a teoria psicanalítica, os entrevistados consideram que se encontram em formação.

Com relação à inserção dos profissionais orientados pela psicanálise nas instituições, pode-se notar uma diferença. Em uma instituição a importância da multidisciplinaridade foi ressaltada, havia uma integração maior do profissional com os demais membros da CT, momentos de discussão de casos, reuniões semanais entre a equipe terapêutica, a assistente social, o diretor e os coordenadores. Na outra CT destaca-se o fato do profissional ter sido contratado em virtude de uma exigência da Anvisa e não por uma necessidade, identificada pela instituição, de um trabalho de ordem psicológica ou psicanalítica. É importante salientar que ambos entrevistados consideravam excessiva a demanda de atendimentos para a quantidade de profissionais presentes na equipe terapêutica.

A importância do trabalho realizado pelos profissionais foi ressaltada pelos entrevistados como espaço para expressão da singularidade dos internos, foco no sintoma e busca de resultados rápidos, nos moldes do que se conhece como psicanálise aplicada. Este quesito é fundamental para não permitir que os atendimentos se voltem para as demandas institucionais, que são balizadas pelos ideais civilizatórios, e para criar maneiras, lidar, com o texto das regras da instituição. Nas entrevistas realizadas, no entanto, os profissionais nada disseram sobre esse tema, demonstrando muito mais a dificuldade de se trabalhar em instituições com essas características de instituições totais, ali fazendo emergir a singularidade do sujeito.

Pode-se dizer, pelas informações obtidas, que possivelmente o único ponto de encontro entre a prática da psicanálise e o tratamento em CTs que têm o ideal de George de Leon, seja a necessidade de colocar um ponto de basta no gozo mortífero em que se encontra o toxicômano. A forma de fazê-lo, no entanto, estando em uma orientação e em outra, no entanto, revela vários pontos de desencontro.

O profissional orientado pela psicanálise se guia pela ética e princípios psicanalíticos, coloca em perspectiva o sujeito e não os ideais de moderação e do bem, em direção a refrear o gozo em nome da convivência em comunidade. Os profissionais com orientação psicanalítica, em CTs ou qualquer outra instituição, inquestionavelmente devem propiciar um lugar de escuta dos sujeitos que lá se encontram em tratamento.

Uma das dificuldades de exercer o trabalho em CT, conforme apareceu nas falas, encontra-se na pouca disposição das instituições em alterar seu modelo de tratamento,

conforme salientando no item 4.8. Os entrevistados relataram a pouca interferência dos gestores na realização de seu trabalho, porém salientaram a pequena abertura para mudanças no modelo de tratamento da instituição, em seu texto de regras. Nelas os cidadãos são fixados no problema que o leva ali, em sua demanda para tratar abuso de drogas, enquanto na direção psicanalítica o caminho é utilizar a história do paciente como fonte de informações sobre seu modo de funcionamento gozoso, na função e valor da droga na sua vida. O tratamento visa o desejo, que é articulado não com o objeto que o satisfaria, mas com um objeto originalmente perdido, portanto, não articulado com a palavra. A toxicomania, não se pode esquecer o tanto de escritos sobre isso, em geral é uma resposta do sujeito ao mal-estar, à angústia.

A presença de diferentes discursos no contexto institucional também foi constatada nas entrevistas, com destaque para uma visão pedagógica como solução para a toxicomania. Esses discursos sustentam uma identificação do interno com a toxicomania, universalizando seu comportamento. O objeto droga é colocado como algo a ser temido e eliminado da vida dos sujeitos. A função singular que a droga ocupa na vida do sujeito não é considerada pelo modelo de tratamento em CT, mas esta tarefa é um desafio encarado pelos psicanalistas ou praticantes que trabalham nestas instituições.

Na busca por circunscrever o que é norte essencial na prática analítica, Brousse (2007) sistematizou pontos cardiais que garantem a existência da psicanálise em meio a outros discursos, não importando, portanto, onde o trabalho analítico acontece e quais dificuldades o trabalhador enfrenta, porque sempre as encontrará.

Atento ao que permite dizer que aquilo que se faz é psicanálise o caminho percorrido nessa dissertação deixa claros os diversos desencontros entre a psicanálise e a proposta de tratamento da toxicomania em CTs, mas nenhum destes desencontros é motivo que impeça sua inserção nestas instituições. Isso, se consideramos que os três pontos de ancoragem isolados por Brousse (2007), psicanalista reconhecida pelo trabalho prático e teórico que desenvolve, não podem ser perdidos de vista quando se trata de praticar psicanálise, não importando se ela é aplicada ou não: operar segundo o referencial do SsS, ou seja, sujeito suposto saber (a transferência); sustentar o S barrado (\$), sujeito do inconsciente enquanto saber textual e não simplesmente um referencial, e manutenção, no horizonte, da dimensão do A barrado (\mathcal{A}), do Outro que não existe. A hipótese levantada, para essa dissertação é a de que tais pontos de ancoragem sustentam o trabalho do profissional orientado pela psicanálise, em diferentes instituições e

funções que possam exercer nas mesmas. E apesar da experiência pequena dos profissionais entrevistados, pelo que se ouviu nota-se que, de fato, estes são pontos de ancoragem do trabalho psicanalítico em qualquer instituição e, também, na clínica privada. E esses pontos estão essencialmente relacionados ao tripé, presente em Freud e realçado por Lacan (1998a): formação teórica, análise pessoal e supervisão.

Operar segundo o referencial do Sujeito Suposto Saber e utilizar a transferência implica que o analista resista a interpretações plenas de significado, propiciando que seu saber não seja encarnado como um eu ideal. Segundo Figueiredo (1997), sua posição é de Sujeito Suposto Saber, não aquele que sabe, mas aquele que recebe a fala do sujeito como produção de saber, para dar-lhe um destino pela via da interpretação. O “sujeito, por sua vez, só fala porque supõe que isso irá levá-lo a algum lugar ainda não sabido” (FIGUEIREDO, 1997, p. 26).

O amor ao 'sujeito suposto saber' põe o analisando em posição de confiar ao analista sua fala onde, imprevisíveis, aparecem seus segredos (elementos da fantasia), seu padecer (um modo de gozo que não dá prazer), sua esperança em mudar (ideal do eu) e se livrar 'disso' (pedido de amor). Ao supor um saber ao analista, o analisando acredita, mas também duvida, que ele realmente saiba. Portanto, essa suposição não se esgota na figura do analista, mas tem em sua presença uma possibilidade, ao mesmo tempo que um limite, de fazer o sujeito vir a saber de sua condição como parte de seu trabalho. Ao falar, se vê e, principalmente, se escuta num lugar que lhe é estranho e familiar. "Eu disse isso? (...) Não é isso (...) Eu quero dizer isso (...)" e por aí vai. E também age dentro e fora da sessão de modo inusitado, estranho e familiar, efeito da repetição. (FIGUEIREDO, 1997, p. 148).

Sustentar o \$, crer no saber do inconsciente como um saber textual significa, portanto, transformar o saber referencial que provém dos livros e ensinamentos, subjetivando-os e, ao mesmo tempo, permitindo ao analista conviver com uma falha no saber. O saber do inconsciente não recua diante de perguntas sem respostas. Os profissionais estão em formação. Espera-se, assim, que tenham a oportunidade de explorarem estas questões.

Isso porque, se o analista mantém no horizonte a dimensão do A barrado (Å), um Outro que falta, ele lança o sujeito no caminho do desejo, deixando-o com certa liberdade, certa desalienação nas tentativas de domínio deste Outro, e vivificar o desejo pode ser forma de conter o gozo na drogadicção.

Fica clara, então, a possibilidade de inserção do profissional orientado pela psicanálise em CTs, e mesmo diante desta possibilidade o número de psicanalistas nestas instituições é pequeno. Fica a pergunta acerca do por quê? Fica a necessidade de uma investigação mais aprofundada dos motivos que afastam os psicanalistas das CTs,

que não pode ser feita sem que se pergunte sobre a prática do profissional com sujeitos toxicômanos. O que se nota, até este ponto em que a dissertação caminhou, é que a prática da psicanálise nessas instituições ainda está por se fazer, está em construção.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Sônia; ALMEIDA, Consuelo. Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em hospital geral. In: **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

ALTOÉ, Sônia. Sobre o termo instituição e as práticas institucionais. In: **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

BARROS, Romildo. Sem standard, mas não sem princípio. In: **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.

BASSOLS, Miquel. Psicoanálisis e institución. **Cuadernos de Psicoanálisis** - Revista del Instituto del Campo Freudiano en España, nº 27, p.51-56, 2003.

BAUER, Martin; GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BELAGA, Guillermo. O psicanalista aplicado no hospital. In: **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.

BOYLING, Elaine. Being Able to Learn: Researching the History of a Therapeutic Community. **Social History of Medicine**. v. 24, n. 1, 2010.

BRASIL (a). **Jornal do Senado**. Brasília, 2011. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/dependencia-quimica/crack-chama-a-atencao-para-dependencia-quimica.aspx>>. Acesso em 02 de Agosto de 2012.

BRASIL (b). **Jornal do Senado**. Brasília, 2013. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/aumento-do-consumo-de-drogas/perfil-do-consumo-de-crack-no-brasil.aspx>>. Acesso em 02 de Setembro de 2013.

BRASIL (c), Ministério da Justiça. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**. Brasília, 2011. Disponível em <<http://www.mapa-ct.ufrgs.br/>>. Acesso em 05 de Setembro de 2013.

BRASIL (d). Ministério da Saúde. **Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada RDC no 101 de 30 de Maio de 2001**. Normatiza o funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos

decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial para o licenciamento sanitário. Brasília: ANVISA; 2001.

BRASIL (e). Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada RDC no 29 de 30 de Junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília: ANVISA; 2011.

BROUSSE, Marie Helene. Três pontos de ancoragem. In: **Pertinências da Psicanálise Aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano.** Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2007, p. 22-26.

CAMPLING, Penelope. Therapeutic Communities. **Advances in Psychiatric Treatment.** v. 7, n. 5, 2001. Disponível em <<http://apt.rcpsych.org/content/7/5/365#BIBL>>. Acesso em 05 de Abril de 2013.

COELHO, C. M. S. Psicanálise e laço social - uma leitura do Seminário 17. **Mental**, v. 6, p. 107-121, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Notícias.** Brasília, 2011. Disponível em <<http://site.cfp.org.br/plano-crack-traz-retrocesso-ao-introduzir-comunidades-teraputicas-e-outras-instituies-privadas-no-sus/>>. Acesso em 20 de agosto de 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS n.196/96.** Dispões sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em 05 de Setembro de 2013.

CRUZ, A. D. G. **A Psicanálise Aplicada no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),** 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Belo Horizonte.

DARRIBA, Vinicius Anciães; DA SILVA, Angela Cristina. **A questão do fundamento em Freud:** elementos para uma psicanálise aplicada. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. V. 15, n. 4, São Paulo, 2012.

DI CIACCIA, Antonio. Da Fundação por Um à prática feita por muitos. **Curinga**, Belo Horizonte, nº 13, set. 1999.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica:** teoria, modelo e método. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

EDWARDS, G; MARSHALL, EJ; COOK, CCH. Alcoólicos Anônimos. In: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. **O tratamento do alcoolismo.** Porto Alegre: ARTMED; 1999.

ELIA, Luciano; COSTA, Roberta; PINTO Rosemary. Sobre a inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental. In: **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. Disponível em: < <http://www.febract.org.br/?navega=home>>. Acesso em 20 de Setembro de 2013.

FELDMAN, Nelson. La clínica del sujeto y las instituciones para toxicómanos. In: **Sujeto, Goce y Modernidad III**: de la monotonía a la diversidad (Primera jornada sobre toxicomanía y alcoholismo del Instituto del Campo Freudiano. París: Atuel, 1994.

FERRARI, Ilka Franco. 2005. O encontro entre psicanálise e instituição. **Contexto** (Vitória), Belo Horizonte, v. 02, n.02, p. 66-69, 2005.

FERRARI, Ilka Franco. 2007. Realidade social: a violência, a segregação e a falta de vergonha. **Revista Mal-estar e subjetividade**, v. VII, n. 2, 2007.

FERRARI, Ilka Franco. 2010. Caso clínico: o método do exemplo. In **Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade**. Barbacena: Editora UEMG, 2010.

FIGLIE, Neliana; BORDIN, Selma.; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em dependência química**. 1a Edição ed. São Paulo, 2004.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume_dumará, 1997.

FLICK, Uwe. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FORBES, Jorge. A psicanálise do homem desbussolado – as reações ao futuro e o seu tratamento. **Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**, São Paulo, n. 42, p. 30-33, fev. 2005. Disponível em: <http://www.jorgeforbes.com.br/index.php?id=115>. Acesso em: 01 julho de 2014.

FREDA, F. Hugo. Da Droga ao Inconsciente. In: **Subversão dos sujeitos na clínica das toxicomanias**. Publicação do Centro Mineiro de Toxicomania. Belo Horizonte: 1996.

FREUD, Sigmund. 1905. **Sobre a Psicoterapia**. Ins: ESB, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. 1910. **A Psicanálise ‘Silvestre’**. In: ESB, v. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. 1912. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. In: ESB, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. 1912-1913. **Totem e Tabu**. In: ESB, v. XIII, Rio de Janeiro, Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. 1914. **História do movimento psicanalítico**. In: ESB, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. 1919. **Linhas de progresso na terapia psicanalítica**. In: ESB, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund 1920. **Além do princípio de Prazer**. In ESB, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. 1921. **Psicologia de grupo e a análise do ego**. In: ESB, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. 1923. **Dois Verbetes de Enciclopédia**. In: ESB, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund, 1925. **Um Estudo Autobiográfico**. In: ESB, v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund, 1929. **O mal-estar na civilização**. In: ESB, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. 1932-1936. **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise**. In: ESB v. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund, 1938. **Esboço de Psicanálise**. In: ESB v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GUÉGUEM, Pierre Gilles. Quatro pontuações sobre a psicanálise aplicada. In: **Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2007.

HARRISON, Tom; CLARKE, David. The Northfield Experiments. **The British Journal of Psychiatry**. v. 160, n. 5, 1992. Disponível em <<http://bjp.rcpsych.org/content/160/5/698#BIBL>> Acesso em 19 de Abril de 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. São Paulo, 2012. Disponível em <<http://inpad.org.br/lenad/>>. Acesso 02 de setembro de 2013.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Fundamentos da Psicanálise: de Freud a Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2008.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo : Boitempo, 2009.

- KENNARD, D. **Introduction to therapeutic communities**. London, Rutledge and Kegan Paul, 1983.
- LACAN, Jacques (1959-60). **O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1959-60.
- LACAN, J. (1964). **Le Séminaire, livre XI: les quatre concepts fondamentaux de La psychanalyse**. Paris: Ed. du Seuil, 1973.
- LACAN, J. (1968-1969). **O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed., 2008.
- LACAN, Jacques. 1974. A terceira. **Cadernos Lacan**. Porto Alegre: APPOA, 2002. v. 2, 1974.
- LACAN, Jacques. 1975. Conclusion des journées d'études des cartels de l'ÉFP. **Lettres de l'École Freudienne**, 18.
- LACAN, Jacques. 1998a. Variantes do tratamento-padrão. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- LACAN, Jacques. 1998b. Subversão do Sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- LACAN, Jacques. 2003a. Ato de fundação. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003a.
- LACAN, Jacques. 2003b. Proposição sobre o psicanalista da escola. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b.
- LACAN, Jacques. 2003c. Televisão. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003c.
- LACAN, Jacques. 2003d. Alocução sobre as psicoses da criança. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003d.
- LAIA, Sérgio, 2003. A psicanálise nas novas instituições. In: **Opção Lacaniana**, n. 38, Dezembro de 2003.
- LAIA, Sérgio. 2010. A psicanálise aplicada à terapêutica e a política da psicanálise hoje. **Asephallus**, Rio de Janeiro, v.5, n.10, maio/out. 2010. Disponível em <http://www.isepol.com/asephallus/numero_10/artigo_08_revista10.html>. Acesso em 20 ago. 2012.
- LAIA, Sérgio. 2008. O Sintoma como problema e como solução. **Asephallus**, Rio de Janeiro, v.3, n.6, maio/out. 2008. Disponível em <http://www.isepol.com/asephallus/numero_06/artigo_03.htm>. Acesso em 06 ago. 2012.
- LAURENT, Éric. 1999. O analista cidadão. **Curinga**, Belo Horizonte, nº 13, set. 1999.

- LAURENT, Éric. 1999b. Novas Normas de Distribuição dos atendimentos e sua avaliação do ponto de vista da psicanálise. Saúde Mental e Ordem Pública. **Curinga**, Belo Horizonte, nº 13, set. 1999b.
- LAURENT, Éric. 2007a. Dois aspectos da torção entre sintoma e instituição. In: E. F. Universitária (Ed.); **Pertinências da Psicanálise Aplicada**, 2007. Rio de Janeiro.
- LAURENT, Éric, 2007b. **A sociedade do sintoma**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.
- LAURENT, Éric. 2011a. **Loucuras, sintomas e fantasias na vida cotidiana**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2011a.
- LAURENT, Éric. 2011b. **Ato e Instituição**. Almanaque On-line v.5, n. 10, 2011b. Disponível em <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/08/textos/Laurent.pdf>>. Acesso em 20 set. 2013.
- LIMA, Maria Emília. Análise do discurso e/ou análise de conteúdo. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 9, n. 13, p. 76-88, jun. 2003.
- LIPTON, Douglas. Therapeutic communities: history, effectiveness and prospects. **Corrections Today.**, p. 106, 1998. Disponível em: <<http://www.aca.org/>>. Acesso em 06 de Agosto de 2012.
- LUONGO, Luigi. Modalidad de consumo particularidad del goce. In: **Sujeto, Goce y Modernidad III: de la monotonía a la diversidad** (Primera jornada sobre toxicomanía y alcoholismo del Instituto del Campo Freudiano. París: Atuel, 1994.
- MARTINHO, Maria Helena. O sujeito e o laço social: que lugar para o psicanalista fora do consultório? In: **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2005.
- MARTINS, Viviane. Que instituição para trata de psicóticos que usam drogas? In: **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.
- MEZAN, Renato. 1996. Psicanálise e Psicoterapias. In : **Estudos Avançados**. Contra Capa v. 10, n. 1, 1996.
- MEZAN, Renato. 2003. **Sigmund Freud: a conquista do proibido**. São Paulo, Atelie Editorial, 3 ed, 2003.
- MILLER, Jacques-Alain. 1997a. Kant com Sade. In: **Lacan Elucidado**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1997a.
- MILLER, Jacques-Alain. 1997b. Psicanálise e psicoterapia. In: **Psicanálise ou Psicoterapia**. São Paulo: Papirus, 1997b.
- MILLER, Jacques-Alain. 2000. **El Banquete de los analistas**. Buenos Aires, Editorial Paidós, 2000.

- MILLER, Jacques-Alain. 2001. **Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia**, 2001. Disponível em <http://elp.org.es/wp-content/uploads/2013/03/4_psicoa_puro_miller.pdf>. Acesso em 06 de Setembro de 2013.
- MILLER, Jacques-Alain. 2009. Rumo ao PIPOL 4. **4º Encontro Americano – XVI Encontro Internacional do Campo Freudiano**. Buenos Aires, 2009. Disponível em <http://ea.eol.org.ar/04/pt/template.asp?lecturas_online/textos/miller_hacia_pipol4.html>. Acesso em 06 ago. 2012.
- MINAS GERAIS. Subsecretaria de Políticas sobre Drogas. **OMID Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas**. Disponível em <<http://www.omid.mg.gov.br/index.php/entidades-conveniadas>>. Acesso em 02 de Outubro de 2013.
- NAPARSTEK, Fábian. A tese lacaniana sobre a droga. **Revista de Psicologia Plural**. Belo Horizonte, edição da Faculdade de Ciências Humanas – Fumec, v. XVII, n. 27, jan./jun. 2008.
- NAVEAU, Pierre. A psicanálise aplicada ao sintoma: o que está em jogo e problemas. In: **Pertinências da Psicanálise Aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2007.
- OBID Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005**. Disponível em <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 01 de Agosto de 2012.
- ORLANDI, Eni. **Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 1999.
- PACHECO, Lilany. O adolescente e as drogas. **Curinga**, Belo Horizonte, nº 13, set. 1999.
- PEREIRA, Marcelo Ricardo. O sintoma ou o que o sujeito tem de mais real. **Revista Espaço Acadêmico**, Paraná, v. 11, n. 131, p. 52-59, abril 2012. Disponível em <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/16387>>. Acesso em 01 de Agosto de 2012.
- PEREÑA, Francisco. Psicoanálisis y democracia: elogio del desacuerdo. In: **Imaginario Y Lógica Colectiva: Estudios Psiconalíticos**. Madrid, Eolia, 1996.
- QUINET, Antonio. **As 4 + 1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2009.
- RAMIREZ, Mário Elkin. 2013. A subjetividade em jogo na construção do inimigo. In: **Psicanálise e violência: Sociedade, Juventude e Literatura**. Curitiba: Editora CRV, 2013.

RAMIREZ, Mário Elkin. 2007. **Órdenes de hierro**: ensayos de psicoanálisis aplicado a lo social. Medellín: La Carreta Editores, 2007.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RINALDI, Dóris. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

ROUDINESCO, Elizabeth. **Porque a psicanálise?** Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar, 2000.

SANTIAGO, Jesus. **A droga do toxicômano**: uma parceria cínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

SINATRA, Ernesto. **Os novos adictos**: a implosão do gênero na feminização do mundo. Florianópolis, Cultura e Barbárie, 2013.

TIZIO, H. Novas Modalidades do Laço Social. **Revista Asephallus**, v. 2, 2007.

UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS UNIAD. Disponível em:<
<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/index.php/noticias/6112-conversa-com-george-de-leon>>. Acesso em 20 de Setembro de 2013.

VEGH, Isidoro (Org.). **Los discursos y la cura**. Buenos Aires: ACME, 1999.

VERDICCHIO, Orfeo; VIGANÓ, Cario. La clínica de Jacques Lacan en un centro para toxicómanos y alcohólicos. In: **Sujeto, Goce y Modernidad III**: de la monotonía a la diversidad (Primera jornada sobre toxicomanía y alcoholismo del Instituto del Campo Freudiano. París: Atuel, 1994.

VILHENA, Júnia. Na trama da cultura. A psicanálise para além das quatro paredes. In: **Psicanálise e outros saberes**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012.

ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que conheço os objetivos do projeto de pesquisa intitulado “**A PSICANÁLISE APLICADA NO ESPAÇO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA**”, a ser operacionalizado pelo pesquisador Marcelo Soares Cotta, orientado pela Dra. Ilka Franco Ferrari (PUC Minas). Declaro que estou ciente que o projeto será submetido ao Comitê de Ética da PUC Minas. Na certeza e em benefício da comunidade envolvida, autorizo sua realização, após aprovação pelo Comitê de Ética. Informo que a pesquisa deverá ter caráter apenas científico, não podendo ser utilizada para outros fins.

Declaro, ainda, que conheço a Resolução CNS 466/12 e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

_____, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do responsável

Nome da Instituição

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PROFISSIONAIS DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS)

**TÍTULO DO PROJETO: A PSICANÁLISE APLICADA NO ESPAÇO
DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PARA TRATAMENTO DE
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Meu nome é Marcelo Soares Cotta, sou mestrando da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), e responsável por esta pesquisa cujo título está acima. Ela será realizada sob a orientação da Professora Doutora Ilka Franco Ferrari da PUC Minas.

Nós o convidamos a participar, voluntariamente, de forma livre e esclarecida, e sem nenhum pagamento, de uma entrevista. Nesta falaremos sob temas importantes como seu trabalho na Comunidade Terapêutica, seu interesse na psicanálise. Isto porque o objetivo geral da pesquisa é pesquisar a prática do profissional orientado pela psicanálise nas Comunidades Terapêuticas, construídas a partir dos componentes genéricos sistematizados por George De Leon.

A proposta é que a entrevista seja gravada, para facilitar o estudo e a fidelidade de suas palavras, mas se não desejar que isso aconteça, a gravação não será feita. Caso a gravação aconteça, o arquivo gravado permanecerá com o pesquisador responsável durante 5 (cinco) anos e depois será destruído. Sua identidade será sempre preservada, os resultados serão apresentados como resultados de um grupo e não de uma pessoa. Mas, caso queira que seu nome conste e apareça no trabalho, isto é um direito seu e será respeitado. Você poderá interromper a participação, caso considere que assim deve proceder, e também pedir para que os dados fornecidos não sejam utilizados. Isso não lhe trará prejuízo algum.

No que concerne aos riscos para os participantes da pesquisa, considerando a possibilidade das entrevistas semiestruturadas suscitarem algum tipo de angústia nos participantes, o pesquisador responsável pela condução das entrevistas e sua orientadora se disponibilizam a indicar os profissionais adequados para acolher os entrevistados que, por ventura, solicitarem encaminhamento.

O benefício de sua participação centra-se no fortalecimento de informações que poderão ajudar no desenvolvimento tanto da psicanálise quanto do tratamento da

dependência química, e favorecer melhorias no funcionamento de sua vida diária na instituição. Destaca-se a possibilidade de que pontos de sua prática clínica sejam reconstruídos ou de indicar a necessidade de desenvolvimento.

É importante que você saiba que este estudo e a entrevista foram aprovados pela direção da instituição e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof.^a Cristiana Leite Carvalho, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone 3319-4517 ou email cep.proppg@pucminas.br.

Eu me coloco a disposição para fornecer qualquer esclarecimento sobre a pesquisa pelo telefone 31-9973-4546, por e-mail mcotta1@gmail.com ou pessoalmente.

O relatório final estará disponível na biblioteca da PUC Minas, a sua disposição.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Li as informações, contidas neste documento, antes de assinar este termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Declaro que toda linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando, também, que recebi uma cópia deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo, em qualquer momento, sem penalidades.

Declaro, ainda, que conheço a Resolução CNS 466/12 e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo

_____ de _____ de 2013

Assinatura do entrevistado

Nome:

Declaro que esclareci o que foi necessário e que o participante tem conhecimento da pesquisa, bem como da importância e dos motivos de sua participação livre e esclarecida.

Marcelo Soares Cotta - Pesquisador

Anexo 3

ROTEIRO DAS PERGUNTAS AOS ENTREVISTADOS

- Faça-me, por favor, um breve histórico de seu trabalho nesta instituição.

- Como você vê o funcionamento desta instituição?

- Como é o seu percurso pela a psicanálise?

- Como você vê a inserção da psicanálise nas CTs que se pautam no que George De Leon sistematizou como componentes de um modelo genérico de CT?

- Como você pensa o trabalho de um profissional orientado pela psicanálise em CTs?

- É possível considerar que há pontos de encontro e desencontro na relação psicanálise e CTs? Caso sim, quais?