

INSCRIÇÃO DA CLÍNICA PSICANALÍTICA NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Isabela Ledo

Maria Livia Tourinho Moretto

A sustentação de uma clínica analítica para além dos muros do consultório e das escolas de formação psicanalítica é uma aposta desde Freud e uma escolha cada vez mais recorrente dos analistas. Os desafios, no entanto, peculiares a este fazer são atualizados singularmente na experiência psicanalítica de cada um e nos convoca nesta mesa-redonda a um trabalho também elaborativo. Tomando-se como referência em especial as instituições de saúde, cujos tratamentos são conduzidos a partir de lógicas discursivas distintas, o analista é requerido em sua capacidade inventiva de articulação e transmissão.

Ao longo da minha experiência clínico-institucional, tais diferenças discursivas que são em última instância a possibilidade de trabalho, tornaram-se, em muitos momentos, razão de embaraços. A questão que me acompanhava após os atendimentos clínicos era: como dizer de um trabalho analítico que não se edifica sob a égide da normatividade, da universalização, da erradicação do sintoma numa instituição que tem justamente estes princípios como base?

Enquanto analistas, sabemos que a relação que um sujeito estabelece com o seu adoecimento, tratamento não poderá ter o seu curso alterado a revelia dele próprio, a partir de um aconselhamento, de um saber técnico que lhe é externo. Pelo contrário, a possibilidade de mudança aparece justamente ao contarmos com o saber – Inconsciente – do próprio paciente que, quando convocado, dá condições para que o paciente faça novos arranjos com os seus sintomas e decida sobre o seu tratamento. Sabemos que ir além da lógica normativa, trabalhando orientados pela dimensão do Inconsciente tem efeitos, já que um sujeito pode se apropriar do seu modo de sofrer e promover retificações. Trabalho este, inclusive, que apesar de orientados por objetivos distintos dos institucionais, pode trazer efeitos bem parecidos com o que se esperava, como um paciente aderir mais ao tratamento por exemplo.

Entre nós analistas, os efeitos possíveis do trabalho analítico parecem claros, mas a quem mais? Nas reuniões de equipe, nas elaborações de relatórios, dos protocolos, nas pesquisas, enfim, no cotidiano institucional, no qual não trabalhamos apenas entre pares, como tornar algo deste saber transmissível? Decidi fazer do meu embaraço, a causa de minha pesquisa de mestrado. Este texto é parte de uma pesquisa em curso acerca da possibilidade de construir um lugar de trabalho do analista no contexto institucional. Ao longo da trajetória como pesquisadora, optei por investigar os meios

pelos quais os analistas vinham lidando com o encontro com as diferenças, em especial, no contexto institucional de assistência a usuários de álcool e drogas. Chamou-me atenção como o tratamento dado a estas diferenças frequentemente revelava, por parte dos analistas, uma posição queixosa ou de impotência, quando não, daquele que fica como um adversário. As diferenças discursivas eram muito bem apresentadas em textos, apresentações, mas pouco se avançava no sentido de trazê-las não somente como obstáculos, mas como causa do trabalho analítico. Pensei se não estaríamos tomando a indicação de Lacan (1974) de que o analista na instituição precisaria “aguentar a miséria do mundo” equivocadamente. Talvez, a convocação de participar do discurso que condiciona a miséria é para estrategicamente apostar em novos giros, novas saídas e em algumas transformações.

(Re) articulando Método e Transmissão

O objetivo deste texto, assim, será discutir possíveis construções metodológicas, pelas quais o analista pode sustentar e transmitir um lugar de trabalho nas instituições. Para isso, foram eleitos alguns textos que combinavam uma articulação entre: psicanálise, clínica, instituição, método e transmissão. Além disto, a clínica é tomada como base para favorecer o avanço na discussão. O pressuposto pelo qual a argumentação deste trabalho se sustenta é que o lugar do analista na instituição se torna possível quando a psicanálise em intensão é tomada na interdependência da psicanálise em extensão, conforme nos coloca Lacan (1967). Dito de outro modo, como nos sugere Moretto (2006), o ATO de articular a vertente clínica (trabalho com os pacientes) com a vertente institucional (trabalho com a equipe) é o que favorece a inscrição de um lugar do analista na instituição.

Conforme o objetivo, pensar sobre os meios para se inscrever o fazer clínico do analista na instituição, nos convoca a trabalhar de modo articulado com as noções de método e transmissão. Em psicanálise, não há como falar de um sem o outro. Transmitir pode ser definido com “fazer chegar a”, “fazer passar de um lugar a outro”. Por outro lado, método é significado como “maneira de proceder”, “processo para chegar a determinado fim”. A ideia de processo revela a imbricação destes dois termos, citando Porge (2009): *“o meio de transmitir faz parte do que é transmitido, e as vezes é difícil distinguir um do outro; ele atua sobre o leitor, chegando mesmo ao caso em que o meio de transmissão, o suporte da mensagem, é a própria mensagem”*(p.14).

Isto posto, transmissão e método estarão articulados neste trabalho para auxiliar na discussão sintetizada a partir de duas questões: 1 – Qual é a singularidade da transmissão de um saber psicanalítico (na instituição)? 2- Como um saber analítico se transmite?

Singularidades da trans-missão em psicanálise

Em psicanálise, o saber a ser transmitido tem como substância o Inconsciente. Desse modo, transmitir a partir daí necessariamente inclui os tropeços da fala, os equívocos, os atos (que são falhos), os sintomas. Vê-se, assim, que não se trata de um saber racional que se torna transmissível pela via pedagógica (Wiener, 2013). Certamente, o saber do Inconsciente não poderia ser comunicado se resolvêssemos explicá-lo a um paciente ou mesmo a um colega de trabalho. O Inconsciente faz-se presente por seus efeitos que podem ser traduzidos com tom de surpresa, de desconcerto, de enigma, que guarda um ineditismo em alguma medida familiar. Em equipe, o analista deve estar atento justamente ao aparecimento desses efeitos, escutando-os para, então, dar-lhes um lugar.

Lacan (1970), dentre as diversas construções teóricas para grafar algo do Real da transmissão do que se produz na experiência analítica, nos presenteia com uma chave de leitura interessante que é a teoria dos discursos. Para o autor, o homem é um ser de linguagem e através dela estabelece vínculos, laços sociais. Laços que fundam realidades e se organizam sob uma determinada lógica. Os discursos, assim, fundam modos de enlace. Para Lacan (1969), o discurso, ainda que sem palavras, fala e inscreve nossos atos, nossas condutas.

De modo sintético, Lacan (1969-70) definirá um número limitado de tipos de discurso como laço social. Ele define 4 lugares fixos (Agente, Outro, Produção e Verdade) e 4 elementos (S1, S2, \$ e a) que circulam aí. A ideia é que em torno da relação do agente com o seu parceiro (o outro) estão em jogo o poder, o saber, o sujeito e o gozo (Quinet, 2012; Jorge, 2002). O que nos é essencial desta ideia é que quando tomamos a palavra, para além do conteúdo do que é dito, interessa-nos o lugar de onde falamos, a posição (subjética) assumida. Deste modo, do ponto de vista da transmissão, o lugar do agente torna-se imprescindível para a nossa discussão. Como nos lembra Quinet (2012), o ato do agente é que determina o tipo de laço, o fato discursivo. Um exemplo disto, são os pares professor e aluno, médico e paciente dentre outros.

Tomando a instituição como referência, podemos tomar dois agentes distintos para analisar a lógica discursiva posta em cada um deles: o médico e o psicanalista. Partindo-se do pressuposto que o médico agenciaria o discurso do mestre, podemos ilustrar: o médico (S1) coloca-se como um sujeito que, a partir do seu desejo (\$), dos seus preceitos de bem-estar, saúde, doença, por exemplo, ordena que um outro trabalhe (S2). Este outro deve produzir algo que interesse ao mestre (a), ou seja, modificar um comportamento tido como inadequado como o de não realizar o tratamento, substituindo-o. O analista, com este mesmo paciente, poderia agenciar o discurso do analista, no qual se coloca como objeto (a) para que ao outro fique reservada a posição de um sujeito (\$) capaz de produzir um saber sobre si, sobre o seu desejo (S1). O analista, nesta posição de objeto

causa do desejo, é um facilitador que fará pontuações, intervenções no sentido de favorecer que o paciente busque uma apropriação e ressignificação deste saber não sabido, inconsciente, que determina grande parte da sua vida psíquica (Romanini e Roso, 2012).

Independente de qual discurso, ele traz em si uma “verdade” que é a mola propulsora para o agente. No exemplo acima, poderíamos trazer que a verdade do médico é o “desejo de curar” e a do analista o “desejo de saber” (Romanini & Roso, 2012). Em ambos os arranjos, no entanto, já que estamos focando na transmissão, vemos que a produção de um saber está sempre articulada à impossibilidade de dizê-lo ou transmiti-lo todo . A grande questão é que um psicanalista para sustentar o seu fazer deve incluir e operar justamente a partir desta impossibilidade (Alberti, 2002; Rinaldi, 2002).

Pode-se dizer, então, que a singularidade da transmissão de saber de um analista na instituição é que para além da relação analista-analisante, ele precisará está advertido: da incompletude do saber, do lugar no campo das relações que ele será colocado, a partir das demandas que lhe chegam; do que ele decide responder, pois seu ato produz um efeito e transmite algo.

Desse modo, construir uma via, um “método” de transmitir a sua clínica na instituição dependerá muito mais da sua posição nos enlacs institucionais e do seu ato a partir daí. Conforme a demanda vai sendo trabalhada, o sujeito ainda que seja sempre o mesmo, tem condição de promover mudanças em relação ao Outro (Araújo, 2009). É preciso, assim, estarmos atentos às respostas que decidimos operar, pois elas marcarão posições afinadas ou não com a ética psicanalítica. Um analista que opta por responder com a clínica de modo apartado da instituição, por exemplo, assumiria uma posição de esquiva. Alguns podem, ainda, adotar uma posição de combate, apontando sempre um furo no saber do outro. Outros também poderiam assumir o lugar da aceitação e render-se a um trabalho normativo, ao menos, na instituição.

Esses exemplos aqui colocados de modo mais sintéticos e caricatos podem até ser parte de um percurso de um analista, mas que se perpetua caso não esteja atento ao trabalho de ler as demandas institucionais pela chave dos discursos. A posição de articulação das vertentes clínica e institucional, conforme estabelecido por Moretto (2006) metaforiza o único lugar possível apontado por Lacan para que a clínica analítica se sustente: desejo do analista. Um lugar onde é possível sustentar uma transmissão que preserva um espaço para o saber do lado do Outro (“receptor”). Assim como não se pode desejar que um paciente queira se tratar, nem ensiná-lo, não adiantaria uma incursão por esta via com a equipe. O ponto importante é que junto à equipe, o analista sustente o desejo de construir algo a partir do Inconsciente. A posição de analista é aquela em que mais que um

saber a transmitir, ocupa-se de um saber a construir nas relações (Lollo, 2013, Viganò, 2002; Elia, 2002).

Construções metodológicas: uma aposta no dispositivo

Viu-se que um saber analítico na instituição se transmite a partir de um lugar. Não um lugar qualquer, mas conforme já destacado o lugar chamado desejo do analista - desejo de que a diferença absoluta do sujeito se produza a partir do tratamento (Ramos & Nicolau, 2013, Rinaldi, 2002). Para Viganò (2002), numa equipe, pode ser um espaço privilegiado para o analista responder daí, desde que esteja atento ao saber Inconsciente que se faz presente para além do *setting* com o paciente. É preciso escutar e incluir o saber que se revela nas entrelinhas dos ditos, nas contradições dos atos que apontam para o desejo a todo o tempo.

Um meio de trabalhar na instituição a partir deste lugar chamado desejo do analista é apostando na possibilidade de tomar a estrutura burocratizante, normativa e protocolar da instituição como um dispositivo. Como sustentado até aqui, é possível estabelecer uma chave de leitura e fazer um uso da estrutura que nos apresenta, podendo transformá-la. Para Hoffmann, citado por Porge (2012) “*não há fato clínico espontâneo, os fatos dependem sempre da rede com a qual o apanhamos*” (p. 12). Analogamente, poderíamos pensar que esta rede poderia se constituir como um protocolo ou como um dispositivo, tendo resultados distintos.

O protocolo trata-se de uma estrutura pré-definida, pré-moldada para se chegar a um determinado fim. Ele serve como um método de coleta de um saber que já está lá, pronto, constituído (Wiener, 2012). Não importa quem o utilize, pressupõe-se que há um modo padrão de realizá-lo, podendo chegar ao mesmo lugar. Podemos tomar um exemplo bem comum nas instituições de saúde para ilustrar: a realização de uma triagem. Em geral, os hospitais já tem os famosos protocolos com as questões específicas a serem checadas. Os analistas teriam duas saídas possíveis diante disto: demitir-se enquanto analista naquele momento e cumprir o ofício de colocar as questões e anotar as respostas. Por outro lado, o analista poderia tomar aquelas questões como causa para colocar a sua escuta a trabalho, atento a lógica subjetiva com que cada paciente responde ao que é colocado. Caso o analista decida colocar a sua escuta a serviço da singularidade do sujeito, podemos dizer que estaríamos no campo do dispositivo.

O dispositivo analítico clínico-institucional pode ser pensado como um aparelho que remete a estrutura dos discursos já aqui trabalhada. Sendo assim, trata-se de um método que leva em conta a relação entre os falantes, os lugares ocupados por cada um, mais do que os ditos em si. Pela lógica do dispositivo, assim, não é preciso eliminar as diferenças discursivas para que um trabalho analítico se

torne possível, mas estar atento a elas para trabalhar a partir daí (Rinaldi, 2002). Para a psicanálise, a relação em suas diferenças quando manejadas constituem como tratamento.

Deste modo, tomemos a clínica como base para a formalização desta ideia. Suponhamos que no cenário hospitalar somos convocados a realizar uma avaliação psicológica para transplante cardíaco do paciente X. Sabe-se que este paciente tem histórico psiquiátrico, está em uso de medicação, sendo diagnosticado com TDAH. Pela via protocolar, o paciente estaria contraindicado do ponto de vista psicológico ao transplante cardíaco. E se apanharmos os “fatos clínicos” pela rede do dispositivo? Foi possível escutar assim como a doença mental aparecia na lógica subjetiva deste sujeito como um motor - “isso não é uma doença, isso é meu – que facilitou a sustentação de outros tratamentos e fazeres na sua vida. Pelo dispositivo, a fala trata e tem efeito sobre o que é dito.

Ao discutir este caso em equipe, que poderia ser apenas mais um protocolo institucional (reunião em equipe), foi possível mais uma vez apanhar esta rede pela via do dispositivo e apostar na possibilidade da equipe se implicar com algo do Inconsciente, do sofrimento singular daquele caso. A posição da equipe era: se ele é hiperativo, esperamos que ele não seja transplantado e que você tenha decidido por isto enquanto psicóloga. A aposta foi trazer o modo idiossincrático com que aquele paciente recorta a sua realidade, trazendo a chance de construir um saber inédito acerca daquele caso. Como nos indica Viganò (2002), é importante convocar os profissionais a serem colocados do lado do “doente”, a perceber como este funciona singularmente a partir do lugar de analista.

Vê-se, assim, que tomar os protocolos como oportunidades para a criação de estratégias e saídas pela via do dispositivo é um caminho interessante para a transmissão de um lugar de trabalho pelo analista na instituição.

Momento de Concluir

A possibilidade de inscrição da clínica psicanalítica na instituição pauta-se na relação que o analista tem estabelecido com as diferenças dos saberes, com o seu próprio saber em um contexto diverso e no que ele decide fazer a partir disso. Desse modo, tomar imaginariamente a estrutura da instituição com seus protocolos e tendência a normatização como um impeditivo para a sustentação de um trabalho analítico é, em alguma medida, uma saída pela via da desimplicação. Ainda que a estrutura não permita, é imprescindível comprometer-se com a criação de estratégias e saídas, já que escolhemos trabalhar aí enquanto psicanalistas. Sustentar um lugar de trabalho enquanto analista requer que este tome para si o endereçamento daquilo que aparece do sujeito nos muros da instituição, para além da relação analista-analisante.

O trabalho de transmissão, como o desejo, só se torna possível pela via de uma aposta (Wiener, 2012). Eis aqui a minha colocada a partir do ato da escrita, que ao mesmo tempo que grava algo desse Real próprio à transmissão da experiência, presentifica uma falta. Espero que esta falta seja causa e nos coloque em movimento a possibilidade de construções futuras.

Referências

Alberti, S. (2002). Psicanálise e universidade e a instauração de discursividades. In: Saber, Verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan. Doris Rinaldi e Marcos Antônio Coutinho Jorge (orgs.). RJ: Rio Ambiciosos.

Araújo, E. M. (2009). Transmissão da Psicanálise e Universidade: a formulação de um saber mediante o dispositivo do ensinante de Lacan. Dissertação – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em psicologia clínica, Fortaleza (CE).

Elia, L. (2002). O “Averso da Psicanálise” e a formação do analista. In: Saber, Verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan. Doris Rinaldi e Marcos Antônio Coutinho Jorge (orgs.). RJ: Rio Ambiciosos.

Jorge, M. A. C. (2002). Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: Saber, Verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan. Doris Rinaldi e Marcos Antônio Coutinho Jorge (orgs.). RJ: Rio Ambiciosos.

Lacan, J. (1967). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola, *In* Outros Escritos, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 248-264.

Lacan, J. (1969-1970). O seminário, Livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

Lacan, J. (1974/1993). Televisão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lollo, P. (2013). Psicanálise e Transmissão do Saber. Tradução Vera Pollo. Trivum [online], Artigos Temáticos, vol.5, n. 1.

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

Porge, E. (2009). Transmitir a clínica psicanalítica: Freud, Lacan, hoje. Tradução: Viviane Veras e Paulo de Souza. Campinas, SP: Editora da Unicamp.

Quinet, A. (2012). Os Outros em Lacan. Rio de Janeiro: Zahar.

Ramos, D. C., Nicolau. R. F. (2013). Notas sobre “um discurso sem palavras”: a psicanálise na instituição de saúde. Revista Mal-estar e subjetividade – Fortaleza – v. 13, n 3-4, pp. 797-814.

Rinaldi, D. (2002). O desejo do Psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: Saber, Verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan. Doris Rinaldi e Marcos Antônio Coutinho Jorge (orgs.). RJ: Rio Ambiciosos.

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

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

Wiener, S. (2013). Isso se transmite de maneira atravessada, a psicanálise. Traduzido por Elisa Rennó do Mares Guia-Menendez. *Estud. Psicanal.*, pp 119-123.