



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL



**Quem precisa da psicanálise e para quem a psicanálise foi feita?: considerações
sobre o dispositivo psicanalítico na assistência em saúde mental na Atenção
Básica**

GABRIEL ALEXANDRINO SILVA

CAMPINAS
2021

GABRIEL ALEXANDRINO SILVA

**Quem precisa da psicanálise e para quem a psicanálise foi feita?: considerações
sobre o dispositivo psicanalítico na assistência em saúde mental na Atenção
Básica**

Trabalho de conclusão do curso de
Residência Multiprofissional em Saúde
Mental e Coletiva da Universidade
Estadual de Campinas.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Ferrari
Emerich

CAMPINAS
2021

AGRADECIMENTOS

À Rosana Onocko-Campos, Bruno Emerich e Giovana Pellatti, por serem importantes referências para o profissional que almejo me tornar.

Ao Bruno de Paula, Marcelo Bruniera e Ana Luiza Traballi por terem me ensinado que posso compartilhar das minhas faltas e inseguranças.

À Ariana, Fernanda e Luciana Regina pelo companheirismo na produção de assistência em saúde mental. Ao CAPSij Roda Viva, de maneira, geral, por ter me ensinado a brincar.

À Marilsa e aos ACSs com quem pude trabalhar, em especial à Rosiene, à Goreth, à Suseli, à Márcia e à Nazaré, por terem me ensinado que a saúde da família da qual ouvi pelos livros é uma realidade possível.

À Mara e ao Mauro, por terem me oferecido um espaço de reserva onde pude não sucumbir à rotina árida da residência em um ano de pandemia, me presenteando com uma casinha no interior que foi palco de descanso e bons momentos em família.

À Cláudia, por ser meu espaço de reserva mesmo em meio à loucura do dia-a-dia da residência, servindo de contraponto para que minha prática não se mecanizasse nos dias mais difíceis e por ser companheira de trocas, aprendizados e cigarros.

Ao meu grupo da residência, que me ensinou o que significa a prática multidisciplinar, com toda a dificuldade que isso implica, e trouxe para o meu raciocínio clínico a marca da diferença, sempre me lembrando que enquanto pessoas não somos apenas

“sujeitos do inconsciente”, mas somos também raça, gênero, sexualidade e classe social.

Às minhas amigas e aos meus amigos que trago da graduação para a vida (alô, alô), pelos encontros regados a álcool que, por conta da pandemia, tiveram que ser substituídos exclusivamente pelos encontros de intervisão de casos e o compartilhamento dos rumos criativos que cada um de nós foi tecendo no desejo pela formação em psicanálise.

E, finalmente, a todas/os as/os usuárias/os dos serviços pelos quais pude passar. Do encontro com vocês saio com a certeza que levei mais do que pude deixar. Muito obrigado!

RESUMO

O presente trabalho parte da minha experiência enquanto psicólogo residente em uma Unidade Básica de Saúde em um município de grande porte para interrogar o lugar da psicanálise nas práticas terapêuticas de assistência em saúde mental . Para tanto, optou-se por resgatar, a partir de textos de Freud e Lacan sobre a técnica psicanalítica, o estatuto dos elementos que compõem o dispositivo psicanalítico enquanto um dispositivo terapêutico de fala: a regra da livre associação, a transferência, a interpretação e o *setting*. Localizados esses conceitos, propõe-se uma análise de sua relevância à luz das demandas contemporâneas e da responsabilidade sanitária da Atenção Básica pela atenção à saúde também de pessoas que não se enquadram nos protocolos clínicos tradicionais, interrogando e trazendo para a cena alguns elementos, presentes na obra de Zygouris e Winnicott, que subvertem o dispositivo, sem, no entanto, desconfigurar a psicanálise em um exercício de poder, tais como: a confiabilidade da/o profissional e sua implicação, a confiança da/o usuária/o e a contratransferência. São utilizadas uma vinheta e um caso clínico como elementos de conjugação entre teoria e experiência. Tendo isso em vista, o que se propõe é a qualificação da assistência em saúde mental no SUS e a defesa de seus princípios, bem como tecer contribuições para o reposicionamento da psicanálise no diálogo com o social.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Psicanálise, Atenção Psicossocial, Saúde Mental.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
OBJETIVO	13
JUSTIFICATIVA	13
METODOLOGIA	14
1. “O USUÁRIO NÃO ADERIU AO TRATAMENTO”: A CONSTITUIÇÃO DO DISPOSITIVO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA	18
1.1. O dispositivo psicanalítico de Freud a Lacan: campo da técnica	20
1.2. A regra fundamental da psicanálise	25
1.2.1. A atenção flutuante	27
1.3. A transferência	29
1.3.1. A abstinência do analista	33
1.4. A interpretação	35
1.5. O setting	38
1.6. Lacan em guerra: tática, estratégia e política do psicanalista na direção do tratamento	44
1.6.1. A pobreza tática do psicanalista: a resistência do profissional ao tratamento	49
2. “TODO MUNDO DEVERIA FAZER TERAPIA” (?): A CLÍNICA PSICANALÍTICA NA ATENÇÃO BÁSICA	52
2.1. O dispositivo psicanalítico colocado em questão	53
2.1.1. A abstinência do psicanalista: condição para a escuta ou motivo de ensurdecimento?	56
2.1.2. A contratransferência: resistência ou condição de análise?	59
2.1.3. A confiabilidade do analista e a confiança do paciente: um adendo winnicottiano ao dispositivo	61
2.2. Um caso de andanças	70
2.3. Ainda podemos chamar de psicanálise?	78
CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) no Brasil tem por desafio ser a porta de entrada privilegiada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) e a coordenadora de seu cuidado quando compartilhado com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, sejam estes da atenção secundária ou terciária (Brasil, 2011). Segundo a declaração de Alma-Ata (WHO, 1978), a AB teria a capacidade de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população, com cerca de apenas 3-5% de referenciamento para outros pontos da rede, estimativa que nos permite afirmar que na estruturação dos sistemas universais de saúde a Atenção Básica tem grande papel de destaque.

No contexto do SUS, o modelo de gestão proposto pelo governo federal para a AB é o Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2006) — revisto pela última vez com a publicação da Nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017) —, no qual o cuidado é organizado tendo por núcleo as equipes de Saúde da Família (eSF), contando cada uma com um médico, um enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), responsáveis por um contingente populacional adstrito ao território de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), lócus de ação das eSF.

Nessa montagem, para que fosse garantido o cuidado integral à saúde do usuário, que muitas vezes demanda saberes provenientes de campos especializados em determinadas situações do espectro biopsicossocial, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008)¹, ponto de partida para a atuação de profissionais especialistas (psicólogas(os), terapeutas ocupacionais, psiquiatras, ginecologistas, pediatras, gerontologistas, fonoaudiólogas(os), educadoras físicas(os), assistentes sociais, etc) na intersecção com a AB. Sob esse modelo, a atuação profissional é pautada pela lógica do Apoio Matricial, que tem dois eixos de ação: a) técnico-pedagógico, dando suporte para as eSF em questões que tocam em saberes relativos aos núcleos profissionais; e b) assistencial, fornecendo assistência direta ao

¹ Os NASF foram rebatizados de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) com a revisão de 2017.

usuário na forma de atendimentos, consultas compartilhadas com profissionais das eSF, visitas domiciliares, coordenação de grupos, etc, quando assim avaliado em conjunto com as eSF.

Apesar de serem estas as normativas federais para a AB, a decisão quanto ao modelo de gestão adotado é de responsabilidade municipal, de modo que, a depender do território, é possível encontrar variações e experiências singulares de organização e gestão da rede de saúde. Podem ser encontrados locais, por exemplo, nos quais os profissionais especialistas estão locados nas Unidades Básicas de Saúde, como parte do quadro de profissionais da AB: tais variações não precedem da responsabilidade quanto a ambos os eixos do Apoio Matricial, mas geram potências e impasses distintos, como explorado por Emerich, Yasui & Barros (2018). Tais impasses refletem nos modos de relação estabelecidos com as eSF e na clínica exercida na AB.

No acompanhamento em saúde mental no SUS, soma-se a essa problemática o lugar social de profissões como a Psicologia no imaginário das populações brasileiras: historicamente a atuação de profissionais psicólogas(os) contava com um expressivo contingente da categoria orientado para uma prática hegemonicamente liberal e privatista de atendimentos individuais em consultório, até então pouco conectado com a militância política por um projeto de saúde mental pública e com as diferentes necessidades de saúde da população brasileira (Dimenstein, 2000); esta, por sua vez, contava e ainda conta com setores inteiros atravessados por processos históricos de vulnerabilização social e econômica, que não chegavam na clínica privada porque não tinham condições financeiras para tal.

Com a redefinição do modelo de assistência à saúde a partir da *Reforma Sanitária* e da *Reforma Psiquiátrica* a(o) profissional psicóloga(o), assim como profissionais de outras categorias, encontra o seu caminho para uma atuação multiprofissional na saúde pública sob a lógica da *Atenção Psicossocial*, de acordo com o que passa a ser preconizado pela legislação do SUS e pelos próprios conselhos de classe. Na prática, a inserção dessas profissionais no SUS não necessariamente garante o cuidado integral em saúde mental para a população, pois o que é visto é que

os cursos de graduação em Psicologia não acompanham as evoluções no modelo de saúde proposto, formando, ainda, profissionais orientados por uma mentalidade liberal, que, quando chegam ao SUS, pouco familiarizados estão com a vertente técnico-pedagógica do trabalho de apoio das equipes e com o contexto do fazer multiprofissional; e no que tange à vertente da assistência ao usuário fazem muitas vezes uma transposição da clínica tradicional para a sua prática na saúde pública (Dimenstein, 2000; Alexandre & Romagnoli, 2017; CFP, 2019).

Vale aqui a ressalva de que o objetivo do presente texto não será discutir a atuação de psicólogas(os), mas de toda(o) e qualquer profissional que se autorize em sua prática a partir da psicanálise: como não há a profissão psicanalista nos quadros de contratação do SUS, é necessário fazermos paralelos aqui com as profissões que dialogam com a psicanálise. A Psicologia, então, será tomada como paradigma por dois motivos: primeiro, pela proximidade de cursos de graduação e pós-graduação em Psicologia com o ensino da psicanálise, característico do contexto brasileiro de formação de psicanalistas, que aproxima ambos os campos, apesar de suas diferenças.

O segundo motivo, talvez parte da explicação do primeiro, retiramos da crítica de Dimenstein (2000) ao processo de inserção do profissional psicólogo no campo da saúde pública: a autora expõe as vicissitudes históricas da profissão em se aliar a discursos de conformação e assujeitamento do sujeito à ordem social, identificando nas raízes desse processo no contexto brasileiro a urbanização do país a partir da década de 1960 e a disseminação da prática da psicanálise e seus discursos pelas classes médias. Há uma verdade histórica na relação proposta pela autora, e é especialmente pertinente a crítica de que a psicanálise, assim como qualquer campo de conhecimento, é fruto de seu contexto e é transversalizada pela época na qual se insere, dialogando com dispositivos discursivos contemporâneos a ela, ora para reificá-los, ora para subvertê-los. É necessário historicizar a psicanálise e, a partir desse exercício, falar em psicanálises.

No contextos de algumas psicanálises em prática em meados do século XX era preponderante a reificação de discursos sociais normativos. Como exemplo, podemos citar a Psicologia do Ego, vertente estadunidense da psicanálise que considerava como bom resultado de uma análise o fortalecimento do Eu em oposição às forças e desejos inconscientes que o dominavam (de certo modo colocando como direção de uma análise que ao seu fim o indivíduo pudesse ser o “senhor de sua casa”, ilusão já denunciada por Freud na própria inauguração da psicanálise)².

À inscrição histórica da psicanálise explorada por Dimenstein (2000) podemos comparar outros contextos, especialmente os contemporâneos a nós, o que nos permitirá complexificar a discussão: se é verdade que o campo da Saúde Coletiva avançou com a *Reforma Sanitária*, expondo e denunciando práticas terapêuticas que serviam como dispositivos de assujeitamento, também é verdade que a produção de saberes no campo da psicanálise olhou para seu próprio umbigo e se reposicionou diante do laço social, repactuando a dimensão ética e política subjacente a sua *práxis*. Isso não significa que uma vertente dentro da psicanálise chegou a superar a outra no debate público, mas que em algumas delas, em especial na vertente francesa, aqui destacada, houve um esforço de autores em pensar a clínica em diálogo com o social.

Elizabeth Roudinesco, no mesmo ano de publicação do artigo de Magda Dimenstein, escreve um livro chamado “Por que a Psicanálise?” (Roudinesco, 2000), tentando responder se há lugar para a psicanálise na contemporaneidade, com seus problemas e recursos atuais. Ela se reporta à descoberta de Freud aqui já mencionada de que o homem não é o senhor de sua própria casa, ou seja, de que há desejos e motivações para o comportamento humano que não passam pela ordem da consciência ou da razão. Há algo ali que deseja para além de onde se pensa, inaugurando a noção de sujeito enquanto cindido e a escuta clínica a partir da lógica do inconsciente. Segundo a autora, é este o cerne da psicanálise, de modo que toda escuta comprometida com o sujeito de alguma forma se reporta a ela.

² Os desdobramentos de tal teoria do sujeito serão explorados no capítulo 1.

Avançando na discussão sobre o reposicionamento das psicanálises para adentrar o território intelectual brasileiro, o conceito de “patologia social” é resgatado por Safatle (2018) de uma leitura durkheimiana para pensar o diálogo entre particular e coletivo, “clínica” e “social”. No século XIX a sociedade é entendida pelas ciências sociais a partir de um modelo análogo ao do corpo biológico. Dessa forma, seria possível que o “corpo social” entrasse em um estado patológico em situações nas quais seus membros desviavam-se de uma dada norma de conduta considerada “saudável”, reproduzindo, no lugar, condutas “anômalas”.

Safatle propõe uma visão mais estrutural e menos biológica. Ele argumenta que as sociedades não ficam doentes, pois são elas mesmas sistemas produtores e gestores de patologias a partir dos afetos circulantes no laço social. Ele se reporta a ideia presente no texto “*O Mal-estar na civilização*” (Freud, 1930/2010) de que a vida em sociedade necessariamente demanda dos sujeitos uma renúncia pulsional, que se caracteriza não apenas enquanto uma perda de gozo decorrente da entrada no campo do Outro, mas uma organização dos possíveis modos de gozar no laço social por este Outro. Nas palavras de Freud: “o homem civilizado trocou um tanto de felicidade por um tanto de segurança” (1930/2010, p. 82) e “o preço do progresso cultural é a perda de felicidade, pelo acréscimo do sentimento de culpa” (1930/2010, p. 106).

O mal-estar é um sofrimento social resultante não da desregulação das normas sociais, mas do funcionamento normal da normatividade social, do impacto normal do processo civilizatório. A agressividade e o sentimento de culpabilidade que aparecem como sintomas do mal-estar são a expressão da maneira como *alienação* e *socialização do desejo* aparecem, para Freud, como processos completamente ligados entre si no interior da produção das identidades subjetivas modernas e sua dinâmica de internalização de fantasias e normas. Nesse sentido, a imposição de ideais cooperativos não é possível sem a consolidação de um eixo maior de mal-estar. (Safatle, 2018, p. 22)

A partir da lógica descrita é válido afirmar que nem toda restrição e coerção é produtora de mal-estar, nem todo mal-estar é traduzível em sofrimento, e nem todo sofrimento é produtor de patologias. Sofrimentos patológicos são modos de expressão dos afetos considerados excessivos em relação aos demais modos circulantes e, mais do que isso, se estruturam em identidades sociais com força performática (Safatle, 2018), ou, em outras palavras, patologias são modo de participação social, são uma forma de partilha de identidades pela inscrição dos sofrimentos em quadros clínicos socialmente reconhecidos. Toda patologia, portanto, é uma patologia social.

Não se socializa apenas levando sujeitos a internalizarem disposições normativas positivas, mas principalmente ao lhes fornecer uma **gramática social do sofrimento**, ou seja, quadros patológicos oferecidos pelo saber médico de uma época. (Safatle, 2018, p. 19)

O autor chama esse processo de “gestão das margens”, que nos interessa aqui porque ele demonstra como há sistemas de valores associados a cada categoria diagnóstica e determinadas modalidades de intervenção clínica como forma de tratamento, que não são neutras, mas estão

compreendidas no interior do sistema de influências composto por discursos de forte teor normativo advindos de campos exteriores às práticas terapêuticas, como a cultura, a moral, a estética, a política e, principalmente, a racionalidade econômica. (Safatle, 2018, p. 11)

Por fim, resgatar o conceito de patologia social permitiria ao profissional de saúde mental questionar essas práticas pretensamente neutras e reconduzir o sofrimento a um potencial lugar de produção de singularidades.

Há grande relevância na crítica de que propostas terapêuticas de profissionais da saúde mental possam ser colonizadoras e pouco conectadas com o usuário que demanda ajuda. Isso diz, por exemplo, da estruturação de um *setting* tradicional e da expectativa que o usuário aceite esta gramática dada pelo terapeuta para falar de si (recorte do tempo e do espaço em atendimentos individuais, de periodicidade fixa e tempo delimitado); quando o usuário não aceita essa gramática, o que é muito comum no cotidiano dos territórios mais vulneráveis cobertos pela Estratégia Saúde da Família, não quer dizer que então não há demanda de cuidado, mas que a prática que responde a esse sofrimento ao invés de construir uma demanda junto com o usuário configura-se apenas como um exercício de poder do profissional. O que tal postura desvela é a perda de uma boa oportunidade por parte desse profissional em propor um exercício reflexivo sobre a sua clínica e as limitações ora do *setting* proposto, ora do dispositivo psicanalítico de forma geral.

Tais considerações nos permitem pensar que aquilo que a psicanálise operou em termos de subversão da lógica cartesiana do mundo não precisa ficar restrita ao contexto elitizado no qual suas práticas primeiro se disseminaram: ainda que feita para um burguês vienense do início do século XX, a partir da psicanálise é possível dizer muito — e mais que dizer, ouvir — sobre um menino pobre e negro da periferia de um centro urbano do Brasil de hoje. Nas palavras de Broide & Broide (2015, p. 43), “em todas essas situações há um sujeito de inconsciente que fala e quer falar e que se apresenta à nossa escuta a partir da transferência”.

Historicamente a(o) psicanalista é identificada com o consultório, ou mesmo com o divã, presente no escopo técnico e no imaginário social de sua prática, mas o quê no âmbito da técnica se configura como central na teoria psicanalítica? E a quê isso se reporta? Este será o tema do presente trabalho.

OBJETIVO

O presente texto pretende discutir o lugar do dispositivo psicanalítico (o encontro orientado pela regra fundamental da livre associação, a transferência, a interpretação e o *setting*) enquanto uma das propostas terapêuticas possíveis para a assistência em saúde mental na Atenção Básica, pensando o lugar social da psicanálise na sua *práxis* em interface com populações vulnerabilizadas. Para tanto, localizaremos os elementos que compõem o dispositivo dentro do escopo da teoria psicanalítica de Freud a Lacan, para, em seguida, pensar sua relevância e reorientação a partir de outros paradigmas em psicanálise e do diálogo com as necessidades de saúde dos territórios cobertos pela Atenção Básica.

JUSTIFICATIVA

O esforço teórico em pensar o lugar da técnica da psicanálise na assistência em saúde mental ao usuário do SUS no contexto da Atenção Básica tem relação direta com a qualificação da clínica proposta por profissionais de saúde mental nesses equipamentos e a defesa dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990), uma vez que ele toca na problemática de: para quem é feita esta clínica? Quem é capaz de se beneficiar deste cuidado em saúde mental oferecido na Unidade Básica de Saúde?

METODOLOGIA

Partindo das discussões propostas por Djamila Ribeiro (2019) acerca do epistemicídio na produção intelectual e científica brasileira, é necessário localizar socialmente de onde eu falo para justificar as escolhas metodológicas do presente trabalho: homem cisgênero, branco, parte da comunidade LGBTQIA+ deste país, proveniente da periferia de um município de 100 mil habitantes do interior paulista, portanto sudestino, graduado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP) e pós-graduando em Saúde Mental e Saúde Coletiva no programa de Residência

Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), à qual o presente escrito serve de Trabalho de Conclusão; minha formação foi marcada desde o início pelo interesse pela psicanálise, que tomou fôlego nas escolhas curriculares feitas ainda durante a graduação e esteve presente nas minhas primeiras inserções na clínica, esta marcada por um modelo liberal de consultório. O contato com a saúde pública dar-se-á mais tarde e de forma tangencial na minha graduação, mas presente o suficiente para despertar em mim alguns questionamentos, sobretudo sobre a relevância de um conhecimento que circula historicamente em espaços formatados por uma elite branca para a constituição de um projeto político de saúde para o país (o Sistema Único de Saúde - SUS).

O meu encontro com o SUS, portanto, dá-se a partir do medo de que uma experiência de clínica fechada em si, recebendo majoritariamente demandas inscritas em um certo recorte de classe e de universo simbólico, não fossem condições suficientes para uma boa formação. O campo da saúde pública, idealizado então como um potente território de práticas para um jovem profissional, colocou-me em diálogo com a *Reforma Psiquiátrica Brasileira* e a sua apresentação a mim da *Psiquiatria Democrática Italiana* de Franco Basaglia, subvertendo meu entendimento sobre a clínica e reiterando minha escolha teórica pela psicanálise, agora de forma mais crítica que na graduação e comprometida com a saúde pública não apenas como campo de experiência para formação clínica, mas como território político de diálogo com a sociedade; é preciso marcar que fazer dessa posição ato, e não apenas retórica, é um exercício cotidiano, mas que só foi possível bebendo das trocas e dos tensionamentos das vivências de dois anos de segundas-feiras de manhã fazendo supervisão com um grupo que traz por marca a diferença: de núcleos profissionais, como ponto de partida, mas também de códigos de gênero, raça e classe; e por fim da minha experiência clínica direta com usuários do SUS, que não tinha apenas um “inconsciente”, mas também gênero, cor e histórias transgeracionais marcadas pela desigualdade social brasileira.

A escolha por uma psicanálise de orientação lacaniana atravessa este escrito; a Clínica Peripatética de Antônio Lancetti (2008) dá as coordenadas do que entendo por uma prática que responda às necessidades de saúde das diferentes populações presentes nessa unidade ilusória chamada Brasil, porque indissociada da noção de *território*.

As inquietações que dão os móveis para a produção escrita do presente trabalho são produto da minha prática como psicólogo residente em dois serviços da Rede de Atenção Psicossocial do município de Campinas: um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de modalidade II, responsável por um Distrito de Saúde com cerca de 440 mil habitantes; e uma Unidade Básica de Saúde responsável por um território da periferia do município com cerca de 12 mil moradores. É na prática na Atenção Básica, por sua vez, que localizo as perguntas aqui feitas.

O exercício proposto no presente texto de pensar o dispositivo psicanalítico se reporta a todas as referências aqui localizadas e à minha inquietação em atuar em meio a percepção de uma certa dissonância, por vezes, entre as necessidades de saúde do território adstrito e as práticas em saúde mental exercidas pela Unidade Básica de Saúde. É necessário, também, fazer o recorte de que o ano de atuação neste campo foi marcado pela pandemia de COVID-19, que tornou mais árida não apenas a assistência em saúde, mas o exercício da vida de forma geral; os questionamentos que a mim se colocaram, entretanto, estão em consonância com a produção científica sobre a atuação da(o) profissional psicóloga(o) na Atenção Básica de maneira geral, de modo que os impasses que vivi nesta Unidade Básica de Saúde não dizem dela, apenas, mas dos impasses da Atenção Básica como um todo na construção e defesa do SUS.

Esse texto é um exercício de construção de pontes entre as diferentes perspectivas aqui apontadas e a minha experiência como residente. Para tanto, escolho o relato de experiência como estratégia metodológica nessa empreitada: conforme nos conta Bondía (2002), a *experiência* se expressa em um saber que é diferente do saber de paradigma científico ou do acúmulo de informações; tampouco é

do âmbito da técnica ou do trabalho. É uma forma de deixar-se tocar, de dar lugar para o acontecimento em posição de abertura. O *relato de experiência*, por sua vez, é a produção de um saber, a elaboração de um sentido ou a constatação da ausência de sentido no encontro entre o par sujeito da experiência-experiência, relação que aqui se significa como a do psicólogo-usuário, psicólogo-serviço de saúde ou, ainda, psicólogo-território e que, portanto, é singular e localizada em um encontro particular, que não se pretende enquanto um universal para a prática da(o) psicóloga(o), mas que carrega um saber que pode ser potente na condição de o leitor por ele deixar-se tocar.

Se a experiência é o que nos acontece e se o saber da experiência tem a ver com a elaboração do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece, trata-se de um saber finito, ligado à existência de um indivíduo ou de uma comunidade humana particular; ou, de um modo ainda mais explícito, trata-se de um saber que revela ao homem concreto e singular, entendido individual ou coletivamente, o sentido ou o sem-sentido de sua própria existência, de sua própria finitude. Por isso, o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. (Bondía, 2002, p. 27)

Serão ponto de partida para as elaborações teóricas aqui presentes uma vinheta representativa de situações vividas no processo de trabalho da UBS e um caso clínico (Nasio, 2001; Turriani et al, 2018) acompanhado por mim, utilizando em ambos nomes fictícios como forma de preservar o anonimato das pessoas e lugares citados. Por fim, uma vez localizado o lugar de fala do autor, é necessário situar também o *locus* da experiência, ressaltando do conceito de *território* não apenas a sua existência concreta e geográfica, mas sobretudo relacional:

O território

O território coberto pela UBS em questão fica na periferia da região norte do município de Campinas e conta com cerca de 12 mil moradores. Segundo o registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a UBS conta com 47 profissionais, dentre contratados e residentes, e 3 equipes de saúde da família. A unidade não é coberta por NASF-AB, de modo que os profissionais especialistas disponíveis são locados diretamente na unidade e responsáveis pelo Apoio Matricial das três eSF, apesar de a carga horária de trabalho de cada um deles nem sempre coincidirem com os horários das reuniões de equipe; são eles: um ginecologista, uma pediatra e uma terapeuta ocupacional, além de uma equipe de saúde bucal, com uma cirurgiã dentista e uma auxiliar de saúde bucal. Há duas reuniões de matriciamento em saúde mental realizadas de forma mensal (impactadas no cronograma devido a pandemia de COVID-19), uma com a equipe do CAPSij-II, e outra com as equipes do CAPS III e CAPS-AD III.

1. “O USUÁRIO NÃO ADERIU AO TRATAMENTO”: A CONSTITUIÇÃO DO DISPOSITIVO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

Por ser o serviço de saúde mais próximo da casa das pessoas a Unidade Básica de Saúde é um dos primeiros lugares onde uma boa parte da população vai bater para buscar alguma forma de cuidado para o seu sofrimento: em se tratando de questões de saúde mental, há aqueles que as referem em um pedido por cuidados dessa ordem e aqueles que referem suas queixas no corpo; em ambos os casos, faz parte do trabalho das eSF oferecer um cuidado integral, ajudando o usuário a entender a demanda implicada em sua queixa. Outra parte dessa população sofre sem constituir queixa ou demanda para cuidado nos serviços de saúde, mas por estar imersa na vida no território, é também tarefa da UBS fazer a identificação dos casos em que há sofrimento intenso e que precisam de algum apoio do SUS, construindo junto com essa pessoa que sofre a demanda e um projeto terapêutico que a acolha.

Entende-se com a organização generalista da AB que uma parcela considerável do sofrimento não necessariamente requer cuidados especializados, de modo que com o Apoio Matricial de especialistas as eSF sejam capazes de oferecer algum acolhimento na forma de diversas práticas: escuta qualificada, medicalização, práticas integrativas e complementares em saúde, etc. Há, no entanto, usuários que requerem um cuidado mais próximo por profissionais de saúde mental, que não preenchem os critérios de severidade e prevalência dos “transtornos mentais” para serem acolhidos nos CAPS, mas que extrapolam a capacidade técnica das eSF na lida do seu cuidado: a esses usuários o profissional de saúde mental do NASF/UBS se implica na assistência direta. É comum nesses contextos a proposição de um atendimento individual com frequência fixa ou o convite para participação de algum grupo coordenado pelo profissional de saúde mental.

Aqui, no entanto, é que a coisa fica mais complexa: há ainda uma parcela da população, mesmo nos casos em que o usuário endereça uma demanda ao serviço de saúde, que quando lhe é designado um espaço em agenda para atendimento individual, o que é observado é que este comparece a poucas sessões, não dando seguimento ao tratamento. A esse contingente populacional soma-se aquele já comentado dos que não fazem demanda, constituindo um contingente que parece ver pouco sentido em uma proposta terapêutica de atendimentos com o profissional de saúde mental. Na prática cotidiana, o que se observa é que esse contingente é geralmente o de pessoas em sofrimento mais intenso.

Algumas questões se nos colocam aqui, e para ilustrá-las apresento uma vinheta fictícia baseada na minha experiência com a Atenção Básica:

Em determinada reunião de equipe discute-se o caso de um menino, menor de idade, com família pouco continente em seu cuidado, questões clínicas de ordem crônica que poderiam resultar em perda de qualidade de vida nos anos subsequentes e uma avaliação pela equipe de saúde da família de que seria importante um acompanhamento em saúde mental, uma vez que o usuário resiste em aceitar seu

diagnóstico e empenhar-se em mudanças necessárias na sua rotina, além de ser considerado por profissionais da equipe muito “rebelde” no contato com adultos. É proposto para a família um horário para atendimento individual do menino no serviço e, após algumas semanas de sucessivas faltas, o caso retorna para a reunião de equipe, ao passo que é registrado em ata como desfecho da discussão do caso: “o usuário não aderiu ao tratamento”.

É possível nesse caso sustentar uma importante discussão sobre as resistências desse menino em “topar” o tratamento, e a responsabilidade e implicação em seu próprio sintoma para que um acompanhamento seja possível. O que subverte esse argumento, no entanto, é que as situações de “não adesão” são bastante frequentes, não dizendo de um usuário, mas de toda uma população com similares necessidades de saúde, como por exemplo: uso abusivo de substâncias psicoativas, depressão na adolescência, na idade adulta e na velhice, pessoas com dificuldade em aceitar o diagnóstico de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, psicóticos, pessoas em situação de rua ou moradoras de áreas não asfaltadas ou não cobertas com saneamento básico, que enfrentam em seu cotidiano barreiras no exercício do direito à cidade; nas palavras de Lancetti (2008, p. 19), são essas pessoas que “não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais”. A frequência com que usuários “não aderem” ao tratamento e a diversidade de condições na quais eles se encontram imersos nos fazem pensar não nas resistências dos usuários, mas na resistência do serviço e do próprio profissional de saúde mental em exercer a sua clínica de modo a criar nela um espaço que o usuário reconheça como o de seu cuidado. Quem resiste ao tratamento?

No trabalho com a psicanálise, a prática na AB coloca em questão qual é o seu lugar social: seria ela uma “ferramenta” dentro de um projeto terapêutico singular que serve àqueles usuários que fazem com o seu sofrimento uma demanda e que encontram acolhimento dessa demanda nos consultórios do espaço físico da UBS, estando excluído o contingente populacional que nessas possibilidades de intervenção

não se reconhece? Essa pergunta nos aponta para questões ainda mais fundamentais: o quê constitui uma psicanálise? A quem ela serve?

Para explorar essas questões, trataremos do assunto primeiro sem diferenciar o que seria uma “psicanálise” de uma “psicoterapia de orientação psicanalítica”, nos aproximando mais da ideia de Zygoris (2011, p. 13) de que “uma psicoterapia é uma psicanálise muito complicada”: vamos nos reportar aos textos freudianos sobre a técnica da psicanálise para considerar aqui como psicanálise o dispositivo clínico que usa a regra da livre associação.

1.1. O dispositivo psicanalítico de Freud a Lacan: campo da técnica

A técnica psicanalítica é um tema explorado por Freud mais profundamente em seis artigos escritos de 1911 a 1915, os “Artigos sobre técnica”, que visam explorar a *práxis* da psicanálise a partir dos seus elementos constituintes e principais operadores: a livre associação, a atenção flutuante, a transferência, a interpretação e o *setting*, conceitos que identificamos aqui como integrantes de um dispositivo de fala até então totalmente original, que chamaremos de dispositivo psicanalítico: o convite para que a pessoa se sente (ou mesmo se deite) em presença do médico para falar livremente do que lhe vier à cabeça, uma formatação de modelo de tratamento instituída a partir de Freud e subversiva em relação à medicina tradicional contemporânea ao pai da psicanálise. Faremos aqui uma breve exposição dos principais pontos levantados pelo autor nesses escritos, de modo a tentar encontrar respostas para as perguntas aqui colocadas sobre o estatuto desse dispositivo à luz dos contextos nos quais ele se insere.

Em outras palavras, no conceito de dispositivo podemos localizar tudo o que está implicado no processo psicanalítico: ele funda a psicanálise a partir do pedido que se fale livremente, mas também estabelece as condições nas quais essa fala torna-se operativa no sentido clínico, como, por exemplo, a condição de que uma transferência entre a pessoa e o médico se constitua; como o médico intervém a partir disso (por

exemplo, devolvendo interpretações, calando-se, operando cortes no discurso do paciente, etc); e as variáveis ambientais que favorecem esse modo de relação, cabendo aqui as pactuações quanto ao tempo e espaço (encontros individuais ou em um grupo, em uma sala ou espaço externo, por quanto tempo, etc) e às formas de pagamento envolvidas.

Faremos uma articulação entre esses pontos e algumas considerações feitas por Jacques Lacan no texto “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” (Lacan, 1958/1991), considerado um de seus textos mais clínicos. Conforme nos conta Estevão & Metzger (2015), a intenção de Lacan aqui é estabelecer diretrizes para a psicanálise para além de seus aspectos imaginários, ou seja, situar a psicanálise não como um processo terapêutico/analítico que usa o divã, como o encontro entre uma pessoa e um profissional que vai “ajudar”, ou como uma sessão em que o profissional não fala nada, dentre outros clichês presentes no imaginário social acerca da psicanálise, bem como resgatá-la dos clichês dos próprios psicanalistas, que muitas vezes reduzem o dispositivo psicanalítico ao seu enquadre: Lacan faz aqui uma crítica ao *setting* tradicional definido pelo número de sessões semanais e pela duração das sessões, geralmente de 50 minutos, como era então preconizado pela IPA (do inglês, *International Psychoanalytical Association*).

Para melhor compreender as considerações lacanianas faz-se útil nos reportarmos aqui antes ao contexto de publicação do “Direção do tratamento”: em 1958 Lacan chegava ao final do quinto ano de seus seminários, movido pela sua tarefa de “retorno à Freud”; Lacan entende que o desenvolvimento da psicanálise após a morte de Freud tomou rumos que desvirtuam sua descoberta mais subversiva (a descoberta do inconsciente), dando um enfoque errôneo à noção de Eu como instância privilegiada no tratamento psicanalítico (o autor critica especialmente as psicanálises inglesa e americana, esta última de fato chamada de Psicologia do Ego). Checchia (2012) explora como a Psicologia do Ego não se baseia necessariamente em um erro de leitura de Freud, como apontava Lacan, mas em um enfoque nas construções

contraditórias de Freud acerca da sua segunda tópica do aparelho psíquico (Eu, Isso e Supereu).

Os artigos sobre técnica são escritos ainda sob a luz da primeira tópica freudiana (inconsciente, pré-consciente, consciente), mas no texto póstumo de Freud “Compêndio de psicanálise” (Freud, 1940/2020) há um capítulo intitulado “A técnica psicanalítica”, no qual as considerações do jovem Freud quanto ao manejo da transferência e ao *setting* são agora discutidas nos termos da segunda tópica, defendendo a psicanálise como um exercício de fortalecimento do Eu do analisando e de domínio de suas pulsões. Conforme Freud (1940/2020, p. 87):

O médico analista e o Eu enfraquecido do enfermo, apoiados no mundo externo real, devem formar um partido contra os inimigos: as exigências pulsionais do Isso e as exigências da consciência moral do Supereu (...) Nosso saber [dos psicanalistas] deve compensar seu não-saber, deve restituir ao seu Eu [do analisando] o domínio sobre regiões perdidas de sua vida anímica. Nesse pacto consiste a situação analítica.

Lacan denuncia esse rumo pós-freudiano em direção ao Eu como um desvio. No seu Seminário 4, intitulado “A relação de objeto” (Lacan, 1956-1957/1995), o autor explora as consequências teóricas e clínicas de tal guinada: o tema da relação de objeto era muito popular entre os psicanalistas da época, que faziam uma leitura de que existe um desenvolvimento afetivo “saudável” e que o objetivo de uma intervenção clínica eram o de levar a pessoa a uma “boa relação de objeto”. Os termos “saudável” ou “bom” guardam relação com uma construção social e moralista do que na sociedade burguesa da época era entendido como “normal”, ou seja, de que se relacionar com um objeto da realidade (com uma outra pessoa) de forma “inteira” significa relacionar-se de forma heterossexual, monogâmica, com coito por penetração pênis-vagina.

O que permitia aos psicanalistas da época fazerem esse tipo de inferência era uma certa leitura normalizante e biologista do texto “Três ensaios sobre a sexualidade

infantil” (Freud, 1905/2016), no qual Freud constrói uma teoria do desenvolvimento psicosexual. Uma leitura desenvolvimentista desse texto se apoia numa noção biológica de desenvolvimento cronológico em fases. Lacan critica essa perspectiva, colocando que a constituição psicosexual do sujeito não é senão organizada pelo Outro (ou seja, é a nossa cultura, o sistema simbólico em que vivemos que organiza a sexualidade do sujeito e demanda que ela vá em tal ou qual direção), e que a possibilidade de satisfação de pulsões orais e anais na vida adulta não se constituem necessariamente como um “desvio” ou “patologia”. Para Lacan é mais justo falar em “constituição do sujeito” do que em “desenvolvimento da criança”.

O que tudo isso tem a ver com o tema da relação de objeto? Ora, se existe uma meta de modelo de satisfação a ser assumido, entende-se que esse modelo por ser último e final é “perfeito”, e que portanto ele supre todas as necessidades e desejos de uma pessoa. É como se a existência de um objeto genital maduro pudesse recuperar a unidade perdida do sujeito (em uma lógica de duas metades da laranja).

O exercício de retorno à Freud, no entanto, nos mostra que em toda relação de objeto há na verdade um descompasso, uma hiância, um *gap*: aquilo que encontramos quando nos dispomos em direção a um outro, mesmo que não necessariamente ruim, nunca é aquilo que procurávamos (mesmo que não saibamos o que procurar, quando encontramos, sabemos que não é aquilo). Isso se dá porque um dia, bem no início da vida, teríamos tido uma experiência primordial de satisfação completa (a primeira mamada do bebê?) que jamais poderá ser repetida, porque foi perdida (ou mesmo porque não é possível ter algo que de fato nunca tivemos, uma vez que essa satisfação plena é alucinada pelo sujeito).

Toda encontro com o objeto seria na verdade um reencontro, um reencontro com a falta primordial de objeto. Toda insatisfação é um reencontro com a nossa condição de incompletude. Essa é ao mesmo tempo a tragédia da condição humana (todos nós vivemos na condição de expulsos do paraíso) e o que nos dota da característica de sermos seres desejantes (pois quem é completo não deseja, a mola do desejo é a falta).

Dessa concepção teórica de sujeito decorre que não podemos pensar o objetivo de uma análise como a recolocação do sujeito no paraíso, ou seja, que ao fim de um trabalho “bem feito” o Eu vai se relacionar com os objetos de forma “madura” e “genital”; ou que ao estar “curado” o Eu, não mais subjugado às pulsões, vai encontrar uma pessoa (um objeto, um trabalho, etc) que o complete. A condição de incompletude é estruturante da subjetividade, e, portanto, incurável. O que resta a ser trabalhado seria, então, “quais as formas e os caminhos que encontramos na vida para lidar com a falta?”, “como me virar com a minha condição de incompletude?” (Barbato, 2015).

Partindo dessa concepção de clínica e do enfoque lacaniano ao conceito de inconsciente e à primeira tópica freudiana, iremos aqui fundamentar o dispositivo psicanalítico a partir dos artigos sobre técnica, mais do que pelo “Compêndio...”, uma vez que eles dialogam com “A direção do tratamento...”. No entanto, cabe aqui como ressalva a crítica de Checchia (2012, p. 168) a Lacan de que “fundamentar a política somente em relação ao desejo, à falta-a-ser, pode ter como consequência o exercício de uma prática que leva ao conformismo ou resignação em relação à falta. Ou seja, essa política não está isenta de uma apropriação ideológica”.

1.2. A regra fundamental da psicanálise

A psicanálise é definida por Freud como uma teoria, uma clínica e um método de pesquisa. Foi apenas com a enunciação da livre associação de pensamentos do paciente em “A interpretação dos sonhos” (Freud, 1900/1996) que Freud rompe formalmente com o tratamento pela via da sugestão (seja pelo uso da hipnose, seja por via do método catártico) e inaugura o método psicanalítico por excelência. Ele consiste em deixar que o paciente fale livremente.

Meus pacientes assumiam o compromisso de me comunicar todas as ideias ou pensamentos que lhes ocorressem em relação a um assunto específico; (...) É necessário insistir explicitamente para que renuncie a

qualquer crítica aos pensamentos que perceber. Dizemos-lhe, portanto, que **o êxito da psicanálise depende de ele notar e relatar o que quer que lhe venha à cabeça**, e de não cair no erro, por exemplo, de suprimir uma ideia por parecer-lhe sem importância ou irrelevante, ou por lhe parecer destituída de sentido. (Freud, 1900/1996, p. 110)

A livre associação serve como método de pesquisa por permitir ao psicanalista uma visão mais complexa do psiquismo do sujeito, uma vez que não elimina artificialmente a resistência, como faz a hipnose: foi a partir da regra fundamental que Freud pôde criar a primeira tópica do aparelho psíquico. Como método clínico ela é também essencialmente psicanalítica por basear-se na ideia de que sempre que fala o sujeito deixa entrever a sua posição subjetiva, suas fantasias e sua vida anímica, como se de certa forma todos os caminhos levassem à Roma, ou seja, o paciente pode falar sobre o que acredita ser uma leviandade, mas de alguma forma irá referir no deslizamento do discurso os conteúdos patogênicos associados aos seus sintomas.

Dessa forma, também, o tratamento livra o paciente da influência do médico (Freud usa nessa época o significante “médico” para se referir aos analistas pois foram eles os primeiros a praticarem a psicanálise), fator do qual Freud vai passar a advertir os analistas de seu perigo: se por um lado a influência do médico na hipnose em incitar que o paciente abandone seus sintomas e no método catártico em que ele tenha uma descarga emocional associada ao momento da constituição do sintoma são ineficazes, uma vez que têm efeito de curta duração e apenas enquanto a influência do médico sobre o paciente se mantiver; por outro lado ela é também questionável como um dispositivo de poder de um corpo sobre outro, característico da clínica médica tradicional.

Em “Recomendações ao médico que pratica a psicanálise” (Freud, 1912b/2010), Freud faz uma advertência quanto ao “afeto perigoso” de realizar “algo que tenha efeito convincente sobre outras pessoas” (Freud, 1912b/2010, p. 155), ou seja, no tratamento psicanalítico é necessário que o analista deixe os seus afetos, seus valores e seus

juízos morais de lado ao se dispor em tratar outra pessoa, o que não é possível no tratamento pela via da sugestão. Freud adverte, ainda, que uma atividade “pedagógica” (Freud, 1912b/2010, p. 160) dentro da análise, de sugerir destinos “saudáveis” para a libido do paciente, ainda que visem o bem deste, são pouco adequados: “a sublimação é positiva, mas quando parte do analisando, e não do analista, este deve ‘orientar-se mais pela aptidão do paciente do que por seus próprios desejos’” (Freud, 1912b/2010, p. 160).

Sobre este ponto Lacan vai articular o argumento central de seu artigo de 1958: “pretendemos mostrar como a impotência em sustentar autenticamente uma práxis reduz-se, como é comum na história do homem, ao exercício de um poder” (Lacan, 1958/1991, p. 592). Ele afirma que é função do psicanalista dirigir o tratamento, mas que de forma alguma isso significa dirigir o paciente, ou a fala do paciente: dirigir o tratamento é, essencialmente, fazer valer a regra fundamental da psicanálise. Isso, ao analisando, o analista comunica com sua postura, seus enunciados e mesmo os seus silêncios, de modo que estes nunca são levianos, mas estão subordinados à direção do tratamento.

Essas diretrizes, numa comunicação inicial, revestem-se da forma de instruções, as quais, por menos que o analista as comente, podemos considerar que, até nas inflexões de seu enunciado, veicularão a doutrina com as quais o analista se constitui. (Lacan, 1958/1991, p. 592)

1.2.1. A atenção flutuante

De volta ao texto freudiano de 1912, o autor vai enunciar que o objetivo comum de todas as regras por ele ali colocadas é o de “criar, para o médico, a contrapartida da ‘regra fundamental da psicanálise’ estabelecida para o analisando” (Freud, 1912b/2010, p. 155): a atenção flutuante. “Para o médico, a regra pode ser formulada assim: manter toda influência consciente longe de sua capacidade de observação e (...) escutar e não

se preocupar em notar alguma coisa” (Freud, 1912b/2010, p. 150). Portanto, no exercício da psicanálise o analista não deve se preocupar que seu paciente porventura diga apenas “coisas sem sentido” ou “pouco importantes”, preocupando-se em que se chegue a um assunto entendido por ele mesmo como essencial ou relacionado ao sintoma: nada que o paciente diz é pouco importante. Freud orienta “abordar sempre o que primeiro vem à cabeça do paciente” (Freud, 1911/2010, p. 125) e que “não devemos atender à solicitação de indicar aquilo que devem falar [os analisandos], nem na primeira vez nem nas outras” (Freud, 1913/2010, p. 184).

Todas as orientações dadas na sequência, portanto, estão em comunhão com a ideia de que a livre associação, do lado do analisando, deve ser respeitada e acompanhada da contrapartida do lado do analista, a atenção flutuante: o analista não deve tomar notas durante a sessão, publicar relatos do caso enquanto a análise ainda não terminou, esforçar-se para lembrar de determinado ponto, etc.

Freud comenta que pontos-cegos na memória do analista não são frequentes, ainda que ele atenda muitos pacientes seguidos no mesmo dia, e que quando acontecem são antes tributários dos afetos do próprio analista, ou seja, da contratransferência: “ele [o analista] não pode tolerar, em si mesmo, resistências que afastam de sua consciência o que foi percebido por seu inconsciente” (Freud, 1912b/2020, p. 156). Seguindo a orientação de que os afetos do analistas devem ficar de lado, Freud vai enunciar a regra da análise pessoal/didática como o lugar onde o analista deve remeter suas questões. Nas palavras de Freud (1912/2010, p. 157): a “exigência de que todo indivíduo que queira efetuar análise em outros deve primeiramente submeter-se ele próprio a uma análise com um especialista”; regra que junto com a teoria e a supervisão clínica vai formar o tripé da formação do analista.

Uma última orientação a ser destacada está presente em “O uso da interpretação dos sonhos na psicanálise” (Freud, 1911/2010), no qual o autor advoga “que a interpretação dos sonhos no tratamento analítico não seja praticada como uma arte em si mesma, mas que o seu uso seja submetido às regras técnicas que presidem a realização da terapia” (Freud, 1911/2010, p. 129), ou seja, nem mesmo a

interpretação dos sonhos, paradigmática na constituição da psicanálise, faz sentido por si mesma, mas está subordinada à livre associação: se o paciente começa a contar um sonho e muda de assunto, ou se não retira uma compreensão coerente e “suficiente” do sonho trazido para a análise, não é papel do analista insistir nesse ponto, ao contrário, é seu papel favorecer e respeitar a livre associação, confiando que os conteúdos essenciais presentes no sonho irão aparecer de outras formas no discurso do paciente e em suas formações do inconsciente (o sonho, o chiste, o ato falho e o sintoma).

O processo analítico seria simples, caso não existissem forças contrárias operando em paralelo a orientação de que a regra fundamental seja respeitada: estamos falando da noção de resistência, da qual se destaca uma em especial nos artigos sobre técnica, a transferência.

1.3. A transferência

O analisando é lançado para fora de suas reais relações com o médico assim que cai sob o domínio de uma formidável resistência de transferência, como ele então se permite a liberdade de ignorar a regra psicanalítica básica, a de que se deve informar de maneira acrítica tudo o que vier à mente, como esquece os propósitos com que iniciou o tratamento, e como nexos e conclusões lógicas que pouco antes lhe haviam feito enorme impressão se lhe tornam indiferentes. (Freud, 1912a/2010, p. 145)

Em “Recordar, repetir, elaborar” (1914), Freud estabelece em termos dinâmicos que a tarefa de uma análise é a de recordar conteúdos associados a posição subjetiva do sujeito, sejam eles conteúdos baseados na realidade ou na vida fantasística, ambos importantes na constituição do sintoma. A análise esbarra, no entanto, no

esquecimento por parte do paciente de boa parte desses conteúdos, esquecimento este que não é aleatório, mas tributário do recalque nos casos de neurose.

O que é esquecido, no entanto, não é retirado completamente de jogo: ainda que o paciente não seja capaz de trazer na sua fala esses conteúdos, seja de forma organizada em uma narrativa, seja de modo aleatório em “lapsos dissociados”, ele tende a atuar esses conteúdos na relação com o outro. Colocar em ato, aponta Freud, é uma forma de repetição, que por sua vez não deixa de ser uma maneira não consciente de recordar.

A relação com o analista se presta a ser um palco privilegiado para essas repetições, uma vez que ao atribuir ao analista afetos que originalmente não lhe dizem respeito, colocando-o no lugar de uma de suas “imagos paternas” (Freud, 1914/2010), o analisando resiste em permitir que conteúdos sensíveis sejam retomados por meio da fala e comunicados ao analista, reencenando-os por procuração com o analista. Mas por que comunicar algo ao médico na transferência adquire o relevo de uma resistência? “Pois é claro que a confissão de todo desejo proibido é especialmente dificultada, quando deve ser feita à própria pessoa à qual ele diz respeito” (Freud, 1912a/2010, p. 141).

“Ele [o analista] se dispõe para uma luta contínua com o paciente, a fim de manter no âmbito psíquico todos os impulsos que este gostaria de dirigir para o âmbito motor, e comemora como um triunfo da terapia o fato de conseguir, mediante o trabalho da recordação, dar solução a algo que o paciente gostaria de descarregar através de uma ação” (Freud, 1914/2010, p. 204)

Conforme Freud explora nesse trecho, uma das principais orientações quanto ao manejo da transferência seria a de, de certa forma, dominar a compulsão à repetição do paciente e transformá-la em motivo de recordação, em um processo inverso ao da resistência do paciente. Já em “Orientações sobre o amor de transferência” (Freud,

1915/2010), ele enuncia que as maiores dificuldades de uma análise não estão na interpretação dos conteúdos trazidos pelo paciente, mas justamente no manejo da transferência. Ele aborda uma situação específica que discutiremos aqui não só para ilustrar essas dificuldades, mas para tecer alguns diálogos importantes com o texto de Lacan: o apaixonamento do analisando por seu analista.

Não é incomum na clínica situações nas quais o analisando comece a sentir afetos mais erotizados pelo seu analista, e nem mesmo que ele comece a atuar a partir desses afetos, comunicando seu tesão e demandando do analista uma resposta aos endereçamentos de amor. Freud inicia sua comunicação sobre o assunto fazendo a ressalva de que o amor de transferência não é necessariamente diferente de nenhum apaixonamento que estamos passíveis de desenvolver ao longo da vida, isso porque em ambos os casos o amor é decorrente de uma repetição de modelos infantis de afeto. No entanto, ele é inflexível quanto a orientação de que, de forma alguma, o analista deve corresponder ao amor do analisando. Os argumentos para tanto, ao contrário do que se pode imaginar, não são de ordem moral, mas de ordem técnica e ética. Vamos acompanhar a argumentação acerca desses três âmbitos:

a) Moral

Não aceitar ou corresponder à demanda do analisando e incitá-lo a renunciar a seus afetos. Essa é uma conduta que se baseia antes na ideia de que é “errado” que o analisando desenvolva sentimentos e pensamentos eróticos em relação ao médico, uma vez que não é disso que se trata a relação analítica. Para além de quebrar a já explorada orientação de que o analista deve deixar os seus julgamentos morais de lado na sua práxis, tal manejo é anti-psicanalítico por ir contra a regra fundamental da psicanálise, uma vez que naquele espaço o analisando está autorizado a falar sobre tudo que se passa em sua cabeça, sem restrições: a demanda de amor endereçada ao analista é legítima do lado do analisando, mas sobretudo é uma oportunidade de manejo da transferência de modo a abrir na sua fala a cena que aponta para suas fantasias infantis. Nas palavras de Freud (1915/2010, p. 217): “exortar o paciente a

reprimir (...) seria o mesmo que habilmente conjurar um espírito a sair do mundo subterrâneo e depois mandá-lo de volta sem fazer perguntas”. A recusa veemente do psicanalista, podemos pensar, diz antes dos próprios afetos suscitados na contratransferência: estranhamento, repulsa, raiva, ou mesmo reciprocidade, questões que devem ser levadas para sua própria análise, e não para a análise do paciente.

Fingir que aceita e corresponde à demanda de amor sem levá-la ao ato é a segunda situação moral aventada por Freud, que se baseia antes em um engodo na esperança de que em algum momento o paciente vá abrir mão de seu amor e engajar-se no tratamento. A resposta mais provável nesse caso é de que o paciente ficaria subjugado ao analista, que utiliza de seu engodo como uma forma de exercício de poder, portanto de sugestão e não de psicanálise. Em nenhuma situação cabe ao analista enganar o paciente.

Chegar às vias de fato e aceitar e corresponder à demanda de amor também tem uma dimensão moral. Calligaris (2019) explora alguns dos motivos possíveis pelos quais um analista poderia tomar tal conduta, ponderando que as razões para que esse amor seja negado estão mais do lado do analista do que do lado do analisando. Em primeiro lugar ele se reporta à assimetria de poder colocada na transferência: o analista não responde simplesmente porque ele quer (e ele pode até querer), mas porque ele pode.

Invariavelmente, o terapeuta deslumbrado pela descoberta de que ele “pode” age do mesmo modo com as pacientes com quem ele transa e com aquelas que ele não transa. A fantasia de abuso invade todo seu trabalho terapêutico, ou seja, ele não analisa nem aconselha, ele dirige e manda, pois ele goza de e com o seu poder. (Calligaris, 2019, p. 90)

O analista que aceita a demanda age a partir de seu próprio narcisismo e, portanto, ele goza com seu próprio poder. Outra faceta do narcisismo do analista explorada por Calligaris (2019) é a de que ele pode ser vítima de seu próprio engodo

imaginário de completude do outro: ele pode se entender como o objeto que traria felicidade para o analisando e resolveria a questão deste com a sua falta, e, de maneira dialética, buscaria a sua própria completude com o amor de seus pacientes.

b) Ética

Este é o ponto que parece ser mais frouxo na argumentação freudiana, uma vez que ele advoga pelo “não desperdício” da capacidade amorosa do analisando na situação analítica, uma vez que imerso em suas fixações infantis, este estaria mais suscetível a fazer más escolhas enquanto sua análise não chega ao fim. Em “Recordar, repetir, elaborar” (Freud, 1914/2010, p. 205) ele de fato chega a orientar que o analista deve obrigar o analisando a “não tomar decisões vitais durante a terapia, não escolher profissão ou objeto amoroso definitivo, por exemplo, e sim esperar o momento da cura para esses propósitos”. Além de pouco prático para os dias atuais, uma vez que a análise chega a tomar anos da vida do paciente, essa recomendação abre margens para o perigoso discurso da direção do tratamento enquanto visando a “boa relação de objeto”, ou seja, a ilusão de que se o paciente esperar o suficiente, chegará o momento em que ele fará escolhas de objeto “maduras” e independentes de suas fixações infantis.

c) Técnica

Quanto à técnica, Freud (1915/2010, p. 219) é claro: “Quero é estabelecer como princípio que devemos deixar que a necessidade e o anseio continuem a existir, na paciente, como forças impulsionadoras do trabalho e da mudança, e não tentar mitigá-los através de sucedâneos”. Em outras palavras, é necessário acolher à demanda de amor endereçada ao analista sem, contudo, respondê-la: “É preciso cuidar para não nos afastarmos da transferência amorosa, não afugentá-la ou estragá-la para a paciente; e também abstermo-nos, de modo igualmente firme, de corresponder a ela” (Freud, 1915/2010, p. 220).

A orientação está de acordo com a regra fundamental da psicanálise e com as orientações acerca da moral do analista excluída da análise e da sinceridade implicada na relação terapêutica. A transferência tem esse duplo estatuto de ser tanto uma resistência ao tratamento quanto a possibilidade de acesso às fantasias do paciente; revisitar essas fantasias, nos conta Calligaris (2019), possibilita ao sujeito construir saídas mais criativas do que a pura repetição para os seus impasses. Freud (1915/2010, p. 218) comenta ainda, que “a terapia tem de ser conduzida na abstinência”, ponto também desenvolvido por Lacan e que será explorado por nós no próximo tópico.

1.3.1. A abstinência do analista

A questão do amor de transferência nos é aqui importante porque a faceta erotizada da demanda de amor do paciente não passa de uma exacerbação, de uma passagem pelo registro da sensualidade, de algo que na verdade acontece em toda transferência: o endereçamento de uma demanda de amor ao analista. Por demanda de amor podemos entender não apenas o desejo de transar com o analista, mas mais fundamentalmente o desejo de buscar na figura do analista uma completude imaginária para o seu próprio ser.

Quando o paciente se torna curioso pela vida do analista, perguntando a ele detalhes pessoais, quando ele quer ser bem quisto aos olhos do analista, quando ele espera e intui alguma forma de aceitação nas falas e nos atos do analista, como um rir da piada, um se compadecer do sofrimento trazido na fala, ele está sempre buscando alguma confirmação de que em algum ponto ele é amado por seu analista, ainda que este não possa dizê-lo. Lacan comenta que na situação analítica o analisando não é o único a fazer um investimento, “também o analista tem que pagar” (Lacan, 1958/1991, p. 593), e ele paga de três formas: a) com suas palavras, que são elevadas sempre ao estatuto de uma interpretação pelo analisando; b) com sua pessoa, que se presta como a tela na qual o analisando vai pintar a sua transferência, endereçando sua demanda

de amor; e c) com seu ser, “aquilo que há de essencial em seu juízo mais íntimo” (Lacan, 1958/1991, p. 593), que podemos entender em última instância como a sua subjetividade.

De acordo com a vertente lacaniana da psicanálise, portanto, não há espaço em uma análise para a subjetividade do analista, uma vez que esta seria utilizada pelo analisando como uma pista da correspondência do seu amor endereçado, visando a construção de um jogo de “engodo imaginário” no qual se busca a reconstituição do “paraíso perdido”: busca-se tamponar a condição faltante do sujeito, sendo essa a tarefa da compulsão à repetição e o endereçamento de demandas de amor uma de suas formas de expressão.

Atender a uma demanda significa dar ao sujeito o que ele pede, suposto por ele, inconscientemente, como substituto do objeto mítico de satisfação. Esse objeto que satisfaz a demanda tampona o desejo, que permanece como que “escondido” pela satisfação da demanda. Disso se conclui que, atender à demanda é entrar no engodo da possibilidade de satisfação plena, engodo esse que escamoteia o desejo; desse modo, se atendemos uma demanda, o desejo não aparece. (Metzger, 2017, pp. 160-161)

O vínculo de abstinência é um ponto comumente criticado por outras leituras possíveis da psicanálise e é muito presente no imaginário social na forma do “terapeuta que não fala nada”. Este “não falar nada”, como visto até aqui, tem uma função importante quando se reporta ao manejo da transferência, mas como veremos mais à frente pode ser também uma “pobreza tática” do analista se, ao invés de proporcionar as condições necessárias para que a livre associação aconteça, ela apenas afugenta o analisando da clínica.

Podemos nos perguntar, aqui, se há situações em que a demanda de amor possa ser acolhida para que o sujeito permita-se depositar mais do que ela na situação analítica. Essa discussão será central no capítulo seguinte.

1.4. A interpretação

A questão da interpretação em psicanálise é importante, por muitas vezes ser confundida como a própria psicanálise: têm-se a ideia no imaginário social de que o analista, ao invés de estar ali para sustentar o não-saber do inconsciente, vai em algum ponto do tratamento completar o saber do analisando, explicando-lhe aquilo que ele não sabe. Novamente caímos aqui no perigo do “engodo da completude”, não sem algum fundamento, pois se retomarmos o já citado trecho do “Compêndio” no qual Freud (1940/2020, p. 87) afirma que “nosso saber [dos analistas] deve compensar seu não-saber [do analisando]”, veremos ali as bases para a validação de tal leitura da psicanálise.

Um estudo mais atento dos artigos sobre técnica, no entanto, nos permitirá observar que a questão do lugar da interpretação no tratamento já está colocada ali por Freud de uma forma que nos permite diferenciar claramente que a interpretação é um dos recursos do analista dentro da transferência, mas o manejo não se resume a ela. Já no primeiro dos artigos Freud (1911/2010) se coloca a questão sobre o lugar da transferência, sem no entanto responder a pergunta; é apenas em 1913 que ele vai tratá-la como um tópico dentro do seu texto “O início do tratamento”: “quando devemos iniciar as comunicações ao analisando?” (Freud, 1913/2010, p. 187). Apenas após instalada uma transferência positiva, afirma ele.

Mas quanta presunção e leviandade é preciso para informar a um estranho que acabamos de conhecer, e que ignora todos os pressupostos analíticos, que ele se acha unido incestuosamente à sua mãe, que

carrega a intenção de matar seu chefe e coisas semelhantes! (Freud, 1913/2010, p. 188)

A interpretação como completude do saber do outro, além de sua característica de engodo, configura-se como um exercício de poder, mais próximo da sugestão e do narcisismo do analista, que se pretende antes estar “certo” do que pensar o efeito de suas intervenções. Freud (1913/2010) explora, ainda, como maior, mais intensa, é a resistência produzida com uma interpretação “certa” fora de lugar: não importa aqui o conteúdo, mas o ato, ou em outras palavras, não é o dito, mas o dizer que deve ser sustentado da posição de analista. A imposição de um saber não produz outra coisa se não uma resistência:

mesmo em estágios posteriores do tratamento é necessário ter cautela, a fim de não comunicar uma solução de sintoma ou tradução de desejo antes que o paciente esteja bem próximo dela, de modo que basta um pequeno passo para ele mesmo se apoderar da solução. (Freud, 1913/2010, p. 188)

Da pergunta sobre o lugar da interpretação, quando fazê-la, tais considerações nos permitem pensar em seu sentido: por que fazê-la?

É com Lacan que tentaremos elaborar uma resposta: “para confirmar a pertinência de uma interpretação, o que importa não é a convicção que ela acarreta, já que melhor se reconhecerá seu critério no material que vier a surgir depois dela” (Lacan, 1958/1991, p. 601). Aqui o psicanalista francês se reporta aos ensinamentos freudianos que, segundo ele, muitos analistas esquecem, presentes no texto “A negação” (1925/2014): quando um paciente conta seu sonho e, logo em seguida, afirma “mas aquela mulher do sonho não é a minha mãe” esta é a confirmação necessária para se poder interpretar que no sonho trata-se justamente da mãe; o que este trecho nos permite inferir é que o efeito de uma interpretação depende muito

pouco do consentimento consciente do paciente sobre sua validade ou não, pouco importa se ele diz “isso faz muito sentido!” ou “eu acho que isto que você está dizendo não tem nada a ver!”, o que permite a um psicanalista pensar nos efeitos de sua interpretação é o que ela produz em seguida, ou seja, as associações que a interpretação vai promover no paciente. Que ele odeie uma intervenção do analista, mas enverede em trilhas associativas a partir dela, é isso que importa. Lacan é essencialmente freudiano nesse ponto, pois a centralidade de sua argumentação está no respeito à regra fundamental da psicanálise. Essa é a marca de uma interpretação psicanalítica, em oposição a um exercício de poder/sugestão.

No seminário 4, Lacan (1956-1957/1995, p. 296) afirma que: “logo, se seguirmos o que é para nós a regra de ouro, e que repousa sobre a noção que temos da estrutura da atividade simbólica, os elementos significantes devem ser definidos em primeiro lugar por sua articulação com os outros elementos significantes”. O que nos permite conceber a interpretação desta forma está implicado não apenas de forma pragmática no que se observa no cotidiano da clínica, mas faz relação com a própria estrutura do simbólico, do “inconsciente estruturado como linguagem” (famoso postulado lacaniano): no resgate da linguística saussuriana para explicar a estrutura do inconsciente, Lacan dissocia significante de significado, de modo a demonstrar que não há significação intrínseca a nenhum símbolo, o que, em termos mais gerais, é o que permite ao inconsciente significar uma coisa através de outra. Para efeito de exemplificação, podemos citar a interpretação que Lacan (1956-1957/1995) faz do caso freudiano do “pequeno Hans” (Freud, 1909/2015), quando cita que a fobia de cavalos do menino de cinco anos não necessariamente permite uma leitura direta “cavalo = pai”, como se o cavalo fosse unicamente um significante que vem recobrir com o “medo de morder” e “medo de cair”, respectivamente, o medo de ser castrado pelo pai e o desejo inconsciente de vê-lo morto. Lacan demonstra em seu texto, fazendo referência a várias passagens do caso, como em determinados momentos o cavalo é a mãe ou o próprio Hans.

Já lhes disse da última vez que, se quisermos fazer um trabalho que seja verdadeiramente analítico, verdadeiramente freudiano, verdadeiramente de acordo com os principais exemplos que Freud desenvolveu para, devemos perceber um fato que só se confirma pela distinção entre significante e significado: nenhum dos elementos significantes da fobia tem sentido unívoco, nem é equivalente a um significado único. (...) O significante sintomático é constituído de maneira tal que é de natureza a recobrir, no decorrer do desenvolvimento e da evolução, múltiplos significados, e os mais diversos. Não apenas é de sua natureza fazê-lo, mas esta é também sua função. (Lacan, 1956-1957/1995, pp. 292-293)

Uma vez não existindo significado unívoco para um significante, não é possível falar estritamente em uma interpretação “certa” ou “errada”, já que esse processo comporta múltiplas significações. É possível falar, no entanto, de um manejo mais ou menos adequado na hora de intervir com uma interpretação na transferência, a depender do que com ela se espera produzir.

1.5. O setting

As considerações freudianas acerca do enquadre no qual uma situação analítica pode vir a acontecer estão presentes no texto “O início do tratamento” (Freud, 1912/2010) na forma de “regras” elaboradas pelo autor quanto ao início de uma análise. De saída, Freud estabelece uma analogia entre a análise e o jogo de xadrez: em ambos é possível prever um certo número de possibilidades de início, e, ao final, também, o desfecho pode ser calculado pelas operações lógicas permitidas; o que acontece no meio, por sua vez, é da ordem do incalculável.

A primeira das regras expostas dispõe sobre a necessidade de um tratamento de ensaio prévio a admissão de uma pessoa em análise: para que um tratamento se dê pela via da psicanálise não é suficiente apenas que a pessoa sofra, são necessárias

algumas condições para que o dispositivo analítico possa se constituir. Quinet (1991), a partir da perspectiva lacaniana, chama o tratamento de ensaio de entrevistas preliminares, e explora os fatores envolvidos nesse momento de “início de partida”: o primeiro deles diz da hipótese diagnóstica que o analista precisa fazer para decidir a direção do tratamento; ela não é a mesma na neurose e na psicose, por exemplo, e na época dos artigos técnicos havia sob esse ponto o relevo de que Freud não considerava ser possível um tratamento da psicose pela via da psicanálise, de modo que o tratamento de ensaio tinha uma função de seleção e eliminação de candidatos a analisando.

Considerando que uma transferência nunca está dada, é preciso que o paciente deposite na figura do analista um suposto saber, uma suposição de que aquela pessoa que está ali na sua frente é capaz de ajudá-la, que ela tem alguma resposta a oferecer ou algo a fazer. Como sabemos, não há resposta do lado do analista, mas assim é preciso que a pessoa acredite para que o estabelecimento de uma transferência se dê, afinal, ninguém procura um profissional se não achar que ele pode ajudar de alguma forma.

É necessário também que ao longo das entrevistas preliminares a pessoa seja capaz de se implicar naquilo que ela refere como motivo de seu sofrimento: não é possível um tratamento quando o inferno são os outros, ou seja, quando o problema é o marido que trai, a criança que não se comporta, o pai que não sai do pé, algo como a postura da pessoa que joga as mãos para o céu e pergunta: “Deus, por que você sempre faz isso comigo?”. O manejo do analista nas entrevistas preliminares é o de ajudar a pessoa a questionar seus próprios sintomas: do Deus como sujeito da frase passamos para uma situação de indeterminação das causas, “Por que isso sempre acontece comigo?”, para, por fim, começar a questionar que parte temos nós nisso: “O que eu tenho a ver com isso que sempre se passa comigo?”. Essa operação de retificação subjetiva é o momento crucial que marca a entrada de uma pessoa em análise, momento simbolizado pela tradição lacaniana como a passagem da cadeira para o divã, este também objeto de consideração de Freud.

Sobre a orientação de que o paciente deite-se no divã, de modo que a poltrona do analista fique fora de seu campo de visão, Freud justifica como um “motivo pessoal”: “eu não consigo ser olhado por outras pessoas durante oito horas (ou mais) diariamente” (Freud, 1913/2010, p. 179), algo que portanto se coloca antes como uma questão de “estilo” do analista do que uma condição necessária para uma psicanálise. De modo cômico, é o divã que, junto com os charutos fumados por Freud, passaram para o imaginário social da psicanálise como aquilo que a caracteriza.

Não podemos dizer, no entanto, que a regra seja baseada numa aleatoriedade. Freud fala em uma função de corte que o divã opera no impulso de olhar/pulsão escópica (*Schautrieb*), que será tomada pela vertente lacaniana como uma forma de prevenir que as relações imaginárias tomem conta da cena analítica e calem a comunicação do inconsciente a partir de suas formações (Quinet, 1991). Se analista e analisando não se veem, é mais difícil sustentar o engodo da completude, a ilusão de que o analista fornecerá a resposta que virá para findar seu sofrimento e trazer a felicidade do paraíso perdido. Freud não formula a questão nesses termos, mas adverte quanto à necessidade de se fazer respeitar a livre associação, ou seja, a passagem da relação analista-analisando pela palavra, pela via do simbólico.

Mas eu insisto nessa medida, que tem o propósito e o resultado de impedir a inadvertida intromissão da transferência nos pensamentos espontâneos do paciente, de isolar a transferência e fazer que no devido tempo ela se destaque nitidamente como resistência. (Freud, 1913/2010, p. 179)

A regra seguinte é relativa ao tempo de uma análise, questão traduzível nos seguintes questionamentos dos pacientes: “quanto tempo dura o tratamento?”, “quanto tempo leva para eu ficar bom?”, “já faz tempo que eu venho aqui e continuo sofrendo, quando eu vou ver resultados?”. Freud explica a técnica a partir da teoria, aludindo à “atemporalidade dos processos inconscientes” (Freud, 1913/2010, p. 174) para

justificar que não é possível prever a duração de um tratamento, que pode levar longos períodos de tempo.

É necessário, no entanto, que se façam pactuações quanto ao tempo das sessões e a sua frequência. Na Viena burguesa do início do século XX era comum que muitas pessoas procurassem Freud vindas de outros cantos da Europa, passando uma temporada de meses na capital do império Habsburgo para se tratar com o pai da psicanálise, tratamento dispendioso em termos financeiros e que, portanto, demandava uma frequência mais intensa. Freud (1913/2010) sugeria uma frequência mínima de três horas por semana, isso para casos considerados pelo analista como leves. A justificativa dada por ele não é apenas de ordem prática, a frequência intensa é elevada ao estatuto de orientação técnica dado a dinâmica psíquica das resistências aos conteúdos reprimidos trazidos na transferência: um longo período sem ver o analista, portanto, poderia favorecer as resistências e retardar, ou mesmo inviabilizar, o tratamento.

O tema da duração de uma sessão é o ponto sobre o qual Lacan mais vai antagonizar com os analistas da IPA, questionando a validade da pactuação de um horário fixo: por que uma sessão haveria de durar necessariamente 50 minutos se o analista pode considerar antes desse limite que uma sessão chegou ao fim? Ou, olhando para o outro lado do espectro, por que em atendimento no SUS poder-se-ia estipular sessões com tempo limite de 30 minutos? Se é o caso de usarmos um tempo de referência, quem convencional quanto tempo será? Esse último exemplo nos é interessante por nos permitir pensar que a convenção extra-transferência acerca da duração de uma sessão pode ser antes determinada por fatores externos ao paciente do que pela lógica do seu atendimento. Atender em tempo curto para atender mais e assim suprir a demanda de uma instituição? Ou estender o atendimento até certo horário para cumprir com o dever estipulado por não-sei-que-tradição? Lacan (1945/1991) defende que o tempo do sujeito é lógico, e não cronológico, e, portanto, assim deve ser sua análise. Lógico ou cronológico, o que podemos concluir aqui é que o tempo de uma análise demanda investimento do paciente, uma vez que longitudinal.

Para que um processo analítico se conclua de forma mais rápida, pode pensar a pessoa em sofrimento, é possível fazer a escolha por privilegiar o tratamento de certos sintomas, escolhendo ou selecionando sobre o quê terapeuta e paciente vão focar nas sessões. Freud desmonta essa ilusão ao colocar os sintomas como inter-relacionados: são eles apenas efeito, produto da neurose do paciente, de modo que não é possível chegar ao final de uma análise dessa forma.

Os pacientes mais bem-vindos ao psicanalista serão os que lhe pedirem saúde plena, na medida em que puder ser alcançada, e puserem à sua disposição todo o tempo que for necessário para o processo de reestabelecimento. É claro que somente em alguns casos pode-se esperar condições tão favoráveis. (Freud, 1913/2020, p. 175)

A questão do “tratamento pela via do sintoma” versus uma “verdadeira” análise é comumente o que se entende como a diferença entre uma psicoterapia de orientação psicanalítica e uma psicanálise. Coloca-se-nos aqui a problemática de que, se é esse o caso, seria a psicanálise para poucos? E quem seriam esses poucos?

A última regra relativa ao *setting* toca na questão do pagamento das sessões, e nos ajuda a pensar em como Freud responderia a tais perguntas. Para ele, “[o analista] deve recusar tratar alguém sem honorário” (Freud, 1913/2010, p. 176), de modo que “podemos nos situar bem longe da condenação ascética do dinheiro, e no entanto lamentar que a terapia analítica, por razões externas e internas, seja quase **inacessível para os pobres**”. (Freud, 1913/2010, p. 177). Freud é claro quanto a sua abordagem elitista da psicanálise, justificando-a a partir de razões de ordem prática, ou “externas”, como a necessidade de subsistência do analista, e questões de ordem técnica sustentadas pela metapsicologia, como “fatores sexuais envolvidos na apreciação do dinheiro” (Freud, 1913/2010, p. 175), o “efeito regulador proporcionado pelo pagamento ao médico” (Freud, 1913/2010, p.177) e a ideia de que “o tratamento gratuito aumenta bastante algumas resistências do neurótico” (Freud, 1913/2010, p.

177), ou seja, pagar o psicanalista preveniria que resistências pudessem se manifestar na forma de autocobrança, na fantasia do analisando de que se “deve” algo ao analista, ou na do analista de que a pessoa possa se desimplicar do tratamento por não sentir no bolso os efeitos de sua escolha por se tratar, dentre outras possibilidades. O pagamento teria um efeito estabilizador e, portanto, o seu lugar no *setting*.

Não ignoramos que as questões apresentadas por Freud são relevantes e que tais dificuldades possam se expressar no percurso de uma análise, mas não podemos nos esquecer de que a dinâmica que se estabelece em uma transferência é pautada pelas fantasias inconscientes do paciente, de modo que o que poderia se expressar na clínica como uma questão quanto ao pagamento, tendo essa via restringida, vai se colocar na relação analítica de alguma outra forma, sendo o papel do analista dirigir o tratamento, ou seja, manejar tais situações. Dito em outras palavras, se o dinheiro pode ser um complicador, isso só será crucial a depender da intervenção do analista e sua capacidade de tematizar tais impasses para o paciente.

As condições necessárias ao dispositivo psicanalítico são aquelas que fazem valer a regra fundamental: no caso do tempo de tratamento ou dos honorários do psicanalista, as justificativas abordadas são circunstanciais, não necessariamente traduzem-se em uma impossibilidade do ato analítico. Tanto é desta forma que, se assim o fosse, a psicanálise seria uma prática incompatível com os sistemas universais de saúde³. Freud não conheceu nenhum projeto análogo ao SUS em sua época, o que nos permite pensar em como as noções de *setting* e de dispositivo estão atravessadas pelo contexto cultural da Europa burguesa, até mesmo limitadas a ela, mas a psicanálise não é a mesma desde Freud, como já argumentado na introdução deste texto, e muita ela tem a dizer, e, mais do que isso, ouvir dos pobres.

³ Considerando-se aqui apenas a dimensão do pagamento direto, já que os sistemas de saúde por definição pagos pelas populações, seja pela forma de impostos, seja por sistemas de seguridade social, etc.

1.6. Lacan em guerra: tática, estratégia e política do psicanalista na direção do tratamento

As considerações feitas até aqui sobre o dispositivo psicanalítico nos permitem entrever a complexidade da práxis da psicanálise e nos colocam questões quanto à técnica e o seu lugar no tratamento: se algumas regras são fundamentais, outras já nem tanto, qual a posição do psicanalista na direção do tratamento, e mais especificamente, o quanto de liberdade ele tem para pensar suas intervenções?

Em “A direção do tratamento”, Lacan (1958/1991) vai pensar os termos do dispositivo em três níveis de intervenção: a liberdade do analista na sua “tática” e na sua “estratégia”, em função do que seria uma “política” da psicanálise, ou seja, aquilo que caracteriza a direção de um tratamento e não o desconfigura em um exercício de poder. Os termos escolhidos por Lacan são tributários da obra do militar prussiano Carl von Clausewitz (Checchia, 2012; Estevão & Metzger, 2015), que propõe uma análise da guerra em termos estruturais, hierarquizando seus elementos.

É Checchia (2012) que vai nos ajudar a entender o que para Clausewitz significam esses três níveis: “A tática consiste numa ordenação e direção dos recontros, isto é, das situações de combate, do campo de batalha; já a estratégia é uma coordenação dos distintos recontros” (Checchia, 2012, p. 160), de modo que por analogia podemos entender as decisões referentes ao emprego de forças no confronto direto como o que diz respeito ao sessão a sessão de uma análise: à destreza tática do psicanalista, portanto, estão implicadas questões relativas à constituição do *setting* e ao uso da interpretação. Para Lacan, é no campo da tática que o analista tem mais liberdade: “[Eu sou] sempre livre quanto ao momento, ao número e também à escolha de minhas intervenções, a tal ponto que a regra parece ter sido ordenada para não atrapalhar em nada meu trabalho de executante” (Lacan, 1958/1991, p. 594). É possível afirmar que aqui vale tudo para garantir a direção do tratamento, garantida sua articulação com a estratégia e com a política em jogo.

Com a proposta relativa à tática (...) Lacan dissocia a psicanálise de definições tradicionais como as relativas ao *setting*, apontando que fixar padrões de intervenção para o tratamento engessa as possibilidades de tratamento e é contraditório com a própria psicanálise, na medida em que ela é uma clínica do sujeito do desejo, que é ele mesmo, por sua vez, sempre singular. (Estevão & Metzger, 2015, p. 73)

O conceito de tática em psicanálise, portanto, nos ajuda a sustentar a posição de que na clínica psicanalítica no SUS, e sobretudo na Atenção Básica, a constituição do dispositivo psicanalítico não passa por uma transposição do modelo de atendimentos em consultório para as “salinhas” da UBS. Que a coisa se dê dessa forma depende da demanda do usuário em saúde mental, que encontra pertencimento naquele *setting* para poder endereçar suas questões. Mas quanto ao contingente populacional que parece ver pouco sentido nessa formatação? A psicanálise não seria a melhor escolha nesses casos? Não é possível dizer que não, pelo menos para uma parte desse contingente, porém a extrapolação do dispositivo para além dos muros do serviço de saúde, como observado em minha experiência, tem a potência de fazer com que pessoas em sofrimento, as quais de outra forma não “topariam” um tratamento, engajem-se na construção de um dispositivo que permita a entrada de suas singularidades na relação com o terapeuta.

Do ponto de vista teórico, por sua vez, essa liberdade tática não desconfigura a práxis da psicanálise, pois “qualquer definição apriorística que oriente as intervenções deve existir apenas para não atrapalhar a execução de uma análise” (Estevão & Metzger, 2015, p. 74), ou seja, não são os elementos implicados na tática que caracterizam uma psicanálise, eles estão em função da estratégia e da política em jogo. Lacan (1958/1991, p. 602) nos dá aqui um exemplo: “quando se confunde essa necessidade física da presença do paciente na hora marcada com a relação analítica, comete-se um engano”, pois não há *a priori* tempo ou lugar para uma análise que não aqueles pensados pelo analista no intuito de fazer analisando falar.

A interpretação, o corte da sessão (escansão), a passagem ao divã, o pagamento ou mesmo as modalizações da voz, elementos que dão uma direção à sessão e ao tratamento (pertencendo, assim, mais ao campo da tática), devem estar subordinados à estratégia transferencial. (Checchia, 2012, p. 165)

Já a estratégia, a organização dos recontos de uma guerra, está diretamente relacionada com o manejo da transferência. Checchia (2012) comenta que, diferentemente da tática, que situa-se do lado do analista, a estratégia é dada pelo analisando, pois é ele que atribui sua imagos paternas ao analista, ou seja, é ele quem estabelece o jogo de forças posto em causa na relação analítica. O autor nos lembra, neste ponto, de que a psicanálise não é um jogo de poder, como os tratamentos pela via da sugestão, mas isso não significa que a relação analítica seja simétrica, pois apesar de a posição de analista ser a de sustentar um não-saber, o analisando se posiciona de modo a supor um saber no analista, trazendo para a relação uma assimetria de posições. A transferência, portanto, é tanto o motor da análise quanto sua maior resistência (Checchia, 2012).

“O analista é menos livre em sua estratégia do em sua tática”, nos conta Lacan (1958/1991, p. 595), justificando esse ponto com os investimentos do analista no dispositivo já exposto aqui por nós: de que ele paga com suas palavras, sua pessoa e seu ser. Se ele paga com algo, ele não é livre. Na estratégia de uma análise, portanto, é essencial que o manejo da transferência evite as relações imaginárias de completude para permitir o aparecimento das faltas simbólicas no deslizamento dos significantes da fala. É por este motivo que Lacan classifica a política da psicanálise como uma política da falta-a-ser.

O que está em jogo nela é proporcionar escuta ao sujeito ao invés de dar relevo ao “eu”, ou seja, trata-se de supor que há um sujeito que não se

revela nas manifestações da consciência. Pelo contrário, esse sujeito se revela de maneira diversa, separado do “eu”, tanto pelas manifestações de uma lógica própria, que podemos chamar de lógica do inconsciente, quanto pelas operações de negação que a sustentam, como recalque, denegação ou foraclusão. (Estevão & Metzger, 2015, p. 75)

A falta-a-ser é o que o inconsciente manifesta com as suas produções quando o sujeito fala, e o que deve ser escutado pelo analista. Em última instância, podemos relacionar a política da psicanálise com o enfoque freudiano na regra fundamental: livre associar é o que caracteriza a práxis de uma psicanálise. A escolha lacaniana por resgatar termos provenientes do campo da guerra para caracterizar uma prática que de saída renuncia a um exercício de poder, por sua vez, pode dar a ideia contrária ao, por exemplo, corroborar com a crítica foucaultiana da sessão analítica como um espaço de atualização e reificação de dinâmicas de força presentes na sociedade. Checchia (2012, p. 155), faz uma interessante consideração sobre esse uso:

Se estratégia e tática são termos provenientes do campo da guerra, caracterizado por visar o domínio de um povo sobre o outro por meio da força e do poder, não seria contraditório usar tais termos em psicanálise, ainda mais quando se pretende denunciar os abusos de poder?

O autor explora a gênese dessa construção resgatando as analogias presentes entre batalha e análise já em Freud para dialogar com as considerações foucaultianas sobre o uso do poder na clínica. Segundo ele (2012), é o ato de colocar a falta-a-ser no lugar da política da guerra que subverte essa dinâmica. Sugerimos a consulta a sua tese para uma discussão mais aprofundada deste ponto.

Mas a proposição de política da direção da cura de Lacan também é crítica quanto ao abuso de poder na sessão analítica. Nesse espaço,

cabe ao psicanalista a função de não reproduzir as relações de poder, tal como denunciadas por Foucault, e de fazer valer a política do tratamento da falta-a-ser, tal como postulada por Lacan, o que significa, em palavras do vocabulário militar, em **fazer-se de morto no campo de batalha das relações imaginárias**. (Checchia, 2012, pp. 163-164)

A guerra com o analisando, portanto, é uma guerra perdida, porque o que se desvela nessa dinâmica é que na verdade nunca houve dois sujeitos implicados na relação analítica, o ser do analista fica de fora, como um morto. O psicanalista deve evitar o embate imaginário para que o analisando, com o seu dizer, mostre sua posição em relação às próprias fantasias inconscientes (Checchia, 2012).

Desse modo, podemos estabelecer a posição dos elementos do dispositivo psicanalítico em uma estrutura, situar o que na direção do tratamento é dirigido pelo analista e o que é colocado pelo analisando. Dessa construção decorre que podemos não apenas situar o lugar de cada elemento, mas apontar também aquilo que não cabe na estrutura, ou seja, aquilo que é relativo à contratransferência.

1.6.1. A pobreza tática do psicanalista: a resistência do profissional ao tratamento

Das considerações feitas até aqui acerca do *setting*, podemos concluir que a sua formatação pelo analista é bastante plástica: como serão os encontros, qual a duração, frequência, etc, tudo está subordinado à direção do tratamento e para esse fim cabe aqui o exercício da criatividade do analista, sua destreza tática, ou ainda, o seu estilo clínico. Fica-nos como questão para esse último tópico pensar os possíveis motivos de um enrijecimento do *setting* pelo analista: por que não é raro observarmos entre profissionais em diálogo com a psicanálise o costume de tomar toda demanda como uma demanda de análise? Ou de oferecer as mesmas pactuações para toda e qualquer demanda (seja de análise ou não) que chegam a sua clínica? Atendimento semanal, individual, no consultório, com duração de 45 minutos: é este o modelo

tradicional e hegemônico da clínica psicanalítica, tributário de seu histórico liberal e privatista, mas presente também nas UBS e mesmo em outros serviços de saúde mental no SUS como primeira opção a ser considerada em um projeto terapêutico.

A que se reporta essa prática? Sem dúvida ao costume psicanalítico, à reprodução do *status-quo* de algo que sempre esteve aí e que se entende dessa forma. Mas se foram as históricas no final do século XIX que pediram aos médicos que se calassem para que elas mesmas pudessem falar, denunciando a limitação de seus saberes e abrindo a cena para a constituição da psicanálise, são hoje os jovens rebeldes, as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas, os psicóticos que se recusam a “ir ao CAPS”, que desafiam a psicanálise no sentido da renovação de seus saberes. O que eles demandam dos profissionais do “postinho de saúde” é algo novo, ainda para ser inventado, que expõe à luz do dia a limitação dos dispositivos terapêuticos aí colocados para dar conta do sofrimento que anda pelo território.

Esse não-saber é angustiante, leva as eSF e os profissionais matriciadores a fecharem discussões de caso a partir da constatação de que “com esse aí já tentamos de tudo!”. A exposição da pobreza tática do analista pode ir em duas direções: a primeira, pela qual brigamos aqui, é a da busca do reposicionamento da psicanálise no social, questionando suas práticas colocadas para abrir margens ao que pode emergir no contato com o usuário; a segunda, que talvez motive a escrita do presente trabalho, é a resistência em face do não-saber: tocado em sua própria falta, o analista, ao invés de repensar o dispositivo, deixa suas próprias questões entrar em causa no tratamento e, a partir dessa posição, sustenta a reificação de um dispositivo enrijecido, que não produz nada a não ser iatrogenia e, em última instância, é anti-psicanalítico: anti-psicanalítico por não estar de acordo com a política da psicanálise, por não se colocar a serviço da livre associação do paciente.

Ele [o analista] é livre em suas táticas de intervenção desde que estas não impliquem o aparecimento dos sentimentos do psicanalista – como

muitos faziam ao incluir a contratransferência em suas interpretações – e não firmam o princípio fundamental, isto é, desde que não atuem com o seu ser. (Checchia, 2012, p. 165)

À guisa de conclusão, voltaremos a Freud (1913/2010, p.178) quando este afirma que “quem ataca a neurose de um pobre com os meios da psicoterapia, via de regra faz a comprovação de que o caso pede uma terapia prática inteiramente diversa”. Como exposto aqui, a pobreza em si não constitui motivo para a exclusão de uma análise, este é um ponto superado, mas as colocações freudianas nos põem de frente a questões bastante pertinentes: se são necessárias uma série de condições para que um tratamento se configure como uma psicanálise, para quem é a psicanálise? Não acreditamos que ela seja para poucos, e que essa seleção tome como critério questões de classe, como entende Freud nos artigos sobre técnica, mas também não defendemos aqui que a psicanálise seja para todo mundo: ela é um dispositivo, uma maneira de cuidado em saúde mental, uma das formas possíveis de se lidar com o sofrimento, não é a maneira “última” ou o tratamento por excelência.

Quando Freud defende um “tratamento diverso” para os pobres é também o que se defende no SUS (assim como para qualquer usuário do sistema, independente do recorte de classe): que a oferta de tratamentos possíveis seja variada e que uma possa dialogar com a outra, de modo que temos em saúde mental a coexistência de tratamentos medicamentosos, terapias de diferentes abordagens, práticas integrativas e complementares em saúde e o acolhimento de crises e momentos de intensificação do sofrimento em tese por qualquer profissional presente no serviço. Como decidir, então, de que forma se trata o quê? Quem trata o quê? Ou, ainda, a psicanálise de forma alguma seria para aquele que não faz um endereçamento de demanda com o seu sofrimento? Ela não seria para aquele que procura um serviço de saúde querendo eliminar um sintoma, ou não considera-se que foi uma psicanálise quando o processo termina quando o sintoma termina? Qual o lugar da psicanálise na assistência em saúde mental no SUS? Esse será o tema do próximo capítulo.

2. “TODO MUNDO DEVERIA FAZER TERAPIA” (?): A CLÍNICA PSICANALÍTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

No capítulo anterior foram abordadas algumas das diferenças cruciais entre um tratamento com a psicanálise e um tratamento pela via da sugestão. A delimitação entre um campo e outro é importante para que a psicanálise não se degenere em um exercício de poder de um saber sobre outro, do saber do médico sobre o saber da pessoa que sofre. Mas a regra da abstinência do psicanalista, no intuito de não favorecer relações imaginárias, ao invés de romper com uma dialética de dominação não poderia estar substituindo um regime de relação de poder por outro? Explico-me: o enrijecimento do *setting* psicanalítico, tomado no primeiro capítulo como analisador da minha experiência na Atenção Básica, desvela a nós uma limitação da *práxis* quando o profissional toma o *setting* como todo o dispositivo, como aquilo que caracteriza a psicanálise, tornando-se por isso mesmo anti-psicanalítico. Porém, a destreza tática do psicanalista em pensar o *setting* a partir do encontro com o sujeito não necessariamente se traduz na conclusão de que, então, a psicanálise seria aplicável em todos os casos, de que bastaria um *setting* “suficientemente bom” para que houvesse engajamento no tratamento e que, assim, o dispositivo de forma geral estivesse salvo de críticas. Dito de outra maneira, não é a intenção do presente trabalho defender que, com as devidas adaptações, “todo mundo deveria fazer terapia”.

Há outros aspectos a serem considerados em uma psicanálise que podem se mostrar como fatores limitantes para uma *práxis* no território, na Atenção Básica. Tomando agora como analisador o contingente populacional que “não adere ao tratamento”, nosso intuito aqui será colocar em questão elementos incluídos no dispositivo, como a regra da abstinência, e elementos excluídos, como a contratransferência, apontando-nos para a importância em se pensar a relação dialética de confiança do paciente e confiabilidade do analista.

2.1. O dispositivo psicanalítico colocado em questão

Nossa principal referência para a discussão a seguir será a psicanalista de origem húngara Radmila Zygouris. Segundo a autora (2011), é um sintoma da nossa sociedade que as pessoas encontrem cada vez menos lugar de fala, cada vez menos sintam que não podem ser escutadas sem que seu sofrimento seja automaticamente traduzido em uma patologia. Ora, se é de uma patologia que se sofre, parece natural então que a partilha se dê com profissionais de saúde, e não mais com as pessoas de seu entorno. Por que escolhemos falar de nossas mazelas com um “psi” ao invés de procurarmos pelo ombro de um amigo ou familiar? “O fato de, em caso de infelicidade, precisarmos recorrer a um especialista, é uma das infelicidades suplementares que a modernidade nos inflige” (Zygouris, 2011, p. 10). A autora sustenta ainda o importante questionamento acerca da responsabilidade dos psicanalistas nessa dinâmica: não estaríamos nós contribuindo com esse discurso? Para Radmila, as demandas contemporâneas endereçadas ao psicanalista evoluíram, não são mais o que tradicionalmente se entende como uma demanda de análise, mas se configuram como uma “simples” demanda de fala: cada vez mais pessoas procuram os consultórios, os serviços de saúde, com uma necessidade urgente de poderem falar. E o quê fazemos com isso? Aceitamos essa demanda de cuidado, essa demanda de palavra, na esperança de que em algum momento ela se torne demanda de análise, ou seja, de que ela se formate ao dispositivo psicanalítico para que aconteça ali algo com o qual estamos acostumados a lidar.

Se até então usamos nesse texto indiferenciadamente os termos “terapia”, “análise” e “psicanálise” para todo e qualquer tratamento que tome a livre associação como método, é a partir deste ponto que uma delimitação se faz necessária: o que psicanalistas entendem por uma psicanálise “pura”, ou uma análise, é estruturalmente diferente de uma psicoterapia de orientação psicanalítica. Os limites e fronteiras entre essas duas práticas são tema de consideração por muitos psicanalistas, mas, conforme nos conta Zygouris (2011), essencialmente o que diferencia uma prática de outra é que

nas psicoterapias há um foco no aspecto “terapêutico” do processo, ou seja, na atenuação do sofrimento e na remissão do sintoma, pautado por uma lógica de “bem-estar” do sujeito, enquanto em uma psicanálise o intuito é ir para-além do sintoma, chegando muitas vezes a inclusive tolerar a sua permanência, na investigação dos enigmas do inconsciente. Segundo Barbato (2015), a análise é um processo que comporta uma série de vetorizações do discurso do sujeito, partindo de uma retificação subjetiva, na qual ele se implica no sofrimento que o leva até o psicanalista para pensar a parte que desempenha na manutenção dos sintomas dos quais se queixa, passando das entrevistas preliminares para o divã (Quinet, 1991), para em seguida “atravessar” a fantasia inconsciente fundamental que estrutura o jogo de posições assumidas em suas relações, ou seja, sua neurose, resultando na queda de um ideal-de-eu, de uma ilusão fálica de um sujeito que poderia “tapear” a castração simbólica e levar sua vida sem considerar seus furos, suas limitações, sua pequenez, para, por fim, construir um “sinthoma” para si, um modo de estar no laço social que comporte sua singularidade e não seja apenas o mimetismo dos ideais fálicos correntes na cultura.

Não cabe a nós, no recorte do presente trabalho, investigar o que significa cada um desses elementos; o que nos interessa aqui é o uso que Zygouris (2011) faz dessa diferenciação para pensar na práxis do psicanalista como algo que se situa em um ponto do espectro entre essas duas posições extremas, ambas simulacros que não representam a realidade da psicanálise em contexto com o social: de um lado, a assistência compassiva, terapeutizante, e de outro a psicanálise pura, fundamentalista. De acordo com a ideia de Safatle (2018), exposta na introdução, sobre a função de partilha de identidades que os sofrimentos adquirem nas nossas sociedades neo-liberais ao serem codificadas em patologias, também para Zygouris (2011) é este o relevo que ideias rígidas de tratamento adquirem: psicoterapias terapeutizantes favoreceriam identidades, possibilidades de subjetivação, pautadas pelo lugar social da vítima (o “depressivo”, a “espancada”, etc), ficando preso nas “repetições sem fim da queixa” (Zygouris, 2011, p. 21) e sem ir alhures no desejo do sujeito, enquanto análises puras favoreceriam a constituição do psicanalista enquanto marca: “analisando de x”,

“analista lacaniano”, “analista freudiano”, identidades que deixariam pouco lugar para a criatividade do analista em seu trabalho clínico e para a consideração do sofrimento do sujeito como algo mais do que sua desvalorização como “gozo histérico”. Segundo Zygouris (2011, p. 24), “os analistas menos identificados a um modelo teórico único, ainda que digam bobagens, são no final das contas menos tóxicos para seus analisandos”.

Ainda para a autora (2011), o critério de escolha dos métodos de intervenção entre uma psicanálise ou uma psicoterapia após o tratamento de ensaio se reporta à divisão freudiana entre neuroses de transferência e neuroses atuais: segundo ela, essa postura “rígida” do pai da psicanálise foi necessária para estabelecê-la enquanto um campo de atuação autônomo, que para isso precisava de um objeto delimitado, e seu limite eram as neuroses atuais, sofrimentos que não diziam de repetições da dinâmica inconsciente do sujeito em referência à sua passagem pelo complexo de Édipo, mas de mazelas da vida atual, como a perda de um ente querido, de um lugar econômico e social, um trauma atual, etc. Por mais que na escuta desses casos seja possível entrever as posições subjetivas tributárias de fantasias infantis inconscientes, não seria possível tratá-los como neuroses de transferência. Em outras palavras, quando uma pessoa procura o “psi” por conta de uma tristeza profunda causada pela morte da(o) companheira(o), não é de papai e mamãe que essa pessoa precisa falar.

Ao recolocarmos tais distinções na situação atual, podemos nos perguntar se os psicanalistas não responderam rápido demais a essas novas “demandas” com a oferta de uma análise clássica, tratando tais neuroses como se fossem neuroses de transferência, quando podem ser, facilmente, assimiladas às “neuroses atuais” das quais falava Freud. Em outros termos, será que a oferta de análise não foi inadequada face a uma demanda de que era, antes de tudo, demanda de terapia? (Zygouris, 2011, p. 11)

Podemos pensar, aqui, que a demanda por uma psicanálise nesses casos não é da pessoa, mas do psicanalista. Essa situação nos aponta para um importante discussão sobre iatrogenia em psicanálise: em que situações o dispositivo psicanalítico, tal como concebido por Freud e revisto por Lacan, produz mais efeitos deletérios do que aqueles teorizados como produto do tratamento? Quando a abstinência do psicanalista em se colocar na transferência, ao invés de evitar as ilusões de completude imaginária, apenas produzam um ambiente estéril indigno da confiança da pessoa que sofre? No contexto da Atenção Básica, quando falamos na oferta de um dispositivo clássico para pessoas SUS-dependentes, que têm poucas condições de de outras formas buscar por tratamento, estamos falando em descoberta assistencial do território que é de responsabilidade daqueles profissionais? Zygouris (2011) fala em dois efeitos prováveis dessa oferta descontextualizada: a fuga pela pessoa do tratamento ou sua submissão inalisável ao dispositivo, ao tentar se conformar a ser uma daquelas “poucas” pessoas para as quais a psicanálise se aplica. Dentre essas duas opções, o que parece ser um contra-senso, a fuga de um tratamento, é a que demonstra mais sinais de saúde.

Quando os analistas se sentem mais livres em permitir que o analisando questione o dispositivo, um espaço costuma se liberar para a análise de um sujeito singular que reinventa, pelo menos em parte, sua própria análise. Em oposição a isto, aqueles que “brincam” precocemente de analista puro, os que se enredam na representação do analista, acabam conseguindo apenas... a fuga do paciente ou sua submissão inalisável. Nesses casos, parece-me absurdo falar em resistência do analisando à análise. (Zygouris, 2011, p. 12)

2.1.1. A abstinência do psicanalista: condição para a escuta ou motivo de ensurdecimento?

Conforme explorado no primeiro capítulo, de um dos elementos fundamentais do dispositivo psicanalítico, a transferência, é possível deduzir a regra da abstinência do psicanalista como uma “regra de ouro”: não iremos aqui repetir as razões teóricas que sustentam tal posição, mas queremos dar um passo adiante e pensar os efeitos práticos dessa posição na clínica: o terapeuta que “não fala nada”.

É muito comum, sobretudo entre analistas em formação, se perguntar sobre o momento de colocar uma interpretação e o momento de calar, se se deve falar mais ou menos, etc. Green (1979/2004) explora como essas são na verdade questões falsas, uma vez que construções significantes e silêncios não são estratégias opostas, visto que as duas têm valor de interpretação; para ele (1979/2004, p. 17) “que eu me cale ou que eu fale, isto sempre quer dizer algo”. Uma pergunta mais interessante seria: o que se pretende com o silêncio? Ainda para o autor (1979/2004) um par de oposição passível de análise é o do silêncio enquanto estratégia do calar (em consonância com o que Lacan chama de estratégia do psicanalista) *versus* o silêncio enquanto figura do vazio.

Não é raro encontrar representações do psicanalista na cultura como aquele que não responde a uma pergunta, que fica quieto, que causa desconforto com a sua presença muda ou apenas se comunica através de murmúrios. Essas representações podem ser impregnantes da prática clínica de profissionais jovens (ou mesmo mais experientes) ao transformar a abstinência verbal em ato performático de valor identificatório, apontando para a pobreza tática de um psicanalista que pouco olha para a transferência, intervenção por isso mesmo vazia. E como em psicanálise o vazio não tem valor neutro, mas é também operativo, caímos aqui novamente nos efeitos iatrogênicos de uma intervenção: nesse caso, o autor (1979/2004) comenta como a economia de interpretação eleva a palavra do analista, quando esta é colocada, ao estatuto de oráculo. Dito de outra forma, a pessoa toma as poucas palavras do analista como uma verdade incontestável, assujeitando-se a este saber que vem de um outro sem nunca fazer com ele uma questão. Green (1979/2004, p. 15) chega à mesma conclusão de Zygouris (2011): na prática analítica contemporânea, os casos “mostram

que o silêncio do analista é improdutivo, seja porque os pacientes o suportam mal, seja porque se instalam em uma posição de falso-self analítico”.

Mais fundamentalmente, a problemática do silêncio do analista nos aponta não apenas para os impasses no cotidiano da clínica, mas para a possibilidade de nos questionarmos acerca daquilo que é teorizado no escopo da psicanálise como seu dispositivo: será de fato possível que, como afirma Lacan (1958/1991), o analista pague a análise com o seu ser? É possível que na análise exista apenas um sujeito (o analisando) e que a singularidade do analista fique de fora do dispositivo? É porque se cala que o analista consegue se abster?

Essas perguntas nos jogam novamente às construções lacanianas acerca da abstinência do analista: em mais de um momento ele joga com a analogia do analisando enquanto aquele que ocupa o lugar do morto, seja na política da falta-a-ser, em que o analista ocupa o lugar de morto no campo de batalha das relações imaginárias (Checchia, 2012), seja na analogia com o jogo de *bridge* (Lacan, 1958/1991), pouco conhecido do contexto brasileiro, mas que segue uma linha de raciocínio também aplicável ao tupiniquim jogo de *buraco*, que se utiliza de quatro decks de cartas, dois em jogo, dois ocupando o lugar do “morto”: em uma análise a singularidade do analista fica de fora, ocupando o lugar do “morto” que não vai ser resgatado, para que do lado do analisando a “outra cena”, suas fantasias inconscientes infantis, também ocupem esse lugar e em algum momento sejam colocados na partida. O problema com essa lógica é que enquanto pessoas não vivemos apenas com o inconsciente, e analistas, para a desilusão de Lacan, não deixam de ser pessoas: os processos secundários, tanto quanto os primários, estão implicados em uma análise. Disto decorre que “a construção está sempre impregnada pelas convicções do analista, sejam elas teóricas, políticas ou privadas. Ora, até em física os pesquisadores sabem que o observador modifica o objeto observado” (Zygouris, 2011, p. 15). A cadaverização do analista (Green, 1979/2004) proposta por Lacan, nesse sentido, ainda que pautada com densidade teórica na prevenção dos perigos que uma dialética imaginária de reivindicação de amor pode operar na transferência, pouco se sustenta

na prática, ou, pelo menos, não é a pureza da obediência dessa orientação que sustenta uma análise no contexto em que vivemos.

Quando Zygouris (2011) fala em convicções do analista, coloca a singularidade da pessoa que ocupa essa posição em jogo: ela explora como o quê se observa na prática é que as pessoas que chegam até o psicanalista são muito boas em ler os códigos simbólicos deste, por mais que ele queira brincar de morto. A autora chega a falar inclusive na existência de uma neurose de contratransferência, a contrapartida do analista à neurose de transferência do analisando, essa a real maneira como ele paga o investimento em uma análise. Por neurose de contratransferência ela coloca que os pensamentos e convicções do analista já estão presentes em uma análise mesmo antes da chegada do paciente, pois eles constituem a maneira de ser e a escuta do analista (algo como o seu *estilo clínico*), e a transferência é uma resposta do paciente a este ambiente que o recebe.

2.1.2. A contratransferência: resistência ou condição de análise?

Na psicanálise lacaniana a contratransferência adquire o relevo de um parasita do dispositivo analítico, que não deveria estar ali e que, quando está, o degenera em algo que não merece ser chamado de psicanálise. As construções de Zygouris (2011), portanto, acerca da contratransferência, não deixam de ser uma subversão do dispositivo psicanalítico: a contratransferência está lá mesmo antes da transferência, na forma das convicções do analista, daquilo que o move na escolha e no exercício da clínica, em quais são as suas questões com a psicanálise (que nunca são as mesmas de um analista para outro), no seu estilo clínico (mais econômico com palavras, mais caloroso, mais cínico, mais austero?), etc. O paciente responde com sua transferência, inaugurando uma psicanálise, e essa produz novos movimentos contratransferenciais.

O que se produz aqui não necessariamente precisa adquirir o relevo de uma resistência (do analista), ainda que haja esse perigo. Podemos pensar que o ato de expulsar a contratransferência do dispositivo, ao invés de promover uma preservação

deste, o coloque em xeque por não permitir que o analista o analise, não o coloque em pauta para si, uma vez que talvez nem mesmo o perceba, dado o estatuto maldito da contratransferência como algo que não pode estar lá. Ao invés de um parasita, o que se propõe aqui é que ela possa ser tomada como um analisador, como um elemento que, quando aparece, pode dizer algo importante sobre aquela análise.

Tomaremos por exemplo aqui o conceito de contrafissura de Lancetti (2015): o autor percebeu que equipes de saúde que trabalham em contato muito próximo com pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas muitas vezes reproduzem na sua prática a ansiedade e a necessidade de imediatismo de seus pacientes “fissurados”; assim como os usuários que querem a satisfação automática da droga, os profissionais entram em uma lógica de que precisam responder ao paciente com rapidez, acionar diferentes pontos da rede de saúde e assistência social, combater um sofrimento intenso com propostas terapêuticas, entrando em um frenesi que deixa pouco espaço para o ócio, para a hiância, momentos nos quais o inconsciente se deixa entrever a partir de suas produções. A contrafissura pode sim se configurar como uma resistência ao tratamento, mas apenas na condição de que os profissionais implicados nesses movimentos contratransferenciais não olhem para eles. Uma vez colocada em pauta, a contrafissura se torna um importante analisador da fissura do paciente, do seu desejo por uma satisfação imediata, colocando-se em favor de uma intervenção na transferência.

Assim, podemos também entender que os sentimentos que o analista experimenta em qualquer contexto de análise podem ser um analisador importante da posição do próprio paciente: quando são experimentados sentimentos como raiva, impaciência, desesperança, ou mesmo empatia, o que tais sentimentos podem nos apontar é o que aquela pessoa costuma provocar nos outros com quem interage na sua vida extra-transferência, ou mesmo os sentimentos que ela própria experimenta, ainda que não seja capaz de colocá-los em palavra. A contratransferência é como uma faca de dois gumes, que pode ter tanto o efeito de uma resistência do analista, como ser a condição para a análise das fantasias infantis. Não é esse justamente o estatuto

também da transferência? Defendemos aqui, portanto, que a destreza tática e estratégica do psicanalista deve considerar a escuta da contratransferência.

Para concluir: desde Freud, e mesmo desde Lacan, algo novo aconteceu, nosso saber clínico aumentou. Em todo caso, o dos analistas que “ousaram” se interrogar mais de perto sobre aquilo que acontece do lado da contratransferência. Eles deixaram de considerá-la como uma mera parasitagem de elementos pertencentes à vida do analista, e passaram a entendê-la como uma singularidade do encontro entre “esse” analista e “esse” paciente, enquanto circulação ora consciente, ora inconsciente de pensamentos clínicos. (Zygouris, 2011, p. 52)

2.1.3. A confiabilidade do analista e a confiança do paciente: um adendo winnicottiano ao dispositivo

Como já exposto na introdução, é mais correto falar antes em psicanálises do que em “a” psicanálise; isso se explica pela originalidade de um campo inaugurado por Freud em um contexto histórico e sócio-político circunscrito, que reverberou na cultura ocidental até os dias de hoje, avançando em questões e problemáticas relativas a novos contextos e desafios, criando vertentes, escolas e permitindo uma pluralidade de vozes de psicanalistas e não-psicanalistas sobre a pertinência dessas psicanálises. Podemos inclusive aventar que a própria natureza do objeto da psicanálise é não unitária, ou seja, ela se debruça sobre a cisão do sujeito entre consciente e inconsciente: se o próprio objeto é inconsistente, como esperar algo como uma psicanálise totalitária?

Loparic (2001) retira do modelo de desenvolvimento natural da ciência de Thomas S. Kuhn uma maneira eficiente de explicar a evolução das psicanálises através do tempo: a partir da ruptura com um paradigma e da criação de novos. Conforme o autor, um mesmo estímulo pode gerar diferentes respostas, e a forma de se responder

a uma situação-problema, quando sistematizada em compromissos conceituais, teóricos e metodológicos, compõe um paradigma a partir do qual as pessoas implicadas nesse campo passarão a se guiar. A teoria kuhniana explora, ainda, como não existem critérios supraparadigmáticos para a definição do que seria a “verdade” sobre um objeto, e que portanto não há nem mesmo linguagem para descrevê-lo que seja independente dos paradigmas. Não há verdade última, e não há ciência que se pretenda a resolver todos os problemas, o que um paradigma se propõe é responder de forma temporária com a maior eficiência possível, funcionando de acordo com o contexto em que se implica. A leitura kuhniana, nesse sentido, é essencialmente darwinista (Loparic, 2001; Klautau & Salem, 2009). No caso de um paradigma não desempenhar mais sua função de forma eficiente, o que se abre é uma crise no campo de saberes, que eventualmente vai tensionar a ruptura com o paradigma anterior e a constituição de um novo paradigma.

No que toca à evolução de um campo do saber, Loparic (2001) explica, ainda, que esta não é linear, ou seja, uma ciência não se desenvolve de forma cumulativa, através da superação de um paradigma sobre outro, mais bem acabado ou mais próximo da “verdade última”, mas se dá através de rupturas não-cumulativas, comportando a coexistência de diferentes paradigmas que se reportam a diferentes situações-problema dentro de um campo: não é essa a situação da psicanálise desde basicamente o seu nascimento? Loparic (2001) exemplifica uma primeira ruptura paradigmática com o rompimento de Freud e Jung, que não concordavam sobre a natureza sexual dos processos psíquicos. É assim também que hoje podemos falar na existência de uma psicanálise “freudiana”, ou “lacaniana”, ou “winnicottiana”, etc. O que a argumentação sobre a evolução das ciências a partir de rupturas nos permite aqui afirmar é que a pluralidade de vozes na psicanálise não constitui um todo desorganizado e aleatório, e que suas vertentes não são simplesmente ferramentas disponíveis em um mercado ao gosto do psicanalista. Há, quando falamos em psicanálises, um desenvolvimento histórico do campo que comporta diferentes

situações-problema que justificam a constituição de diferentes paradigmas a partir dos quais os psicanalistas operam.

Freud inaugurou um novo paradigma a partir da ruptura com a medicina tradicional: a situação-problema que o motivou, e que é ponto de partida para a constituição da psicanálise, foram as histéricas, essas mulheres que representavam um enigma para os saberes tradicionais ao paralisarem braços e pernas sem qualquer substrato anátomo-patológico que pudesse dar conta do seu sofrimento e inventar uma terapêutica eficiente. A matriz disciplinar freudiana busca na vida sexual a resposta para tais problemas, e é sobretudo na passagem da teoria do trauma por sedução para a teoria da sexualidade infantil que o autor constitui o primeiro paradigma da psicanálise, ao localizar o ponto de constituição das neuroses no complexo de Édipo. Loparic (2001) explica, ainda, como o paradigma é acompanhado de uma ontologia (ou seja, de um modelo teórico de homem) pautado pela teoria das pulsões e de uma metodologia, que podemos localizar no que aqui já foi muito bem abordado como o dispositivo psicanalítico.

O presente trabalho toma como ponto de partida tal paradigma, considerando a vertente lacaniana da psicanálise no seu escopo por esta estar em consonância com o paradigma freudiano, continuando-o, ao invés de operar uma ruptura (as palavras do próprio Lacan justificam tal posição, ao empreender seus esforços de “retorno à Freud” com os primeiros seminários). A tarefa de nos debruçarmos sobre a atuação com a psicanálise no contexto da Atenção Básica, a partir da situação-problema do contingente populacional de pessoas que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais (Lancetti, 2008, p. 19), que sofrem sem constituir demanda endereçada aos profissionais de saúde mental, nos coloca frente o questionamento do paradigma freudiano como sistema capaz de responder com a maior eficiência possível. Nesse exercício, a argumentação trazida a partir de Zygoris (2011) nos coloca frente a uma crise no campo de saberes da psicanálise e nos faz questionar a necessidade de reinvenção do dispositivo psicanalítico no sentido de uma ruptura com o paradigma freudiano.

Para tentar responder a essa pergunta é válido antes nos reportarmos a outros paradigmas já instituídos no campo das psicanálises. A intenção aqui não é fazer uma salada teórica que desconfigure a *práxis* psicanalítica em um mosaico teoricamente pouco sustentável, mas pensar a pertinência de nossas intervenções a partir das problemáticas que o próprio campo nos impõe, ou seja, antes de qualquer aliança com uma vertente ou escola, tomamos aqui a clínica como soberana, com todos os impasses que ela nos coloca.

Podemos pensar na pertinência da obra do psicanalista inglês Donald W. Winnicott (1896-1971) para o momento atual de nossa pesquisa: segundo Loparic (2001), Winnicott, ao contrário de Lacan, opera uma ruptura com o paradigma freudiano ao se defrontar com situações-problema nunca antes consideradas pelo pai da psicanálise. Ele questiona a validade do complexo de Édipo como sistema explicativo para todas as patologias do sujeito, colocando em xeque sobretudo o lugar da relação concreta entre o bebê e sua mãe (ou cuidador) como um ponto-cego para a psicanálise, que sabia muito bem teorizar as relações das crianças a partir dos quatro ou cinco anos de idade, explicando os problemas que se davam em anos anteriores como “regressão” da libido a configurações pré-edípicas. Antes do Édipo, só é possível falar da criança em termos de regressão e fixação?

Para Winnicott (Loparic, 2001), o paradigma freudiano não estava errado, mas mostrava-se insuficiente frente a um campo de problemas que se mostravam resistentes ao dispositivo psicanalítico mais “ortodoxo”. Em seus questionamentos sobre o início da vida do bebê, Winnicott se aproxima de Melanie Klein, mas é até aí que podemos tratá-los como similares: Winnicott criticava na autora sua tendência a repetir o modelo edípico na psique do bebê, descrevendo-o em termos de relações ternárias com objetos parciais fantasísticos, de certa forma compreendendo o aparelho psíquico como um teatrinho interno de objetos bons e maus. Winnicott é ambientalista em sua abordagem, pensando nas relações concretas e sobretudo duais entre o bebê e a mãe, que formariam um núcleo, na medida em que não existe um bebê sem uma

figura de cuidado externa que o mantenha vivo, e não há, ainda, a simbolização de um terceiro que diga a esse primeiro núcleo que ele, na verdade, não é um, mas dois.

Essa concepção do relacionamento dual inicial mãe-bebê permitiu a Winnicott chegar a uma formulação mais precisa do problema paradigmático que foi seu ponto de partida: as crianças estão sujeitas, no início, a ansiedades que não devem ser concebidas como produtos de supostas forças e mecanismos mentais inatos, mas como consequências da ação de um fator externo, a primitiva falha da mãe em fornecer um ambiente suficientemente bom. (Loparic, 2001, pp. 40-41)

É no contexto da segunda guerra mundial que Winnicott tem a oportunidade de testar suas hipóteses, ao observar a quebra de continuidade nos relacionamentos de família burguesas e ao trabalhar em conjunto com assistentes sociais britânicos no alojamento de crianças órfãs em abrigos no interior do país. Em *Privação e delinquência* (Winnicott, 2012) o autor observa que, ao contrário do que se poderia imaginar, crianças que saíram de um lar estruturado tinham mais condições de responder ao contexto de separação dos núcleos familiares com resiliência, tolerando melhor as perdas do momento, enquanto crianças abandonadas, deixadas sob a responsabilidade do Estado desde antes da guerra e consideradas “delinquentes”, suportavam menos os reveses enfrentados e tendiam a responder ao cuidado ofertado com agressividade. O que se coloca aqui como fator necessário para a construção de uma confiabilidade no ambiente é que, enquanto bebê, o sujeito tenha podido contar com a *previsibilidade* do ambiente inicial (Kloutau & Salem, 2009), que dessa forma teria garantido a continuidade das condições necessárias para o sustento daquele pequeno ser. Os cuidados iniciais oferecidos pela mãe-ambiente são o “fundamento da capacidade futura de confiar” (Kloutau & Salem, 2009, p. 38).

Winnicott teoriza sobre uma “tendência antissocial” dessas crianças abandonadas a partir do valor de incômodo que seus sintomas portavam: passavam a

desafiar autoridades, regras, limites impostos por pessoas ou instituições, apresentar comportamentos de risco para si ou para o outro, etc. Tais condutas eram compreendidas por Winnicott (2012) como uma estratégia para se defenderem da imprevisibilidade do ambiente, que consistia em testar se o ambiente atual é capaz de dar conta da agressividade que nele elas depositam; em outras palavras, testam se esse ambiente irá responder da mesma forma que o seu ambiente de desenvolvimento original (relação mãe-bebê) respondeu, ou se ele sustenta que elas possam existir em toda a sua carga afetiva sem retaliá-las, sem revidar na mesma moeda, sem responder à agressividade com mais agressividade.

E por que para essas crianças o mundo se configurava como um lugar tão hostil? Segundo Winnicott (2012), porque as primeiras experiências de confiança e sustentação do mundo foram de alguma forma deficitárias. Houve, na vivência do núcleo mãe-bebê, algum tipo de privação (em seu sentido concreto, biopsicossocial) que desconfigurou esse ambiente como suficientemente bom. O conceito de suficiência, para Winnicott, diz de uma relação de adaptação do mundo ao bebê: não de um mundo que responda a todas as suas necessidades de forma apressada, antes mesmo que uma hiância que possa ser vivida como falta seja criada, mas tampouco de um mundo que deixa de oferecer as condições necessárias para que esse bebê se desenvolva e confie nos espaços a sua volta. Se já nesse momento o mundo é sentido como um ambiente ameaçador, deficitário, é compreensível pensar que essa marca será carregada para as relações futuras do sujeito, uma marca criada sem o referenciamento do bebê ao complexo de Édipo, anterior a ele, ainda que não o ignore. Conforme nos conta Loparic (2001, p. 48), Winnicott “acredita que os sofrimentos realmente mais graves são aqueles que derivam das necessidades não atendidas, que se originam da necessidade de ser”, anteriores às necessidades referidas à sexualidade infantil.

Como observou o psicanalista [Winnicott] em sua prática clínica, se exposta a graus intensos de excitação ou imprevisibilidade, a criança é

obrigada a abrir mão de sua interferência ativa e criativa sobre o meio, constituindo defesas que recomponham a experiência de segurança e de familiaridade que, inicialmente, são-lhes cuidadosamente oferecidas pela mãe-ambiente. (Kloutau & Salem, 2009, p. 39)

O paradigma do que poderíamos chamar de uma psicanálise “winnicottiana” passa a ser o que Loparic (2001) denomina de “bebê-no-colo-da-mãe”; junto com ele há também a reorientação no escopo teórico da obra de Winnicott do estatuto do homem: aqui o autor se aproxima da fenomenologia-existencial e descreve um modelo ontológico análogo, segundo Loparic (2001), ao *ser-para-a-morte* heideggeriano, questão que não abordaremos no presente texto pelo perigo de nos desviarmos de nosso recorte. O que nos importa aqui é: em termos metodológicos, o que essa ruptura impõe à psicanálise no que toca à sua técnica? Em outras palavras, qual a terapêutica que o paradigma winnicottiano propõe para responder à situação-problema que deflagrou a crise? Respondendo sem delongas, Winnicott modifica o dispositivo psicanalítico “ao admitir a transferência, no *setting* clínico, da relação de dependência à mãe” (Loparic, 2012, p. 48).

Torna-se relevante, aqui, o estatuto que o conceito de confiança adquire, não só como conceito metapsicológico, mas como operador clínico para a psicanálise (Kloutau & Salem, 2009). Estamos falando da possibilidade de construção de uma terapêutica para os que não se adequam aos protocolos tradicionais, aos “casos difíceis” ou situações-limite experimentadas na clínica, aqueles “momentos de uma análise refratários ao método clássico de tratamento dos conflitos edipianos” (Kloutau & Salem, 2009, p. 45), que demandam um remanejamento da técnica. Ora, essas formulações não vão de encontro com o que se rotula nas UBS e demais serviços de saúde mental da RAPS como “usuários que não aderem ao tratamento”? Não queremos criar aqui uma equivalência entre os casos que não encontram lugar nos tratamentos oferecidos na Atenção Básica com as tendências anti-sociais, mas há de se considerar que algo nos permite aproximá-las: a maneira como esses casos demandam do terapeuta que

ele saia da sua posição de reserva, da abstinência que se coloca como condição para a livre associação por parte do paciente. Considerar essas formulações winnicottianas permite-nos aqui a reorientação do dispositivo psicanalítico no sentido de criar um lugar no qual, com alguma sorte, pessoas como o menino portador de doenças crônicas utilizado de exemplo no primeiro capítulo possam criar uma relação de confiança.

Pessoas que colocam na relação com o outro suas “tendências anti-sociais” são consideradas como candidatos pouco adequados para um tratamento que se reporte ao dispositivo tradicional da psicanálise, entendendo que elas são pouco capazes de respeitar “as dimensões do espaço clínico no que contém de autorização e interdição” (Figueiredo, 2008b, p. 117), pois trazem justamente como marca para a relação com o outro a transgressão. Winnicott (2012, p. 139) postula que “o tratamento da tendência anti-social não é psicanálise”, ou seja, não a psicanálise como tradicionalmente entendida, mas “outra coisa” (Winnicott, 1962, p. 170 *apud* Figueiredo, 2008b, p. 107). E o que seria essa outra coisa?

Figueiredo (2008b) fala em análise modificada, que podemos entender como algo que se reporta ao campo das psicoterapias explorado por Zygoris (2011) e que comporta, no *setting*, a relação mãe-bebê, como trazido por Winnicott (2012): isso diz da possibilidade de estabelecimento de um *holding* no processo analítico; em outras palavras, uma regressão, na transferência, à condição de dependência que o ambiente falhou inicialmente em sustentar (regressão compreendida aqui nos termos winnicottianos, e não freudianos de fixação da libido em um estágio anterior do desenvolvimento psicosssexual). Conforme nos conta Klautau & Salem (2009, p. 47), Winnicott “vê na regressão a possibilidade de o paciente reviver, por meio da situação de dependência, as falhas de adaptação sofridas nos primeiros momentos da vida”.

Reorientar o dispositivo psicanalítico para que ele comporte uma repetição desse ambiente que faltou com o sujeito demanda do analista uma implicação e um investimento a partir de seu ser não considerado pela regra da abstinência: oferecer ao sujeito um ambiente em que ele possa atacar o *setting* e a própria figura do terapeuta, sem que seja atacado de volta, demanda a invasão de uma série de relações

imaginárias na transferência, mas por que considerar tal manejo não-psicanalítico se ele se coloca como a uma única maneira daquela pessoa ser escutada, ou seja, nos casos dos pacientes difíceis, será que não é necessário que eles possam antes experimentar essas relações imaginárias não invasivas para que a partir disso qualquer outra coisa que possa ser chamada de analítica possa ser constituída? A questão do endereçamento de demandas de amor ao analista não se exclui, mas dada a singularidade desses casos, a confiança do paciente e a confiabilidade do analista se colocam talvez até mais fundamentais que a regra da livre associação, uma vez que são condições para que ela posteriormente possa se dar.

Nesses casos, o que estava em jogo não eram as resistências inconscientes ao tratamento, tampouco um ataque ao analista. A questão recaía sobre necessidades específicas que precisavam ser atendidas para que o analista passasse a funcionar como um ambiente confiável. (Klautau & Salem, 2009, p. 50)

A regressão em transferência requer a implicação do ambiente, que nesse caso se configura como o *setting*, estando nele considerada a pessoa do analista como parte integrante. Por pessoa o que se marca aqui é que o analista não está lá presente enquanto função, mas essencialmente enquanto alguém capaz de operar trocas simbólicas em nome da construção de um ambiente de confiabilidade e de sustentação desse lugar para a pessoa. Para Figueiredo (2008b), a análise modificada consiste nessa construção de um espaço onde possam se tecer jogos dialéticos, ou, em outras palavras, o analista ensina o paciente a brincar (o ensino aqui tem uma conotação pouco pedagógica, mais relacionada à transmissão de experiências). A confiança torna-se o eixo da estratégia do psicanalista na clínica não-tradicional.

Quando se consideram as necessidades do paciente regredido como o foco das intervenções, o analista é por vezes instado a abandonar o

recuo estratégico que lhe permite estar atento ao discurso do paciente de modo “flutuante” e colocar-se mais na cena analítica, fazendo do holding e da adaptação empática recursos privilegiados para a instauração do sentimento de confiança. Em vez de interpretação dos desejos recalçados do paciente, o que está em questão na área da experiência viva é o reconhecimento e a nomeação do sofrimento. Isso exige uma mudança na qualidade da presença do analista. (Kloutau & Salem, 2009, p. 50)

Talvez o que o paradigma winnicottiano traz em termos de subversão do dispositivo psicanalítico seja difícil de compreender apenas em termos teóricos. A título de transmissão do que essa experiência significa na prática clínica, trago aqui o recorte de um caso acompanhado por mim no contexto de atuação na Atenção Básica, no qual de saída foi-se colocada a necessidade de invenção de um *setting* nada tradicional, e, mais do que isso, da progressiva construção de uma confiança no terapeuta por parte da acompanhada que demandou muito investimento e implicação do terapeuta na constituição de um dispositivo menos ortodoxo, mas suficientemente bom e, talvez, o único possível para esse caso.

2.2. Um caso de andanças

O caso que narrarei a seguir diz do acompanhamento terapêutico de uma jovem negra de 15 anos que marcou a minha passagem pela Atenção Básica com as andanças pelo território e os atendimentos na calçada de sua casa. A conheci no meu primeiro dia de trabalho na UBS, ainda inseguro com o sentimento de “primeiro dia de aula” que me acompanhava ao ter que arranjar um armário para colocar minhas coisas e não ficar parado no corredor para não atravancar o caminho dos que iam para lá e para cá e sabiam o que estavam fazendo naquele espaço. Avisto caras conhecidas ao topar com trabalhadoras do CAPSij e do CAPS AD de referência da região, presentes na UBS para visita domiciliar a uma dessas famílias difíceis das quais os trabalhadores

do postinho não aguentam mais ouvir falar, e que por sua vez insistem em não dar continuidade a um acompanhamento no CAPS para exigir o cuidado territorial que o SUS tanto promete. Trata-se, aqui, de uma etilista crônica que mora com a mãe e suas duas filhas adolescentes, três gerações de mulheres que ou são conhecidas por já terem “dado muito trabalho” ou pela promessa de que ainda vão dar. Não à toa, o cuidado desta família nos últimos anos foi assumido de frente pelos residentes que passaram pela UBS.

Do alto da minha felicidade em arranjar uma atividade “da saúde mental” para me enfiar, lá vou eu de acompanhante para a visita, que marca o meu primeiro encontro com essa jovem que aqui chamarei de Marta, por ser uma excelente jogadora de futebol. Marta era acompanhada pela residente que me precedeu, uma terapeuta ocupacional que semanalmente a atendia no formato de um acompanhamento terapêutico. Desde a saída desta, é observado pelos profissionais uma piora de Marta, que fica mais deprimida e passa períodos cada vez maiores no quarto; ela nunca foi ao CAPSij, apesar dos convites, sendo acompanhada via matriciamento e visitas pontuais. Conosco ela chora quando pressionada a falar como se sente e nos diz que “está tudo muito difícil”; no início daquele ano tinha ganhado uma bolsa para treinar com o time júnior da Ponte Preta, mas segundo ela abandonou por não ter dinheiro para pagar as passagens de ônibus, chegando a ir poucas vezes. A profissional do CAPSij me apresenta a ela e, sem que parta de Marta, pactua que eu darei continuidade aos atendimentos interrompidos, no mesmo formato e frequência. Para fazer essa demanda um pouco minha, a única coisa que digo à jovem é que acabei de chegar naquele serviço, que precisava conhecer o território e que, portanto, atendê-la seria interessante para mim por me permitir me familiarizar com o bairro. Ela aceita, ou ao menos verbaliza um “combinado”.

Nosso primeiro atendimento acontece nas andanças pelos bairros adjacentes a sua casa, a partir do qual vou conhecendo um pouco de sua história. Depois deste, começamos um jogo de gato e rato no qual por semanas ela recusa me receber na porta, mandando recados através da mãe de que não está afim de me ver, intercalando

até o final do processo essa frequência muito singular de procuras e recusas, dentro da qual atendimentos bastante significativos vão se desenhando. Acolho sua dinâmica, por ir entendendo que a minha persistência em estar na sua porta no dia e hora marcado fazem função de sustento de algo que ainda não sei bem o que é. Lembro-me de em uma ocasião a mãe ter insistido bastante para que ela me recebesse, e uma vez dado o constrangimento de ter que dizer não para o “doutor” em sua porta, insiste com a filha: resolutas em suas posições, as duas brigam aos berros, e ouço risadas de Marta, como se ela estivesse se divertindo com a insistência da mãe, como quem finalmente consegue arrancar uns olhares desta. Em um desses episódios, peço à mãe que diga a ela que se ela não quiser o atendimento, tudo bem, é só ela ir me dizer isso frente a frente: ela nunca disse, sempre que saía ao portão, a contragosto ou não, instantaneamente um atendimento começava a se desenrolar.

Marta conta ser o fruto de um relacionamento que durou pouco, seu pai mora na mesma cidade, mas em um bairro distante, e passa com ele alguns finais de semana. A mãe teve um segundo casamento do qual nasceu sua irmã mais nova, e que marca sua derrocada no uso abusivo de álcool e outras drogas: ela assiste o segundo marido ser assassinado a tiros e, a partir de então, parece viver constantemente em um estado de luto mal resolvido. Os papéis se invertem e Marta vira a mãe da mãe: a jovem carrega consigo um grande senso de responsabilidade pela família. Ao longo dos atendimentos, vou entendendo que ela - na verdade - recebe pensão alimentícia do pai, mas que escolhe usar o dinheiro para contribuir com as contas da casa, economizando uma parte para construir um cômodo adjacente e realizar o desejo da irmã de ter um quarto só para si. Não raramente, ela saía em busca da mãe pelo bairro quando esta se encontrava em situação de uso intenso de substâncias, me contando de situações nas quais já se colocou em conflito com traficantes da região para defender a mãe. Ensaia algumas estratégias de manejo como tentar beber junto com ela para que esta faça uso dentro de casa (me conta como desenvolveu um método para beber pouco enquanto acompanha a mãe), evitando que ela saia e se coloque em risco, mas suas tentativas não são suficientes para dar conta do desejo materno.

O primeiro atendimento é o único em que ela aceita entrar na UBS; após a caminhada a convido para um jogo de Uno, não me lembro por qual motivo, talvez porque sentia que para um atendimento fosse possível eu precisaria antes ganhar a confiança daquela adolescente emburrada. Apesar da desconfiança, ela confessa a mim que antes costumava se cortar para sentir alívio, estratégia a qual não recorria há um tempo. “Você sabia que eu também me corto?”, pergunto a ela. Pela primeira vez ela me olha de frente, surpresa. Mostro a ela as tatuagens nos meus braços e digo que não deixam de ser cicatrizes na minha pele; ela começa a dizer do seu desejo de fazer várias tatuagens. Algum tempo depois, com uma relação já constituída, ela me conta de um fim de semana que passou no pai, com ele se sentiu no lugar de quem era cuidada e não de quem cuidava, mas recebeu uma ligação da sua avó na qual esta dizia da falta que Marta fazia em casa. Ela me dá diversos exemplos de como deixa de fazer coisas para si e se sacrifica para garantir o amor da família materna, contando como depois desse episódio seu desejo de se cortar voltou; faço alusão ao atendimento do qual eu digo dos meus cortes e dessa vez Marta opera um corte por meio da palavra, não me deixa terminar meu raciocínio e rapidamente interpõe: “Eu quero muito fazer uma tatuagem, quero fazer o nome da minha mãe aqui...”, não a deixo terminar e devolvo o corte: “Nossa, mas até a tatuagem você faz pra sua mãe?”. Dessa forma mutilamos um discurso. Como primeira demanda endereçada ao acompanhamento ela diz: “Eu não consigo dizer ‘eu te amo’ para a minha mãe!”.

Em muitos dos atendimentos seguintes ela se recusa a me receber ou pouco diz, justificando sua falta de interesse com uma insônia que não a larga. Percebo uma certa impaciência da minha parte, e nesse meio tempo sou cobrado por profissionais do CAPSij, que pouco sabiam do desenrolar do processo terapêutico, que me diziam que “um residente não deveria assumir casos graves”. Tento resolver as duas situações marcando um atendimento de avaliação psiquiátrica por videochamada, no qual eu acompanharia Marta presencialmente. Mais uma vez ela verbalmente concorda. No atendimento anterior ao prometido com a psiquiatra, ela se cansa de conversar comigo e pela primeira vez pede para brincar: mostra um pedaço de

barbante com o qual propõe que joguemos “cama de gato” (assim eu conhecia o jogo, ela não dá nenhum nome a ele), uma intrincada séries de passes do barbante dos dedos de um jogador a outro, demandando cooperação e sincronia da dupla. Meu desempenho é sofrível, e a jogadora parece se deliciar com a falta que aponta no terapeuta. Ela ri como nunca a tinha visto fazer. Na sessão seguinte, não a encontro em casa para o atendimento compartilhado, a mãe me comunica que ela entrou no carro com alguns colegas e foi para um festival de pipas não muito longe dali. Considero, assim, ter provado meu ponto para o CAPSij e nem eu, nem Marta voltamos a tocar no assunto da consulta.

Dali em diante, um complicador se coloca em nosso jogo de gato e rato: Marta começa a demandar minha atenção por mensagens de texto, coincidentemente sempre em horários de descanso, como um sábado à noite, ou uma bela quinta-feira de madrugada. Ela endereça angústias ligadas ao seu relacionamento, a como alguém armou para que a namorada achasse que ela estava a traindo, como tentou suicídio com os comprimidos de Sertralina da mãe, como se sente deprimida, etc. Algumas vezes nem mesmo chega a fazer demanda, gritando apenas pelo meu nome com os caracteres: “Gabrielllllll”. Fico com o impasse de saber se a respondo ou não nessas situações, entendendo ali uma demanda de amor direcionada ao terapeuta. Marta, assim como algumas pessoas que atendi nesse período, jogavam na minha cara a impossibilidade de que eu pudesse ser terapeuta como eu achava que um terapeuta deveria ser.

Na véspera de seu aniversário, a mãe desaparece por uma noite e, pela manhã, Marta recebe uma ligação da delegacia: a mãe havia sido estuprada e precisava que alguém a buscasse. Curiosamente, nessa ocasião não é por Marta que a mãe chama, ela dá o telefone do ex-marido vivo, porém este não sabe o que fazer, por não ser próximo da família, e dá o telefone de Marta para que ela seja o contato “responsável”. A mãe, posteriormente, faz a jovem prometer que não contará sobre o estupro para o pai, forçando-a a narrar a história de um assalto. Ela me conta nessa ocasião como teve a oportunidade de ir atrás da mãe, mas não foi; de forma mais direta devolvo a ela

como suas estratégias de cuidado são burras, por colocar duas pessoas em risco, ao invés de salvar uma. “Eu poderia ter sido estuprada, né?”, ela me pergunta.

A convidado para algo que há muito tempo sentia que queria fazer, mas que nunca tinha sustentado com ela: um atendimento de referência com os pais para devolutiva do processo terapêutico. Marta estava tão acostumada a ser a adulta da relação que eu também tinha me esquecido que alguém ocupava aquele lugar, ainda que de forma capenga, para ela. Para minha surpresa, ela fica animada com a proposta, e me pergunta se o pai também poderia participar. A única demanda que ela me faz é para que eu a tirasse do armário perante o pai, contando de seu desejo sexual exclusivo por mulheres. A mãe não sustenta o nosso pedido de participação naquele espaço, de modo que a jovem aparece acompanhada apenas do pai.

Não a tiro do armário, mas, conhecendo seu pai, entendo um pouco da sua forma de se colocar no mundo: ele é um homem bastante opinativo, com facilidade para colocar para o outro as suas ideias, mas disposto a tentar ouvir o que Marta tem para dizer. Ele domina o espaço com suas palavras e nos conta sobre como começou a morar sozinho aos 14 anos, dando um sermão sobre responsabilidade e perseverança. Brinco com Marta como ela já teve ter ouvido esse discurso várias vezes. Devolvo a eles minha impressão de que um adolescente precisa de espaço para poder “causar”, e que já era muito difícil para uma jovem ter de garantir que a mãe não se auto destrua, sem encontrar na casa do pai algum respiro de suas obrigações.

O que eu não faço por ela, sua mãe atua. Em um momento de embriaguez conta ao pai de Marta que ela é lésbica, tornando a relação entre ela e o pai mais difícil daí pra frente. Ela deixa cada vez mais de jogar futebol com os amigos do bairro e passa longos períodos no quarto jogando no celular. Em um dos atendimentos, após um bom período sem caminhar, apenas conversando na calçada de sua casa, ela me leva ao campinho de terra, onde encontramos muitos meninos se organizando para iniciar uma partida. Ela é convidada a participar, mas não vai. A provoco nesse sentido, mas ela devolve que só irá se eu jogar também. Sinto um pedido legítimo de brincar junto em sua voz, não uma devolutiva da provocação. Mais uma vez sou lançado por ela às

minhas próprias faltas, não consigo assumir para ela minhas duas pernas esquerdas de menino que corria das aulas de educação física e acho uma justificativa, que não convence a ninguém, nas minhas roupas, desculpando-me por não estar vestido para uma partida de futebol.

Ela retoma suas atividades, não a encontro por várias semanas em casa, com a mãe me contando que ela havia saído para brincar com os amigos. Nesse meio tempo, ela retoma na relação comigo a saudades da antiga terapeuta, se perguntando por onde ela anda e me contando como costumavam fazer passeios pelo centro da cidade e pelo parque do taquaral, uma vez inclusive para acompanharem, as duas, a mãe de Marta ao CAPS AD. Com os parques fechados por conta da pandemia de COVID-19, construo com ela os planos de uma visita ao CAPSij para usar o espaço deles de ambiência.

Na manhã da visita, com o transporte do CAPSij em sua porta, a mãe novamente de emissária da filha justifica que ela não pode ir, pois está com muita cólica. Insisto em que ela mesma venha me dizer que não irá cumprir com o combinado, até que ela se apresenta. Combinamos uma administração de remédio junto com soro, no espaço do CAPSij, para ajudar com suas cólicas. A mãe, excessivamente preocupada, questiona: “mas ela não pode ir, ela só come da minha comida!”. Prometo estarmos de volta para o almoço. No CAPSij, Marta se mostra confortável, ganha um *tour* pelo prédio e o prometido soro, sustenta bem uma relação direta com os profissionais de lá, sem intermediação minha o tempo todo. Brincamos de totó, jogo no qual eu a venço de lavada, com habilidades que eu nem mesmo sabia que tinha, sentindo que o jogo serviu como uma espécie de resposta para o seu convite ao futebol. Sem nada marcado, ficamos com a promessa de fazer mais visitas como aquela.

Após períodos de frequência constante, seguem-se as ausências, até que ela novamente me procura por mensagem para desabafar: teve um relação sexual heterossexual há cerca de dois meses e recentemente experimentava dores na região pélvica, apavorada de que um fato pudesse estar relacionado ao outro. Dessa vez me

disponho a atendê-la no dia seguinte na condição que ela vá até a UBS, colocando um período inteiro a sua disposição. Ela não vai e tampouco responde minha mensagem para saber como está. A atendo apenas na semana seguinte, no qual ela começa me contando que tinha ficado muito nervosa por ter dado o dinheiro para que a família pagasse o plano de internet, o que não fizeram, e que ela descontou sua raiva quebrando o próprio celular e machucando a mão. Ela não pensa em questionar a família ou se perguntar sobre o destino do dinheiro, conta que vai vender a bicicleta, que passou vários meses encostada por estar quebrada, e da qual reclamava sistematicamente que tinha pedido que o pai consertasse, mas este nunca o fez. Finalmente o pai o faz, e ela pensa em vendê-la para pagar o conserto da tela. Questiono se o celular funcionaria ainda quebrado, ao que ela diz que sim, mas não sobra outra opção a não ser consertar por medo da bronca que sabe que vai levar do pai. Traz mais intensamente, como vinha trazendo há alguns atendimentos, o ciúmes que sente da irmã, privilegiada pela mãe com afeto e recursos materiais: “ela já vai dar outro celular pra minha irmã, que não faz nada, só fica na rua. Eu fico em casa, ajudo com as coisas e sabe o que eu ganhei? Dez reais! Eu sempre fico sem nada”. Decido intervir de forma mais insistente na transferência com uma interpretação: devolvo a ela como para além de uma mãe que não a dá, há seu próprio movimento de dar aos outros o que é seu, sustentando-se nesse lugar cristão do sacrifício e contribuindo para o “nada” que ganha; ela pouco retira da minha intervenção, bastante mobilizada em denunciar os desvios da mãe e da irmã, mas me confessa que já estava de olho em celular novo. Resolvo compartilhar com ela uma história pessoal, digo de certa ocasião na qual eu mesmo, com muita vontade de comprar um celular novo, mas sem motivo algum, pois o que eu tinha era recente e funcionava muito bem, muito convenientemente perdi meu celular na rua, não me deixando escolha a não ser comprar o celular novo. Pergunto a ela se seu rompante não pode ter algo semelhante com minha história, mas ela nega.

Sinto-a, na reta final de nosso processo juntos (dado o final da minha residência) como alguém que está muito afim de falar mal da própria mãe, de denunciar sua falta

de amor e a preferência pela irmã, posição muito menos sofrível do que a de então, de quem não podia questionar o edifício familiar por medo de desabamento (a casa em que vivem de fato está entregue à defesa civil por risco de vir abaixo); chega a ser inclusive louvável vê-la com ganas de segurar as marretas, para martelar um pouco aos outros e não apenas a si; a parte que lhe cabe nisso tudo talvez venha a aparecer com o tempo e o investimento adequado de desejo, visto que nunca, ao longo do processo inteiro, ela deu o primeiro passo em procurar o terapeuta, salvo os contatos por mensagens, que eram mais desabafos que endereçamentos de alguma demanda.

O lugar do residente como profissional que convida a uma relação terapêutica me é incômodo por permitir que através da minha prática muito se construa sem que eu possa dar seguimento a estar com essas pessoas. Um dos meus supervisores, frente a contextos similares em que essas angústias se expressavam, por mim ou por meus colegas, costumava sempre nos devolver que é válido que o paciente tenha podido experimentar posições diferentes nas suas relações, e que isso não se perde, ainda que na sequência voltem a repetir suas tragédias sem muita possibilidade de solução ou de acompanhamento por uma rede cheia de buracos. Gostaria que suas palavras fossem suficientes para me trazer algum conforto, mas a verdade é que gostaria de ter as condições para continuar a brincar com essa exímia jogadora em suas partidas.

2.3. Ainda podemos chamar de psicanálise?

O que este pequeno recorte de uma psicanálise na Atenção Básica nos traz é a necessidade do terapeuta em, dependendo do contexto, garantir na transferência uma forma de *holding* para o paciente. Isso implica, dentre outras coisas, sobreviver aos ataques direcionados ao dispositivo, sustentando, como no exemplo de Marta, que há um atendimento mesmo quando ela não se dirige a ele, operando com seu jogo de presença-ausência um *setting* no qual ela possa experimentar ir embora, sabendo que o que está lá ainda vai estar quando ela voltar, que seu ato agressivo não significa uma

destruição do *setting*, tampouco motivo para uma retaliação (nunca, ao longo do acompanhamento cobrei da acompanhada ou dei um “puxão de orelha” por causa de seus movimentos transferenciais). O exercício de retornar à relação terapêutica, por sua vez, não se deu sem o investimento do ser do terapeuta: o pouco dar-se-a-ver de um homem adulto, branco e de classe média (que por mais que intencionalmente não coloque seus significantes na relação terapêutica, não pode não trazer consigo essas marcas, uma vez que são visíveis), no caso do acompanhamento de uma adolescente negra, LGBTQIA+ e moradora da periferia fazia muito pouco a função de liga na construção de uma confiança no dispositivo oferecido. Dito de outra forma, a confiança a ser conquistada demandava uma postura de confiabilidade de minha parte, que só pôde ser sustentada a partir do meu investimento e implicação na cena, como no compartilhamento de histórias e significantes pessoais (meus próprios cortes, por exemplo), ou na autorização em comunicações por canais de mensagem eletrônicos, demonstrando preocupação com os conteúdos por lá trazidos em um fino jogo de sustentação de um tempo de latência nas respostas, mas nunca uma recusa em responder.

Todas essas condições entram em choque com as orientações mais tradicionais quanto aos perigos da produção de relações imaginárias a partir das respostas às demandas de amor endereçadas ao terapeuta pelo paciente, mas na medida em que essas demandas não fossem nunca respondidas, qualquer outra coisa teria sido insustentável, já que, provavelmente, um atendimento nem mesmo seria possível.

A ilusão de completude com o terapeuta é ainda uma possibilidade colocada na transferência, mas, considerando-se que após um período de meses foi possível operar uma histerização do discurso (Quinet, 1991), na qual Marta passa a colocar pela via da palavra seu sofrimento, localizando-o no outro, podemos pensar como menos iatrogênica a implicação operada do que o pretense ascetismo do analista.

Figueiredo (2008a) aponta como as teorizações winnicottianas servem de base para pensar a posição do analista como uma posição ética de sustentação de um jogo dialético de implicação e reserva, ou seja, poder brincar com essas posições, ora

fazendo-se de morto no campo de batalha das relações imaginárias (Checchia, 2012) como uma presença reservada, ora colocando-se na relação com o seu ser como uma presença implicada, manejando essas polaridades sem nunca operar cristalizações dessas posições na transferência. Conceber o dispositivo dessa forma não significa “superar” a abstinência do analista, visto que os impasses aos quais sua formulação responde são sempre relevantes em uma psicanálise, mas sim colocá-lo a serviço da constituição de um “*espaço potencial* de trabalho” (Figueiredo, 2008a, p. 47), respeitando o contexto *daquela* psicanálise que se faz presente.

Podemos pensar que a mudança de paradigma na orientação da técnica utilizada na constituição do dispositivo psicanalítico, em alguns casos (e quando estes demandam), nos permite falar de uma mudança na política da psicanálise, tal como pensada por Lacan como falta-a-ser, para uma política do *vir-a-ser*?

Essa não é uma pergunta que pretendemos responder, mas, de todo modo, podemos pensar que o que orienta a tática e a estratégia do psicanalista, seu manejo entre a dialética da implicação e da reserva, é o que Zygouris (2011, p. 25) chama de “pensamento clínico”. Para ela, é menos importante responder se o que acontece entre um paciente e um analista é uma psicoterapia ou uma psicanálise (ou, nas palavras de Winnicott, entre uma psicanálise e *outra coisa*), dado que, segundo ela, nem sempre toda psicoterapia é uma psicanálise, mas toda psicanálise é uma psicoterapia, e é no caldo complexo das psicoterapias que se encontram as psicanálises mais complicadas, que demandam de nós a oxigenação de nossos saberes.

Não deixamos de ser analistas por fazermos “outra coisa” em certas condições. Ao contrário, se impuséssemos nestas ocasiões a análise padrão, aí sim, não estaríamos “trabalhando como analistas”. No entanto, é por sermos analistas *well versed* nas técnicas da análise padrão que podemos fazer “outra coisa” que não a análise padrão nos casos em que ela não é recomendada ou é mesmo impossível. (Figueiredo, 2008b, p. 110)

CONCLUSÃO

A inauguração do campo psicanalítico por Freud na virada do século XIX para o século XX instaura no laço social a invenção de um dispositivo de fala totalmente novo. Até então, a experiência de procurar um médico para falar livremente dos seus problemas, pensamentos mais banais e fantasias secretas era uma prática totalmente estranha, avessa aos códigos sociais da época (por que não herética?) e pouco esclarecida para o público geral em termos de terapêutica: “No que vai me ajudar com as minhas cólicas constantes falar dos meus problemas familiares?”. A verdade é que é lícito afirmarmos que no cenário de hoje, mais de um século depois, essa constatação ainda se sustenta. A psicanálise participou dos discursos sociais sobre saúde, educação e os mais variados campos da arte, embrenhando-se na cultura ocidental de forma a redefiní-la, de forma que podemos afirmar que depois de Freud o mundo nunca mais foi o mesmo. Mas, em termos de terapêutica, quem se beneficiou dessas revoluções? Que o fato de a psicanálise ter-se constituído como um saber circunscrito em um tempo e lugar históricos, da burguesia europeia, não se traduz em uma limitação de que ela só tem a dizer e ouvir desse contexto, é um fato explorado ao longo de toda a presente pesquisa. Assim como os demais elementos da cultura, também a psicanálise em diversos momentos se reviu e reposicionou em relação ao social, mas isso não elimina a preocupação de que os usos do dispositivo psicanalítico sustente a reprodução de violências simbólicas ao impor um saber (o do terapeuta) sobre outro (o do paciente), especialmente quando esses saberes se reportam a experiências de classe, gênero e raça distintas e as noções de saúde-doença que elas comportam.

Os elementos constituintes do dispositivo psicanalítico — a regra da livre associação, a transferência, a interpretação e o *setting* — foram pensados por Freud, como vimos, na tentativa de separar a psicanálise dos tratamentos por sugestão, degenerando a prática clínica em um exercício de poder. As contribuições mais

valiosas de Freud, portanto, bem como as de pós-freudianos consagrados no cânone psicanalítico, como Lacan, definem a psicanálise pela sua negativa, ou seja, pelo que ela não deve ser. As definições mais positivas, a orientação sobre o uso de alguns elementos, como por exemplo aqueles que compõem o *setting* (o tempo da sessão, a duração do tratamento, o pagamento, o ambiente no qual os atendimentos se desenrolam), esses mais atravessados por códigos sociais circunscritos, muitas vezes foram tomados no imaginário social como os verdadeiros elementos definidores da psicanálise: estamos falando aqui do tratamento no qual o paciente se deita no divã, do psicanalista que fica quieto e só se comunica por murmúrios ou enigmas, da ideia de passar anos falando de como papai e mamãe são as fontes de nosso sofrimento, todas essas são representações correntes que dizem pouco do que uma psicanálise pode ser.

Tais condições ainda se configuram como um problema, no entanto, por impregnar não apenas as fantasias de leigos, mas dos próprios profissionais que se autorizam em sua prática clínica a partir da psicanálise: contaminados, oferecem um *setting* rígido do qual a pessoa que procura ajuda pouco pode participar de sua constituição — atendimentos individuais em consultório, uma vez por semana, com duração entre 30 e 50 minutos; ou fazem de suas intervenções uma *performance* do que se entende como um psicanalista. A regra da abstinência, de que o profissional não deve se colocar na situação clínica, mantendo uma reserva para e sobre si, apesar de bem sustentada teoricamente quanto aos perigos de cair em um tratamento por influência, cria a noção iatrogênica de que a busca ativa não cabe no dispositivo psicanalítico, ou seja, é a pessoa que deve chegar ao consultório e, caso ela não chegue (ou não sustente sua permanência), há o perigo ainda maior de que o julgamento moral se faça ouvir, culpabilizando a pessoa que “não quer ajuda” ou “não está preparada” para se escutar, e, portanto, “não adere ao tratamento”. De fato, não defendemos aqui que a psicanálise seja para todo mundo, ela é apenas um dos dispositivos possíveis nos quais as pessoas podem encontrar sentido para o endereçamento de seu sofrimento, mas tampouco essa linha de argumentação pode

ser usada para sustentar que, então, a psicanálise é para poucos, oferecendo condições rígidas e ortodoxas de atendimento que apresentam melhor circulação no repertório das classes médias. O conservadorismo em psicanálise é uma experiência de classe, mais do que um compromisso teórico.

Essa discussão ganha corpo ao falarmos da atuação com a psicanálise na saúde pública. O SUS é antes de tudo um projeto político de defesa da saúde enquanto direito, de desmercantilização do acesso a dispositivos de cuidado. Por que a psicanálise não pode encontrar lugar nessa lógica? A Atenção Básica, enquanto local privilegiado de cuidado da população, por estar mais próxima das casas das pessoas, tem a responsabilidade sanitária de oferecer assistência não apenas aqueles que procuram ativamente por ajuda, conseguindo formular um pedido a partir de já algum nível de elaboração de seus sofrimentos, mas também para aqueles sofrem sem demandar, e que apesar de não terem pedido, podem encontrar alguma forma de cuidado e pertencimento nos dispositivos que circulam pelas UBS. A psicanálise talvez não seja para esses casos, mas talvez seja. O que dá as condições para construção dessas pontes é a interrogação do dispositivo no sentido de contextualizá-lo em relação à lógica dos territórios. “Atendimentos” não necessariamente precisam de uma frequência definida, podem ser peripatéticos (Lancetti, 2008), e também prescindem de uma “salinha”, contanto que garantam as condições necessárias para que aquela pessoa possa construir uma relação de confiança. A confiança aqui adquire estatuto conceitual, principalmente a partir das contribuições winnicottianas. O caldo grosso da complexidade da vida embrenhada no território demanda do profissional a revisão de alguns elementos do dispositivo, como a sua implicação e os sentimentos que tal prática suscita em si, colocadas como operador clínico quando interrogamos o estatuto conceitual da contratransferência, permitindo ao profissional arriscar inserções da sua própria pessoa no dispositivo, contanto que operando com suas estratégias e táticas em nome da política da psicanálise, que, em última instância, coincide com a sua ética.

À guisa de conclusão, podemos pensar que operar ou teorizar com o campo da técnica em psicanálise só faz laço se a pensarmos subordinada a sua ética, questões

não totalmente respondidas no presente trabalho, mas que nos apontam para o contínuo exercício de interrogação do lugar da psicanálise no social, com tudo que isso comporta de impasses e dificuldades, mas também de encontros e de sustentação da diversidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexandre, L. M. & Romagnoli, R. C. (2017). Prática do psicólogo na Atenção Básica - SUS: conexões com a clínica no território. *Contextos clínicos*, 10(26), 284-299.

Barbato, W. (2015). *Para se fazer psicanalista* [arquivo de vídeo]. Recuperado de: <https://app.casadosaber.com.br/>.

Brasil. (1990). *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.* Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2006). *Política nacional de atenção básica.* Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2008). *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.* Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil. (2011). Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário oficial da União.

Brasil. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).* Brasília: Diário Oficial da União.

Broide, J. & Broide, E. E. (2015). *Psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções*. São Paulo: Escuta.

Calligaris, C. (2019). *Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos*. São Paulo: Planeta.

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

Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, 2. Ed.

Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*. v. 5, n. 1, p. 95-121.

Emerich, B. F.; Yasui, S.; & Barros, A. C. F. (2018). Apoio Matricial, formação e saúde mental: conversas necessárias para sustentar o SUS em tempos sombrios. In: Jorge, M. S. B.; Carvalho, M. R. R.; & Costa, L. S. P. (orgs). *Dispositivo do cuidado no contexto do matriciamento em saúde mental na atenção primária: articulações entre saberes e práticas*. Fortaleza: EdUECE.

Estevão, I. R. & Metzger, C. (2015). Acompanhamento terapêutico: tática, estratégia e política. *A Peste*, 7(2), 69-79.

Figueiredo, L. (2008a). Presença, implicação e reserva. In: L. Figueiredo & N Junior. (2008). *Ética e técnica em psicanálise*. São Paulo: Escuta.

Figueiredo, L. (2008b). Novas implicações sobre presença e reserva. In: L. Figueiredo & N Junior. (2008). *Ética e técnica em psicanálise*. São Paulo: Escuta.

Freud, S. (1900/1996). A interpretação dos sonhos. In: S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol IV e V*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1905/2016). Três ensaios sobre a sexualidade infantil. In: S. Freud. *Obras Completas volume 6*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1909/2016). Análise da fobia de um garoto de cinco anos. In: S. Freud. *Obras Completas volume 8*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1911/2010). O uso da interpretação dos sonhos na psicanálise. In: S. Freud. *Obras Completas volume 10*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1912a/2010). A dinâmica da transferência. In: S. Freud. *Obras Completas volume 10*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1912b/2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: S. Freud. *Obras Completas volume 10*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1913/2010). O início do tratamento. In: S. Freud. *Obras Completas volume 10*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1914/2010). Recordar, repetir e elaborar. In: S. Freud. *Obras Completas volume 10*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1915/2010). Observações sobre o amor de transferência. In: S. Freud. *Obras Completas volume 10*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1925/2014). *A negação*. São Paulo: Cosac Naify.

Freud, S. (1930/2010). O mal-estar na civilização. In: S. Freud. *Obras completas volume 18*. São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1940). *Compêndio de Psicanálise e outros escritos inacabados*. Belo Horizonte: Autêntica.

Green, A. (1979/2004). O silêncio do psicanalista. *Psychê*, 8(14), p. 13-38.

Klautau, P. & Salem, P. (2009). Dependência e construção da confiança: a clínica psicanalítica nos limites da interpretação. *Natureza Humana*, 11(2), p. 33-54.

Lacan, J. (1945/1991). O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In: J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.

Lacan, J. (1956-1957/1995). *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.

Lacan, J. (1958/1991). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.

Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.

Lancetti, A. (2015). *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec.

Loparic, Z. (2001). Esboço do paradigma winnicottiano. *Cadernos de história e filosofia da ciência*, 11(2), pp. 7-58.

Metzger, C. (2017). *Clínica do acompanhamento terapêutico e psicanálise*. São Paulo: Aller Editora.

Nasio, J. -D. (2001). *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Zahar.

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

Ribeiro, D. (2019). *Lugar de fala*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen.

Roudinesco, E. (2000). *Por que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar Ed.

Safatle, V. (2018). Introdução - Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. In: Safatle, V.; Silva Júnior, N. & Dunker, C. (orgs). *Patologias do Social: arqueologias do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Turriani, A.; Dunker, C.; Neto, F. K.; Lana, H.; Reis, M. L.; Beer, P.; Lima, R. A.; Bertanha, V. (2018). O caso clínico como caso social. In: Safatle, V.; Silva Júnior, N. & Dunker, C. (orgs). *Patologias do Social: arqueologias do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Winnicott, D. (2012). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.

World Health Organization. (1978). *Primary Health Care*. Genebra: WHO.

Zygouris, R. (2011). *Psicanálise e psicoterapia*. São Paulo: Via Lettera.