

PSICANÁLISE, INSTITUIÇÃO E LAÇO SOCIAL: O GRUPO COMO DISPOSITIVO¹

Moises Romanini
Adriane Roso

Resumo: A psicanálise tem encarado um desafio marcante nos dias atuais: seu estabelecimento nas instituições de saúde pública no Brasil. Esse ensaio objetiva estabelecer um diálogo entre psicanálise e instituição, propondo um exame teórico sobre algumas possibilidades de trabalho em grupo apoiados nesta perspectiva teórica. Nossa intenção não é levantar questões de método da clínica psicanalítica, mas promover novas reflexões que possam contribuir para a mudança desse campo de conhecimento. Tomando os Centros Atenção Psicossocial Álcool/ Drogas (CAPSad) como ponto de partida, nós desenvolvemos nossos argumentos. Primeiro, nós apresentamos alguns dos significados/valores da palavra instituição, associando-os ao texto “Mal-estar na civilização” (Freud) e à abordagem psicanalítica à toxicomania (adição a drogas). Após, nós introduzimos a noção de clínica ampliada com a intenção de articular a clínica psicanalítica à demanda institucional para o tratamento à toxicomania.

Palavras-chave: Psicanálise. Instituições de saúde. Grupos. Álcool. Drogas.

1 Agradecimentos: à CAPES, pelo apoio financeiro relativo à Bolsa de Mestrado CAPES/REUNI.

Introdução

A Psicanálise, enquanto um campo teórico e clínico, tem enfrentado um grande desafio na atualidade: a sua inserção em instituições públicas de saúde, enquanto modalidade de tratamento a contribuir com a terapêutica de organizações subjetivas, com evidente prejuízo adaptativo, tais como as adições, compulsões alimentares e psicoses. Considerando que cada instituição produz o seu próprio saber, de acordo com seus protagonistas, com a realidade sócio-histórica das pessoas que atende e do objetivo institucional, o trabalho desenvolvido se torna ainda mais complexo.

Nesse sentido, o fazer² deve ser uma construção singular que possibilite a emergência dos sujeitos envolvidos na instituição e de uma lógica discursiva que aponte para a alteridade, constituída a partir da linguagem, da família, da sociedade, enfim, todos os elementos do que Lacan denominou o Outro (Elia, 2006). Sustentar essa lógica, segundo Oliveira e Terzis (2010), é tarefa primordial da intervenção psicanalítica dentro das instituições.

Kaës (2002) nos mostra que a relação entre a psicanálise e a instituição foi, historicamente, determinada pelas transformações da instituição psiquiátrica, pela conceitualização de doença mental e pela emergência das psicoterapias, particularmente, a modalidade grupal. A corrente psicanalítica inspirou as práticas e pensamentos a propósito da instituição no contexto de duas correntes: da “psicoterapia institucional” e das aplicações da psicanálise às instituições assistenciais psiquiátricas. A partir de 1968, as pesquisas psicanalíticas se estenderam a outros tipos de instituições, porém atuando de maneira a trazer uma presença consultiva ou no contexto de uma supervisão e análise das relações de equipe.

Dentre as preocupações teóricas da psicanálise em instituições encontram-se, em especial, as de cunho grupal, sendo importante ressaltar que essas não estão circunscritas aos aspectos metodológicos, como bem salientou Hur (2007): a psicanálise de grupos e instituições não é meramente uma psicanálise aplicada aos grupos ou ao social, pois ao refletir e

2 Aqui se torna necessário enfatizar de que fazer estamos falando. Embora este artigo tome como referência autores que falam do saber e do fazer da psicanálise, e use os termos psicanálise e psicanalistas, ele foi construído a partir das experiências do primeiro autor no estágio curricular em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas, na disciplina de Mestrado “Psicanálise e Instituição”, bem como das reflexões produzidas no Grupo de Pesquisa “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação” e nas supervisões acadêmicas de estágio curricular do curso de graduação em Psicologia, cuja proposta era “Estágio em Psicologia Clínica (Ampliada)”. Portanto, falamos de um fazer dos psicólogos que trabalham com uma orientação psicanalítica.

intervir nessas realidades, acaba por gerar novas reflexões que contribuem e alteram esse campo do conhecimento.

Nesse artigo, temos como objetivo estabelecer uma articulação entre psicanálise e instituição, propondo uma reflexão teórica sobre as possibilidades de trabalho com grupos nas instituições a partir de alguns princípios psicanalíticos. Ou seja, acreditamos que continuar as pesquisas sobre instituições e dispositivos grupais é uma necessidade no âmbito público. Como afirmou Sigal (1989), a atuação fora do *setting* tradicional do consultório, a inserção institucional e o vínculo com os trabalhos em grupo são algumas das dificuldades encontradas pela Psicanálise, e, conseqüentemente, são questões que precisam ser investidas e pesquisadas.

A instituição, no âmbito da saúde mental, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, converteu-se em um espaço coletivo aberto e interativo, investindo no fortalecimento do laço social dos usuários (Dassoler & Silva, 2011). Tradicionalmente, uma das objeções feitas à participação da psicanálise nesse cenário institucional é a sua dificuldade em compartilhar com outros profissionais as qualidades dos fenômenos psíquicos. Nessa direção, urge como desafio à clínica psicanalítica a sua inserção nesses contextos, preservando, por um lado, os princípios da atenção psicossocial (o acolhimento, a convivência, o cuidado, por exemplo) e indagando, por outro, a “pertinência de distinguir o indivíduo – portador de direitos civis – da noção de sujeito formulada pela psicanálise” (Dassoler & Silva, 2011, p. 23).

O presente artigo foi estruturado em três partes distintas, mas complementares. No primeiro momento, apresenta-se alguns significados da palavra instituição e do valor social atribuído a ela no decorrer da história. Articulamos então esses significados com o texto “O mal-estar na civilização” de Freud, tendo em vista a problematização da relação entre indivíduo e civilização, e entre psicanálise e instituição. No segundo momento, então, direcionamos a discussão para uma instituição específica: o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Associado ao papel do CAPSad, apresenta-se uma aproximação teórica da psicanálise à toxicomania para, num terceiro momento, propor o trabalho em grupo com toxicômanos como um dispositivo possível de trabalho nas instituições, salvaguardando os princípios fundamentais e o rigor ético da psicanálise. Com isso, pretendeu-se evidenciar que psicanálise e instituição podem estabelecer uma articulação profícua a partir das diferenças, de modo a não se pretender a diluição das especificidades de cada campo.

Instituição e Psicanálise: notas sobre diferenças

O conceito de instituição é discutido em diferentes correntes teóricas, não somente no campo da sociologia, mas na antropologia, ciências políticas e filosofia. Dentro das próprias correntes esse conceito tem sido empregado de maneiras distintas. Não pretendendo aqui esgotar essa discussão, tomamos como ponto de partida a concepção de Gregório Barenblitt, que de forma concisa define que

as instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser pausas, regularidades de comportamentos. (Barenblitt, 1992, p. 27)

As instituições enquanto composições lógicas são instâncias de saber que buscam o tempo todo recompor as relações sociais e organizar/ordenar espaços (Pereira, 2007). Com os objetivos de recompor, organizar e ordenar, as instituições e seus respectivos estabelecimentos capturam os processos de subjetivação singulares, “impondo-lhes seu próprio modelo através da centralidade do poder, do saber, do dinheiro, do prestígio, da disseminação da culpa” (Pereira, 2007, pp. 7-8).

Os significados atribuídos ao conceito de instituição deixam claro, portanto, o seu papel de agente regulador e normativo de aspectos relativos à vida social. Ela institui normas, regras e códigos de conduta, estabelecendo os limites entre o que é normal (a média) e o que é desviante, patológico. As instituições, enquanto institutos ou organizações (seja qual for o seu caráter – social, educacional, religioso, etc.), foram historicamente estabelecidas para “corrigir” e isolar os indivíduos considerados “anormais”: os leprosários, que por muito tempo serviram não somente para proteger a sociedade dos leprosos, mas dos loucos, criminosos e um amplo espectro de pessoas não enquadradas às normas sociais; os hospícios, para os loucos; os presídios, para os criminosos (Foucault, 2004; Goffman, 1974).

Enfim, poderíamos aqui citar uma infinidade de instituições criadas na história da humanidade que preservam a lógica classificatória com fins de exclusão. Entretanto, as instituições também foram constituídas na tentativa de diminuir o estado de desamparo, inerente à condição humana. Nesse sentido, “espera-se que as instituições criem estruturas razoáveis de apoio para apaziguar as sensações de caos absoluto e destrutividade das relações” (Pereira, 2007, p. 8). Também não se pode reduzir a instituição a algo conservador, desprovida de movimentos contrários, já que se encontra em seu bojo movimentos instituintes, seu “germe transformador”, o desejo (Pereira, 2007).

Às instituições, então, como podemos ver, é atribuído um valor social fundamental, visto que são elas que se encarregam das pessoas e

grupos sociais que produzem mal-estar à sociedade. Pode-se dizer, dessa forma, que as instituições representam o conflito da civilização³ com os diversos mal-estares que surgiram no decorrer da história. Na verdade, elas se propõem a acabar com esse conflito, criando dispositivos de controle (as regras, as normas, entre outros) e “tratamento” (isolamento, choque-elétrico, etc.) que visam em seu horizonte a dissolução/cura para o mal-estar ou a exclusão dos intratáveis. Em relação à ordem preconizada pela sociedade e por suas instituições, Freud (1930/1974) destaca que “os benefícios da ordem são incontestáveis. Ela capacita os homens a utilizarem o espaço e o tempo para seu melhor proveito, conservando ao mesmo tempo as forças psíquicas deles” (p. 100).

Nesse sentido, as ideias de Freud apresentadas no texto *O mal-estar na civilização* são de grande valia para pensarmos sobre o tema. Além disso, esse texto nos fornece elementos para iniciar uma reflexão sobre as relações entre Psicanálise e Instituição, considerando que a Psicanálise foi inicialmente proposta como um arcabouço teórico-clínico que também pretendia a cura para o mal-estar, ainda que não sob os auspícios do silenciamento do mal-estar, mas, ao contrário, um tratamento que se estabelece ao dar voz e lugar ao estranho, ao caos que desconcerta as normas de convivência social.

Em *O mal-estar na civilização* (1930/1974), Freud aponta que o termo “civilização” descreve a soma integral das realizações e regulamentos que distinguem nossas vidas das de nossos antepassados e que servem a dois intuitos: o de proteger os seres humanos contra a natureza e o de ajustar seus relacionamentos mútuos. Todavia, ele também constata o equilíbrio precário que mantém o ser humano em uma civilização destinada a protegê-lo. Ou seja, pelo fato de restringir as pulsões sexuais e agressivas dos indivíduos com o objetivo de manter a coesão da sociedade, a civilização entra em conflito com seus membros tomados individualmente que, caso se revoltem, podem destruí-la.

Os discursos forjados por Freud sobre a subjetividade no campo da civilização foram, portanto, “comentários críticos sobre a inscrição do sujeito na modernidade” (Birman, 2005, p. 123). No início do seu percurso teórico, Freud acreditou na harmonia possível entre os registros do sujeito e do social e que a Psicanálise poderia oferecer uma resposta resolutiva ao mal-estar na civilização. Entretanto, em 1932, ele coloca a harmonia em questão, evidenciando a problemática do desamparo e a desarmonia

3 Freud entende civilização como “tudo aquilo em que a vida humana se elevou acima de sua condição animal e difere da vida dos animais... Inclui todo o conhecimento e a capacidade que o homem adquiriu com o fim de controlar as forças da natureza e extrair a riqueza desta para a satisfação das necessidades humanas; ... inclui todos os regulamentos necessários para ajustar as relações dos homens uns com outros e, especialmente, a distribuição da riqueza disponível” (Freud, 1930/1974, p. 16).

inerente aos laços sociais do sujeito, considerando a incidência da pulsão de morte. Como o conflito não poderia mais ser curável pela clínica psicanalítica, entendendo a cura como silêncio/ausência da pulsão de morte, nesse segundo momento Freud sugere que seria necessária

uma espécie de gestão interminável e infinita do conflito pelo sujeito, de forma tal que este não poderia jamais se deslocar de sua posição originária de *desamparo*. Nesse deslocamento crucial, dos registros da terapêutica possível para o da gestão, pode-se vislumbrar que o discurso freudiano assume uma perspectiva ética e política sobre o conflito. (Birman, 2005, p. 129)

Com o conceito de pulsão de morte, na 2ª teoria das pulsões de Freud, torna-se impossível uma harmonia entre os registros conflitivos da pulsão e da civilização. Isso porque a vida seria algo a ser conquistado e não mais um valor originário do indivíduo. A partir de uma concepção mortalista e antivitalista de Freud, o conflito interminável entre pulsão de vida e a pulsão de morte torna a homeostasia uma ideia impossível. Com esse deslocamento teórico, pode-se dizer que a Psicanálise foi colocada à prova do social (Birman, 2005). Mais do que isso, fala-se numa crise da Psicanálise, caracterizada por alguns aspectos: restrição a uma perspectiva individualista, já que perdeu suas dimensões ética e política apontadas por Freud; assunção de uma perspectiva normativa, considerando que as novas condições do mal-estar na modernidade levaram a psicanálise a adotar tal perspectiva; ela perde a posição estratégica que ocupava no campo dos saberes sobre o psíquico, sendo paulatinamente substituída pela psiquiatria biológica, pelas neurociências e modelos advindos do cognitivismo – que fascinam pela promessa de cura do mal-estar, ideia essa considerada inviável pela Psicanálise (Birman, 2005).

Atualmente, as instituições de saúde mental e de tratamento para a dependência química, por exemplo, trabalham a partir de uma norma que estabeleça o que é a saúde/doença mental e o que é a dependência química, propondo tratamentos que trazem consigo a promessa de cura de tais patologias (encontramos exemplos disso nos manuais diagnósticos e nos livros que propõem modelos de tratamento para a dependência química). Essas instituições, pensadas a partir do movimento da reforma psiquiátrica, trabalham com uma noção de sujeito geralmente atrelada ao discurso da cidadania (o sujeito, na maioria das vezes, é entendido como uma pessoa única, cuja individualidade deve ser resgatada e respeitada), acentuando o objetivo central de possibilitar a reinserção desses sujeitos, como cidadãos, na sociedade (Rinaldi, 2006).

Os profissionais de saúde, então, respondem a uma lógica de saúde pautada por preceitos universais de qualidade de vida e de reinserção social. A concepção de sujeito na instituição é, portanto, uma concepção universalista que, com objetivo de organizar, ordenar e extrair o sintoma

que gera mal-estar, acaba por capturar modos de subjetivação singulares (Pereira, 2007). É nesse contexto, caracterizado de um lado pela estrutura estável da instituição cujo objetivo é apaziguar e mesmo excluir as sensações de caos e destrutividade, pautada na concepção (universal) do sujeito como cidadão, e de outro lado pela própria “crise da Psicanálise” (Birman, 2005) que a Psicanálise, entendida ao mesmo tempo como uma metapsicologia e uma prática de intervenção psíquica, ingressa nas instituições de saúde mental.

Dentro dessas instituições, contudo, os psicanalistas são convocados a formalizar, de alguma maneira, os efeitos dessa experiência com a psicanálise. Porém, como “formalizar” essas intervenções que são pautadas na concepção de sujeito do inconsciente e que não é recoberto pelas noções de indivíduo ou de cidadão propostos pela instituição? Que sujeito é esse?

O sujeito do inconsciente, circunscrito à categoria do Outro na teoria psicanalítica, conforme Elia (2006), não é, em si mesmo, pobre ou rico, branco ou negro, tampouco – e aí que se situa talvez o ponto mais escandaloso da descoberta freudiana –, homem ou mulher. É em sua relação com a alteridade que o sujeito vai sexual-se, definir-se homem ou mulher, e definir também seus demais atributos.

Além da noção distinta da categoria de sujeito, o psicanalista encontra nessas instituições a demanda pela necessidade ou a promessa de cura, baseados num cuidado e, até mesmo, numa educação a respeito do “transtorno”, visando sempre restabelecer um estado de saúde e de bem-estar. Nessa perspectiva, destacam-se os significantes cuidar, tratar e curar que estão associados ao significado *Therapeia*, terapia, psicoterapia. Sabe-se, porém, que Freud criticou a ambição de educar, curar e de querer o bem do “paciente” à revelia do que o terapeuta entende por “bem”, pois isso “impossibilita a emergência do desejo inconsciente e, portanto, do sujeito na sua diferença” (Rinaldi, 2006, p. 145), condição essencial à assunção de um “estar bem”.

Nessa direção, a promessa de cura das psicoterapias em consonância com a demanda das instituições de saúde exige uma técnica que deva guiar o indivíduo no tratamento. A técnica, por sua vez, pressupõe que seus métodos e regras sejam aplicados a todos, o que não ocorre na proposta de um tratamento psicanalítico. Distintamente, com a psicanálise não há tratamento *standard*, não há um protocolo geral que reja o indivíduo num tratamento psicanalítico (Barros, 2003). Longe de poder ser reduzida a um protocolo técnico, a experiência com a psicanálise tem apenas uma regularidade: a da originalidade do cenário individual através do qual se manifesta a singularidade subjetiva. Portanto, a psicanálise não é uma técnica (tais quais as demais ciências), mas sim um discurso regido por princípios que encorajam cada um a produzir sua singularidade, sua exceção.

Dessa forma, a intervenção analítica difere claramente da intervenção médica, social, psicológica e de qualquer outra devido à especificidade de sua direção ao sujeito do inconsciente. Para tal, é necessário manter o rigor ético da psicanálise, no sentido do lugar ocupado pelo analista, lugar que se dirige à ordenação do circuito pulsional e suas vicissitudes.

Entendemos, portanto, que é a ética da psicanálise, cujo motor é o desejo, que possibilita indicar a direção do tratamento (Delgado, 2008). Essa relação entre a ética da psicanálise e o desejo é delineada através das afirmações de Freud e Lacan, nas quais o sujeito do inconsciente é caracterizado por um atravessamento de uma falta estruturante, a castração. Tal falta é o que articula o desejo e suporta o movimento desejante.

Nessa direção, conforme nos indica Delgado (2008),

Ao sustentarmos a efetividade do discurso analítico numa instituição como o CAPS, indicamos que a verdade, que é a castração, só pode ser a do sujeito, e é sempre não-toda, está referida ao saber do inconsciente. Desta forma, o desejo do analista, enquanto desejo de saber – diferente de desejo de curar – faz com que o analista se recuse em ocupar o lugar do Outro, do discurso do mestre, e possibilite o encontro do sujeito com seu desejo. (p. 60)

As diferentes concepções de sujeito implicam, dessa maneira, em posições distintas de desejo: o desejo de curar e o desejo de saber. Esses desejos evidenciam, respectivamente, o discurso do mestre e o discurso do analista. A instituição, portadora do discurso do mestre e do desejo de curar, equivale a “busca pela felicidade” (Freud, 1930/1974) à evitação do sofrimento: a ordem preconizada por ela tem como objetivo curar o sofrimento, agindo sobre os comportamentos inadequados, ou patológicos. A psicanálise, por sua vez, portadora do discurso do analista e do desejo de saber, opera com as demandas pulsionais. Ao propor uma clínica que inclua o circuito pulsional, a psicanálise equivale a felicidade à satisfação das pulsões.

E, nesse sentido, a lógica da cidadania, através da qual se pretende “dar voz” àqueles que foram excluídos do convívio social, reafirma-se por meio do *discurso do mestre* (Lacan, 1969-190/1992), “na medida em que se parte de um modelo preestabelecido a partir de um saber apriorístico e universal sobre o que é bom para o sujeito” (Rinaldi, 2006, p. 145). Portanto, o *discurso do mestre* encarnado nas intervenções dos demais profissionais de uma instituição, baseado em um saber prévio de caráter normatizador – a ordem – (o que não deve ser concebido de maneira negativa, trata-se apenas de uma outra forma de discurso e de prática, de paradigmas distintos), impõe ao analista o desafio de sustentar uma clínica baseada no *discurso do analista* (Lacan, 1969-190/1992), não preocupado com a ordenação do caos e do mal-estar, a partir de índices pre-

viamente estabelecidos, mas abrindo espaço e sustentando o tratamento na singularidade de cada sujeito, em que a ele cabe inventar os elementos que podem oferecer algum destino – uma ordem – ao caos.

Assim, vemos que num primeiro momento a instituição, representante da ordem simbólica e, por isso, caracterizada pela positividade de instituir algo através de normas e regras, mostra-se avessa à Psicanálise, que tem na associação livre sustentada na transferência um convite à operação com o inusitado, o inesperado do mal-estar como um elemento necessário à composição da vida de um sujeito.

A Psicanálise no CAPSad: possíveis pontos de encontro entre psicanálise e instituição?

Destacados alguns elementos importantes (como as diferentes concepções de sujeito, posições discursivas e de desejo) à reflexão da não relação entre psicanálise e instituição, poderíamos pensar que elas são excludentes. Ou seja, haveria uma impossibilidade da Psicanálise se inserir nas instituições de saúde, visto que elas concebem e propõem o tratamento aos sujeitos em sofrimento psíquico de maneiras muito distintas. Entretanto, constata-se a crescente presença de psicanalistas nesses serviços (Delgado, 2008; Abreu, 2008), o que evidencia a necessidade de estabelecer uma relação entre psicanálise e instituição. E, mais especificamente, a psicanálise na instituição.

Com o intuito de refletir sobre essa inserção, tomamos como referência de instituição os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS). Trata-se de um serviço substitutivo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e representa, hoje, uma das instituições às quais são endereçadas as pessoas que sofrem com a toxicomania, segundo ponto desta reflexão. Dentro dos CAPSad observa-se a preponderância de atividades terapêuticas grupais. Nesse sentido, faz-se mister analisar o grupo como dispositivo de tratamento pautado nos saberes da psicanálise, podendo se configurar num ponto de encontro entre psicanálise e instituição. Começemos pelos Centros de Atenção Psicossocial.

As primeiras intervenções do governo brasileiro com relação à atenção ao usuário de drogas datam no início do século XX e foram constituídas pela criação de um aparato jurídico-institucional (Machado & Miranda, 2007). Esse aparato estabelecia, através de uma série de leis e decretos, o controle do uso e do comércio de drogas e a preservação da segurança e da saúde pública no país, prevendo penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social. Em 2003, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e reconheceu que houve um atraso histórico do Sistema Único de Saúde no enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e ou-

tras drogas. A atual política adota uma abordagem não mais comprometida com o controle e a repressão, mas sim com a redução dos danos e dos prejuízos.

Através de sua Política de Atenção Integral, o Ministério da Saúde “assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública” (Brasil, 2004, p. 9). O projeto propôs a criação de uma rede de atenção integral do Sistema Único de Saúde (SUS), que envolve ações de prevenção, promoção e proteção à saúde; a construção de malhas assistenciais formadas por dispositivos especializados (os Centros de Atenção Psicossocial álcool/drogas – CAPSad) e não especializados (unidades básicas, programas de saúde familiar e hospitais em geral), bem como o estabelecimento de ações intersetoriais (Machado & Miranda, 2007).

O dispositivo do CAPS, fazendo um uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, oferece atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando: prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; oferecer cuidados personalizados; oferecer atendimento em diversas modalidades (intensivo, semi-intensivo e não intensivo); oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial para os usuários que necessitem de tais cuidados; oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; promover, mediante diversas ações, a reinserção social dos usuários, utilizando recursos intersetoriais; entre outros (Brasil, 2004).

Percebe-se, portanto, que o CAPS trabalha com uma concepção de sujeito enquanto cidadão, portador de direitos e, por isso, aposta-se numa perspectiva de humanização do serviço prestado. O Centro de Atenção Psicossocial apresenta, no mínimo, três discursos: o psicológico, o social e o médico – que, apesar das diferenças, unificam-se na direção clínica da cura pela via da adaptação ao social, da saúde física como distanciamento pleno dos fatores intoxicantes, em que sobressaem os elementos vinculados a uma adesão ao universal. São discursos que se distinguem do discurso e do paradigma psicanalítico. Neles, a toxicomania é concebida a partir do viés biomédico-curativo, sendo denominada de dependência química (Associação Americana de Psiquiatria, 2000) – o foco é na substância, na droga que deve ser retirada da cena do sujeito, diferente do *modus operandi* da psicanálise que faz, justamente, a inclusão da droga na tecitura subjetiva do sujeito.

O uso de drogas, seguindo o pensamento freudiano em “O mal-estar na civilização”, seria uma das possíveis saídas para o alívio da angústia, provocadas pelas renúncias a serem realizadas pelos sujeitos em benefício da vida na civilização.

O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar

permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio desse “amortecedor de preocupações”, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade (Freud, 1930/1974, p. 86).

Ao pensar que, com a ajuda dessas substâncias, é possível subtrair-se a qualquer momento da pressão da realidade e refugiar-se em um mundo próprio, Freud reconhece possíveis benefícios no uso de drogas desde que seu uso seja socialmente controlado, e não como uma prática que se opõe ao social. Nessa perspectiva, o uso de drogas ocupava uma posição fixa na economia libidinal nas cerimônias rituais de diversos povos primitivos e, atualmente, em certas formas de consumo de álcool consideradas “sociais”; tais como festas e comemorações em geral, o que constitui um cenário distinto do que ocorre nas adições.

Com efeito, é justamente “essa propriedade dos intoxicantes que determina seu perigo e sua capacidade de causar danos” (Freud, 1930/1974, p. 86). É quando a relação com as drogas passa a ser vivida com total independência, opondo-se ao social de uma forma radical. Na verdade, o que impulsiona a passagem do uso para o abuso de drogas é a condição subjetiva do sujeito, indicativa, também, de um rompimento com o laço social.

Segundo Freud (1930/1974), a intoxicação via drogas é um método interessante, grosseiro e eficaz de evitar a dor, usado contra o sofrimento que pode advir dos relacionamentos humanos. Como uma defesa, a droga serve para manter-se à distância de outras pessoas. Com o auxílio da droga, ou de um “amortecedor de preocupações”, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio.

Aqui se torna necessário ressaltar que o simples fato de consumir drogas não constitui uma toxicomania. “O tóxico não é a droga”, diz Le Poulichet (1990, p. 80). O que pode fazer da droga um tóxico é o lugar que ela (a droga) assume na relação com o Outro. O que marca, então, a toxicomania é a tentativa de constituição de uma relação dual com a droga, eliminando qualquer terceiro da mesma.

A toxicomania, como uma relação intensa e exclusiva com a droga, é proposta por Le Poulichet (1990) como uma condição em que a droga sobrepõe-se ao próprio sujeito. Como consequência, na toxicomania, há a exclusão do Outro⁴ e de seus recortes pulsionais. Sendo assim, a toxico-

4 Encontramos uma referência sobre o Outro, no Seminário XI de Jacques Lacan. A noção de um Outro está intimamente ligada às duas outras operações de constituição do sujeito: a alienação e a separação. Con-

mania pode ser entendida como uma tentativa de realizar um ideal narcísico de autossuficiência, excluindo o outro como parceiro possível para a satisfação pulsional.

Na perspectiva psicanalítica lacaniana, a toxicomania contempla

sujeitos que sofrem por não conseguirem assumir sua dependência em relação, nem aos significantes que determinam suas histórias (sua relação com o Outro), nem a seus semelhantes (os outros), com quem poderiam construir relações capazes de sustentar uma posição subjetiva. (Ribeiro, 2003, p. 16)

Dessa forma, a condução ideal do tratamento seria o do deslocamento da fixidez da relação com a droga para um lugar onde o exercício do seu desejo não se encontre fixado em um único objeto degradante. Ou seja, um outro saber fazer com o corpo, que não “substitui” necessariamente essa relação inicial, mas que implica o sujeito a estabelecer outras formas de relação e a constituir-se enquanto um sujeito desejante, podendo fazer outras coisas com o seu corpo.

Assim, podemos pensar que a ameaça está em “apostar todas as fichas” (economia libidinal) em um único objeto (as drogas). Como disse Freud (1930/1974)

Qualquer escolha levada a um extremo condena o indivíduo a ser exposto a perigos, que surgem caso uma técnica de viver, escolhida como exclusiva, se mostre inadequada. Assim como o negociante cauteloso evita empregar todo seu capital num só negócio, assim também, talvez, a sabedoria popular nos aconselhe a não buscar a totalidade de nossa satisfação numa só aspiração. (p. 103)

Conte (2003), ao abordar o tratamento das toxicomanias, abstém-se de falar do ideal de cura (abstinência total), buscando a plasticidade subjetiva como direcionamento terapêutico, no sentido de achar uma saída na relação de extrema dependência e alienação em que o sujeito se encontra em relação à droga. Entretanto, o que fazer se a instituição (CAPad) na qual o psicanalista está inserido toma a abstinência ou a problematização do uso como indicadores de cura? Como operar com os princípios psicanalíticos para o tratamento (pulsão, transferência, inconsciente, repetição) no tratamento de toxicômanos nos CAPSad?

forme Müller-Granzotto (2008), em ambas operações “trata-se de descrever o advento do sujeito enquanto duplo efeito de “falta” gerado pela sobreposição de dois campos distintos: o campo do ser (ou das pulsões parciais) e o campo do significante (em que propriamente encontramos a teoria lacaniana do grande Outro)” (p. 7). Ver Lacan (1979) e Müller-Granzotto (2008).

Costa (2006) sugere a criação de dispositivos de tratamento baseados em uma noção de clínica ampliada, sem perder de vista a posição teórica e clínica do psicanalista. Por clínica ampliada entende-se

um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Este desafio de lidar com os usuários enquanto Sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior for a necessidade de participação e adesão do Sujeito no seu projeto terapêutico. (Brasil, 2007, p. 3)

Nesse sentido, a construção do conceito e da prática de uma clínica ampliada nasce também das dificuldades que os profissionais de saúde têm em propor terapêuticas às chamadas patologias do real, como é o caso da toxicomania, que são configurações marcadas pela desinserção social. Essa “desinserção social” evidencia uma condição de não resposta à ordem civilizatória, representada pelo ordenamento das instituições, e/ou aos prescritores universais que devem regular a saúde, pautadas na concepção de sujeito “cidadão”. A psicanálise, então, tanto é beneficiada como pode beneficiar a construção dessa clínica ampliada dentro das instituições, propondo um resgate da singularidade dos sujeitos num contexto em que a primazia é dada ao social, social aqui entendido como universal.

Na tentativa de resgatar a noção singular de sujeito, não necessariamente excludente à noção de “sujeito cidadão”, significativos trabalhos já vêm sendo realizados discutindo a viabilidade da psicanálise em contextos institucionais, diferentes da criação original do método. Esses estudos apontam diversos dispositivos clínicos que são pertinentes à atuação da psicanálise nas instituições: o manejo das sessões por semana e horários (Figueiredo, 1997); a construção do caso clínico junto às equipes de saúde mental (Figueiredo, 2004); a clínica da recepção e a direção do tratamento pautada na clínica do sujeito (Fernandes & Freitas, 2009); a inclusão dos conceitos sintoma e ética na escuta do sujeito na clínica psicossocial (Dassoler & Silva, 2011); ou ainda entrevistas de passagem, intervindo no tempo de tratamento (Bueno & Pereira, 2002).

Contudo, outro dispositivo nos interessa neste artigo: o grupo. O grupo, via terapêutica privilegiada em instituições de saúde como os CAPSad, representa avanços nessa interlocução traçada entre psicanálise e instituição. Nessa via, a próxima seção apresentará o trabalho com grupo como um dos dispositivos da clínica ampliada em uma instituição, visando uma articulação entre a clínica psicanalítica e as demandas institucionais para o tratamento de toxicômanos.

Criando Dispositivos Clínicos: apontamentos teóricos iniciais

O trabalho em grupos, coordenado por psicanalistas e psicólogos que sustentam suas práticas em uma leitura a partir da psicanálise, associado à intervenção individual, tem sido considerado um dispositivo importante para se intervir nas especificidades relativas à constituição subjetiva dos toxicômanos e sua relação com o laço social. Ao considerar a toxicomania em relação ao laço social, Melman (1992) apresenta as toxicomanias como uma das respostas possíveis aos imperativos de consumo vigentes na busca de gozo, propondo-as como sintoma social, inscritas no discurso dominante.

Partindo das especificidades do laço social contemporâneo associado a algumas das questões apontadas anteriormente sobre a toxicomania, a intervenção grupal surge como um dispositivo eficaz de tratamento e como uma possibilidade de inserção da psicanálise nessas instituições.

O Grupo de Trabalho e Estudo das Manifestações Sociais Contemporâneo – Vindicas –, problematizando os dispositivos grupais, destaca dois tipos de trabalho em grupo: um, no qual a reflexão sobre o uso de drogas tem como objetivo configurar uma demanda a um tratamento psíquico; outro, como um dos dispositivos de tratamento propriamente dito (Grupo de Trabalho e Estudo das Manifestações Sociais Contemporâneo, 2002, 2003). Ambas as modalidades são interessantes, seja por se constituírem como ingresso para o trabalho analítico, seja como recurso à promoção de novas inserções do sujeito em relações de sociabilidade, perspectiva que se aproxima da do “sujeito cidadão” e do objetivo institucional da reinserção social.

Sabemos que nos grupos se entrecruzam laços transferenciais entre os participantes e entre eles e os coordenadores. Nessa perspectiva, o grupo fornece inúmeras possibilidades identificatórias necessárias ao longo de um tratamento, “confluindo numa escuta que auxilia o sujeito a se reorientar frente aos significantes que o representam no mundo” (Grupo de Trabalho e Estudo das Manifestações Sociais Contemporâneo, 2003, p. 28). Há, com isso, o convite ao restabelecimento de um circuito libidinal de trocas no dispositivo de pertença a um grupo, favorecido por relações de sociabilidade mediadas pelo simbólico.

Por outro lado, nos grupos em que o traço que os identifica está ligado à substância droga, há sempre o risco de uma equivalência entre aquilo que são e o que consomem, fazendo com que o sujeito se proteja na identidade calcada numa relação dual com a droga. Porém, a psicanálise destaca a oportunidade da passagem de momentos de identificações homogêneas onde o “ser drogado” e “saber sobre a droga” tomam conta da fala dos participantes, para, aos poucos, se depararem com as

singularidades da história de cada um, suas insuficiências, vazios e significações (Grupo de Trabalho e Estudo das Manifestações Sociais Contemporâneo, 2003). Ou seja, busca-se o estabelecimento de laços simbólicos na atividade grupal.

Precisamos lembrar que tais intervenções e direção do tratamento estão inseridas no campo da atenção psicossocial, no qual a dimensão social e/ou territorial são consideradas, ao mesmo tempo, pontos de partida e pano de fundo para toda e qualquer intervenção clínica (Delgado, 2008). A noção de território, na qual se busca articular os laços simbólicos, amplia-se “para além de uma definição de área geográfica e se sustenta como suporte de referências de toda ordem (culturais, históricas, etc.) na vida do sujeito” (p. 64). O dispositivo clínico do grupo constituído a partir de uma interlocução entre os campos psicossocial e psicanalítico pode, então, proporcionar um engendramento entre aspectos de natureza sócio-econômica-sanitária, relativos aos territórios existenciais dos sujeitos, e da lógica de uma clínica do desejo, abrindo caminhos nos territórios subjetivos.

A prática da psicanálise nos CAPSad, e em outras instituições, é nomeada como uma prática entre vários (Abreu, 2008). Uma clínica entre vários “é uma aposta no sujeito, na capacidade de produção de discurso, atrelada à posição da equipe que pode colaborar nesta direção” (p. 76). Para pensar a prática entre vários, Stevens (2003) nos indica quatro eixos norteadores: a desespecialização, a invenção, a formação e a transmissão. Com o intuito de contemplarmos os objetivos deste trabalho, nosso foco se restringe apenas aos dois primeiros eixos.

A desespecialização ou não especialização é tomada sobre dois planos: o plano do sintoma e o plano do trabalho técnico. Uma clínica na instituição pautada pela psicanálise não pode ser monossintomática, identificando o sujeito ao significante de seu sofrimento. A identificação à nomeação advinda do discurso científico (visto como uma especialização, na qual o especialista nomeia o sofrimento do sujeito), como é o caso das classificações diagnósticas do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM (Associação Americana de Psiquiatria, 2000), conduz à alienação e promove no sujeito uma tendência à repetição, pois ele pode atrelar-se aos ganhos secundários e não produzir um corte em sua cadeia para o surgimento de um novo significante. Por exemplo, um sujeito que frequenta o CAPSad e recebe o diagnóstico de dependência química pode identificar-se em absoluto com o significante “dependente químico” e, ao mesmo tempo, desresponsabilizar-se por seus desejos, visto que é portador de uma doença crônica e incurável.

Quanto ao plano do trabalho técnico, temos o afrouxamento dos lugares preestabelecidos nos diplomas universitários, pois o ato de cada um dos membros da equipe produz efeitos terapêuticos (Stevens, 2003). Nesse sentido,

muito mais que uma clínica multidisciplinar, interdisciplinar e até transdisciplinar, o funcionamento das relações entre os técnicos não se dá pelo diploma ou pelo saber que cada profissão carrega. Mas sim pelo saber construído a partir de cada sujeito que ali se trata. (Abreu, 2008, p. 77)

O segundo eixo, o da invenção, também é tomado sobre dois planos: o da invenção do sujeito sobre si mesmo e o da invenção na intervenção do analista. A invenção do sujeito sobre si mesmo diz respeito ao corte, ou aos possíveis cortes, que o sujeito pode efetuar com a intervenção do analista em sua cadeia significante, produzindo novos significados para sua existência. Um exemplo simples dessa invenção é quando, em um grupo, os sujeitos começam a se apresentar não mais como “dependentes químicos”, mas como o “João”, que gosta de futebol e que deseja conversar sobre o que o leu ontem no jornal. A invenção é justamente essa produção de novos significados, de novas maneiras que o sujeito encontra para falar de si e de sua história (Abreu, 2008). Ao acolher as invenções dos sujeitos, continua o autor, estamos ao mesmo tempo buscando constituir uma instituição diferente para cada sujeito, pois é a instituição que deve caber ao paciente e não este caber na instituição. Por isso, precisamos inventar uma nova instituição e novas intervenções que acolham as invenções dos sujeitos.

Portanto, as contribuições da psicanálise para o tratamento das toxicomanias nos parecem ser fundamentais dentro de um CAPSad, pois ambos estão preocupados com a reinserção dos sujeitos, ou seja, propondo um tratamento que possibilite aos sujeitos novas maneiras de se inserirem no laço social – e, por mais que tenhamos concepções distintas de sujeito, de desejo e de lugares discursivos, vemos a possibilidade de articular psicanálise e instituição, embora inicialmente pareçam ser excludentes. Contudo, se as estratégias de “reinserção social” propostas nesses serviços “não forem articuladas a partir da direção apontada pelo sujeito, podem tornar-se mecanismos adaptadores e empobrecedores do sujeito e de seus enigmas” (Delgado, 2008, p. 64).

O psicanalista não trata a dependência química, mas de um sujeito que sofre com a toxicomania, entendendo que este se subjetiva numa sociedade que tem no consumo um de seus máximos valores (Mance, 1998). Por isso, ao tratar de um sujeito que sofre com a toxicomania, convoca-se o paciente à fala, a verbalizar suas fissuras, seus medos, fragilidades, necessidades e sonhos, abrindo.

Privilegia-se, assim, “a palavra, pontuam-se atos falhos, recoloca-se o que o paciente diz desejar, auxilia-se no estabelecimento de limites e na sustentação dos projetos pessoais, sem descuidar os *actings outs* que, às vezes, insurgem-se como puro ato de violência” (Conte, 2003, p. 51). As dificuldades enfrentadas na clínica da toxicomania convocam o psicanalista a pensar os movimentos terapêuticos necessários nessa clínica e no

trabalho em instituições de maneira geral, a partir de um lugar de angústia e de não saber, a fim de ofertar outra experiência com o Outro, que convida ao investimento em outras formas de relação, em que o desejo predomine sobre o gozo mudo da droga.

Considerações Finais

Enquanto as instituições são criadas para curar ou excluir os sintomas provenientes do desamparo fundamental, como, por exemplo, o sintoma da toxicomania, a psicanálise concebe o sintoma como a forma possível ao sujeito de se inserir na realidade, isto é, operar com seu mal-estar estrutural, ainda que essa operação se constitua de modo precário ou mesmo autodestrutivo. Ou seja, a psicanálise considera o uso e/ou abuso da droga a partir da relação que o sujeito estabeleceu com esse objeto (droga), como uma via de subjetivação, e não apenas como um desvio às normativas sociais e biológicas. Contudo, a clínica psicanalítica associada à noção de clínica ampliada, através da criação de dispositivos de tratamento, é vista como um desafio e como uma possibilidade para os psicanalistas que trabalham em instituições de saúde, o que requer desses profissionais um “rigor ético” e uma postura clínico-política condizente com os princípios fundamentais da psicanálise.

Rinaldi (2006), nesse sentido, enfatiza que

Tal posição deriva de uma ética que se orienta não pelo bem, mas pelo desejo, e que se funda na aposta de que ali há um sujeito que poderá emergir como resultado de um trabalho clínico. Este trabalho deve ser sustentado dentro da instituição, não contra ela, nem apesar dela, mas procurando transmitir algo dessa dimensão do sujeito, sem a qual o discurso da cidadania corre o risco de reproduzir o modelo tutelar e excludente – nesse caso, do sujeito – que pretende combater. (p. 146)

Observa-se, em nossa experiência, através de conversas cotidianas e de encontros com profissionais da saúde, que em grande parte dos serviços públicos de saúde existe a ideia recorrente de que o tratamento psicanalítico não é aconselhado em casos de toxicomania, já que esses pacientes precisam de tratamento breve e urgente e não conseguem estabelecer uma relação transferencial. A ideia de tratamento breve basicamente se associa, nesses casos, à concepção de cura associada à abstinência.

Apesar das posições distintas quanto à direção do tratamento e, por vezes, contraditórias no que tange à abstinência, observa-se a presença crescente de psicanalistas nas instituições públicas de assistência à saúde mental (Rinaldi, 2006), indicando não somente uma ampliação no campo de trabalho, mas, também, um aumento crescente no interes-

se dos psicanalistas em trabalhar em instituições de saúde. Esse movimento produz um deslocamento do psicanalista do seu consultório privado para um espaço onde ele está entre muitos, tanto em uma equipe multidisciplinar quanto entre as diversas pessoas a quem se dirige o tratamento. A entrada de um novo “olhar” e de uma escuta diferenciada nas instituições provoca, no mínimo, a necessidade de rearranjo institucional.

O que se pretendeu evidenciar neste trabalho, portanto, é que de uma relação inicial mutuamente excludente entre psicanálise e instituição, podemos, através do uso do grupo como um dispositivo de tratamento pautado nos saberes da psicanálise, pensar numa relação na qual a psicanálise enriquece o trabalho nas instituições e estas, por sua vez, ao mesmo tempo em que questionam o saber da psicanálise, desafiam e estimulam os psicanalistas a criar novos dispositivos. Afinal, tanto a psicanálise quanto a instituição (como é o caso do CAPSad), preconizam a (re)inserção no laço social, ainda que por meios e princípios distintos.

Psychoanalyse, institution and social tie: the group as a device

Abstract: Psychoanalysis has been facing a remarkable challenge nowadays: its establishment in public health institutions in Brazil. This essay aims to establish a dialog between on psychoanalysis and institution, proposing a theoretical examination about some possibilities of group work supported by this theoretical perspective. Our intention is not to raises questions to the psychoanalytic clinic method, but to promote new reflections that may contribute to the change of this field of knowledge. Taking the Psychosocial Care Centers for alcohol and other drugs users (CAPSad) as point of departure we developed our reasons. First, we presented some of the meaning/value of the word institution, associating them to the text *Civilization and Its Discontents* (Freud) and to the psychoanalytic approach to the toxicomania (*drug addiction*). After, we introduced the notion of amplified clinic (*clínica ampliada*) with the intention to articulate the psychoanalytic clinic and the institutional demand for the toxicomania treatment.

Keywords: Psychoanalysis. Residential care institutions. Groups. Alcohol. Drugs.

Psicanalyse, institution et lien sociale: le groupe comme dispositif

Résumé: La psychanalyse a vu un remarquable défi d'aujourd'hui: sa création dans les institutions de santé publique au Brésil. Cet essai vise à établir un dialogue entre la psychanalyse et l'institution, en proposant une observation théorique sur certaines possibilités de travail en groupe appuyés sur cette perspective théorique. Notre intention n'est pas de soulever des questions de méthode de la clinique psychanalytique, mais de promouvoir des nouvelles réflexions qui puissent contribuer au changement dans ce domaine de connaissance. Prenant les Centres de Soins Psychosocial Alcool / Drogues (CAPSad) comme point de départ, nous développons nos arguments. Tout d'abord, nous présentons quelques-unes des significations / valeurs du mot institution, en liaison avec le texte *Malaise dans la civilisation* (Freud) et l'approche psychanalytique à la toxicomanie (addiction aux drogues). Après, nous avons introduit la notion de clinique élargie avec l'intention d'articuler la clinique psychanalytique à la demande institutionnelle pour le traitement à la toxicomanie.

Mots-clés: Psychanalyse. Institutions. Groupes. Alcool. Drogues.

Psicoanálisis, institución y vínculo social: el grupo como dispositivo

Resumen: El psicoanálisis se ha enfrentado a un desafío notable hoy en día: su establecimiento en las instituciones de salud pública en Brasil. Este ensayo tiene por objeto establecer un diálogo entre el psicoanálisis y la institución, proponiendo un examen teórico acerca de algunas posibilidades de trabajo en grupo con el apoyo de esta perspectiva teórica. Nuestra intención no es plantear preguntas al método clínico psicoanalítico, sino promover nuevas reflexiones que pueden contribuir al cambio de este campo del conocimiento. Tomando los Centros de Atención Psicosocial para usuarios de alcohol y otras drogas (CAPSad) como punto de partida hemos desarrollado nuestras razones. En primer lugar, presentamos algunos de los efectos/valor de la palabra institución, asociándolos con el texto "El malestar en la cultura" (Freud) y el enfoque psicoanalítico del consumo de drogas (drogadicción). Después, hemos introducido el concepto de clínica ampliada (Clínica Ampliada) con la intención de articular la clínica psicoanalítica con la demanda institucional para el tratamiento de toxicomanía.

Palabras clave: Psicoanálisis. Instituciones de salud. Grupos. Alcohol. Drogas.

Referências

- Abreu, D. N. (2008). A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1), 74-82.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a ed. rev.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Baremlitt, G. F. (1992). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos.
- Barros, R.R. (2003). Sem standart, mas não sem princípio. In A. Harari, M.H. Cardenas & F. Fruger (Orgs.), *Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano* (pp. 39-48). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Birman, J. (2005). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação* (5a ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto terapêutico singular* (2a ed., Série B, Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde & Coordenação Nacional DST/Aids. (2004). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (2a ed.). Brasília, DF: Autor.
- Bueno, D. S., & Pereira, M. E. C. (2002). Sobre a situação analítica: a experiência da psicoterapia psicanalítica no Hospital Universitário da Unicamp. *Revista Psicanalítica*, 15(157), 15-24.
- Conte, M. (2003). Necessidade–demanda–desejo: o tempo lógico na direção do tratamento nas toxicomanias. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 24, 41-60.
- Costa, A. (2006). Uma clínica aberta. In S. Alberti & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 155-165). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Dassoler, V. A., & Silva, G. M. (2011, abril). Psicanálise e CAPS: considerações teórico-clínicas. *Correio APPOA*, 21-30.
- Delgado, S. M. (2008). A dimensão ética da psicanálise na clínica da atenção psicossocial. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1), 58-66.

- Elia, L. (2006). Documento para a reunião sobre Diretrizes para uma Política Pública de Saúde Mental Infanto-Juvenil no Estado do Rio de Janeiro. In L. Elia, *Psicanálise e Saúde Mental* (Vol. 1, Todos os Escritos, seção I-Política). (Trabalho não publicado)
- Fernandes, A. H., & Freitas, L. A. de. (2009). Tempos de reforma psiquiátrica: a clínica da recepção e a direção do tratamento no hospital Juliano Moreira, de Salvador – Bahia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 97-109.
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público* (2a ed.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 75-86.
- Foucault, M. (2004). *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (L. M. P. Vassalo, trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Freud, S. (1974). O mal-estar na civilização. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930)
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Grupo de Trabalho e Estudo das Manifestações Sociais do Contemporâneo. (2002). Drogas e Trabalho: uma proposta de intervenção nas organizações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(1), 18-29.
- Grupo de Trabalho e Estudo das Manifestações Sociais do Contemporâneo. (2003). O dispositivo de grupo como possibilidade de intervenção na clínica das toxicomanias. *Correio da APPOA*, (118), 26-32.
- Hur, D. U. (2007). Psicanálise, grupalidade e cultura: desafios na contemporaneidade. In A. Terzis (Org.), *Psicanálise, grupalidade e cultura* (2a ed.). Campinas, SP: Magister-Baron.
- Kaës, R. (2002). O interesse da psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição. In O. B. Correa (Org.), *Vínculos e instituições: uma escuta psicanalítica* (pp. 11-31). São Paulo: Escuta.
- Lacan, J. (1979). *O seminário. Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (M. D. Magno, trad., 2a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

- Lacan, J. (1992). *Seminário 17: O avesso da psicanálise* (M. D. Magno, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-1970)
- Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanias y psicoanálisis – Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde*, 14(3), 801-821.
- Mance, E. (1998). O capitalismo atual e a produção de subjetividades. *IFL*. Recuperado em 10 de maio de 2011, de O Dialético: <http://www.odialetrico.hpgig.com.br/filosofia/subjetividade.htm>
- Melman, C. (1992). *Alcoolismo, delinquência e toxicomanias: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta.
- Müller-Granzoto, M. J. (2008). Merleau-Ponty e Lacan: a respeito do estranho. *Revista AdVerbum*, 3(1), 3-17.
- Oliveira, D. O. F. de, & Terzis, A. (2009). Vínculo e instituição: desenvolvimentos teóricos no Campo da psicanálise. In *Anais do XIV Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas*. Recuperado em 03 de agosto de 2010, de http://www.puccampinas.edu.br/pesquisa/ic/pic2009/resumos/2009824_143355_207337625_resEE5.pdf.
- Pereira, W. C. C. (2007). Movimento institucionalista: principais abordagens. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(1), 6-16.
- Ribeiro, E. M. (2003). A toxicomania e os paradoxos da liberdade. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 24, 9-18.
- Rinaldi, D. (2006). Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In S. Alberti & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 141-147). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Sigal, A. M. (1989). Psicanálise, grupos, instituição pública. *Revista Percurso*, 2, 40-45.
- Stevens, A. (2003). Instituição: prática do ato. In J. A. Miller & J. Miller, *Pertinências da psicanálise aplicada* (pp. 90-99). Paris: Seuil.

Moises Romanini, psicólogo, mestre em Psicologia (PPGP-UFSM/Bolsista CAPES-REU-NI). Doutorando em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI-UFRGS), integrante do Grupo de Pesquisa "Saúde, Minorias Sociais e Comunicação". Endereço para correspondência: Rua Mal. Floriano Peixoto, 1750, 3º Andar, Sala 317, CEP 97015-372, Santa Maria, RS, Brasil. Endereço eletrônico: moisesromanini@yahoo.com.br

Adriane Roso, psicóloga, doutora em Psicologia (PUC-RS), docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (PPGP-UFSM), líder do Grupo de Pesquisa "Saúde, Minorias Sociais e Comunicação". Endereço para correspondência: Rua Mal. Floriano Peixoto, 1750, 3º Andar, Sala 317, CEP 97015-372, Santa Maria, RS, Brasil. Endereço eletrônico: adrianeroso@gmail.com

Recebido: 23/05/2011

Aceito: 25/01/2012