



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Julio Cesar de Oliveira Nicodemos

**Crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas: a clínica na
intersetorialidade**

Rio de Janeiro

2013

Julio Cesar de Oliveira Nicodemos

Crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas: a clínica na intersectorialidade

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise da Universidade do estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

N633 Nicodemos, Julio Cesar de Oliveira.
Crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas: a clínica na
intersectorialidade / Julio Cesar de Oliveira Nicodemos. – 2013.
135 f.

Orientador: Luciano da Fonseca Elia.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Drogas – Teses. 3. Crianças – Teses. 4.
Adolescentes – Teses. I. Elia, Luciano da Fonseca. II. Universidade do Estado do
Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Julio Cesar de Oliveira Nicodemos

Crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas: a clínica na intersetorialidade

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise da Universidade do estado do Rio de Janeiro.

Aprovada 9 de dezembro de 2013.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia (Orientador)

Instituto de Psicologia da UERJ

Profª Dra. Ana Cristina Costa Figueiredo

Instituto de Psicologia da UERJ

Profª Dra. Andréa Máris Campos Guerra

Instituto de Psicologia da UFMG

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Para Marly e José Carlos

AGRADECIMENTOS

Primeiramente aos nossos pacientes que nos ensinaram a trabalhar nos apontando qual a direção tomar;

Ao meu orientador, Luciano da Fonseca Elia, que acolheu minha proposta de trabalho com um entusiasmo potente na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, além de sustentar comigo, em diferentes momentos nos debates públicos, posições éticas diante do árido cenário que experimentamos no campo das políticas públicas;

À Ana Cristina Figueiredo e Andréa Máris Campos Guerra pelas palavras generosas e ensinamentos ao longo desta escrita;

Aos amigos e parceiros de trabalho da Equipe de Referência Infanto-Juvenil para ações de atenção ao uso de Álcool e outras Drogas (ERIJAD) que contribuíram ao longo destes quase cinco anos com muito empenho e investimento nos casos: Valentin Heigl, Laura Geszti (técnica de referência do caso Bianca contido no segundo capítulo), Lilian Galper, Érica Louredo, Georgiana Gomes, Ana Carmen Marinho, Paula Latgé, Alan Lima, Rafael Morena, Mariana Paranhos, Maycon Torres, Melissa Ribeiro, Felício Carvalho, Anelize Araújo e Francisco Leonel Fernandes;

Aos residentes de saúde mental (incluindo as residentes argentinas) e estagiários pelos olhares atentos e os questionamentos produtores de trabalho.

À Coordenação de Saúde Mental e a Secretaria de Assistência Social de Niterói pelo incentivo mesmo diante das precariedades institucionais;

Aos meus pais que estiveram sempre por perto me estimulando a seguir com coragem;

Ao Paulo Eduardo Viana Vidal que apostou que seria possível caminhar ainda que o caminho fosse difícil em muitos momentos;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES);

À Ândrea Cardoso que com sabedoria conduz o Programa de Educação pelo Trabalho (PET: crack, álcool e outras drogas) através da Universidade Federal Fluminense possibilitando a formação de novos profissionais para atuação neste campo;

À Elisângela Onofre que desde o início do meu percurso na saúde mental esteve sempre por perto me encorajando. Sem ela a ERIJAD não seria possível;

Wellington Carlos, Patrícia Amorim, Mariana Fraga, Juliana Mesquita, Christian Sade, Tatiana Santos, Federico Beines, Analía Pena, Laura Geszti, Paula Latgé, Eduardo Gomes, Julia Vallejo, Livia Cristina, Andréia Ferro, Mônica Miziara, Marília Calcia, Cláudia de Paula, Kenia Kale, Edna Barbosa, Michael Pawlicki e Rodolpho Filho, amigos que também se fizeram presentes ao meu lado, cada um ao seu modo, oferecendo acolhimento e carinho diante das turbulências;

Amo a vida tão ferozmente, tão desesperadamente, que não me pode advir daí nenhum bem; falo dos dados físicos da vida, o sol, a erva, a juventude: é um vício mais tremendo que o da cocaína, pois não me custa nada e existe com uma abundância desmedida, sem limites: e eu devoro, devoro, devoro...Como irá acabar não faço ideia.

Pier Paolo Pasolini

RESUMO

NICODEMOS, Julio Cesar de Oliveira. *Crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas: a clínica na intersetorialidade*. 2013. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Este trabalho apresenta a construção de um dispositivo de intervenções clínicas no campo da Atenção Psicossocial com crianças e adolescentes usuários de drogas a partir das ações desenvolvidas pela ERIJAD (Equipe de Referência Infanto-Juvenil para ações de atenção ao uso de Álcool e outras Drogas) no município de Niterói - RJ. A ERIJAD constitui-se como uma equipe intersetorial (portaria intersetorial nº01 de 11 de dezembro de 2008) e promove estratégias de cuidados compartilhados com as instituições da rede intersetorial que acolhem esta população. A partir destas estratégias, verifica-se que há uma mudança no entendimento sobre o tratamento destes sujeitos pelas instituições da rede onde a internação para o uso abusivo de drogas deixa de ser a estratégia central demandada abrindo espaço para a invenção de outras possibilidades de ações. Os conceitos da psicanálise, desde Freud e Lacan, foram utilizados para a realização de uma leitura do trabalho desenvolvido e assim formulou-se uma teorização desta prática. Através de alguns fragmentos de casos clínicos demonstrou-se os efeitos clínicos e também políticos das intervenções afirmando que a dimensão clínica promovida na Atenção Psicossocial comporta intrinsecamente a dimensão política, o que decidimos nomear de dimensão clínico-política.

Palavras-chave: Intersectorialidade. Clínica. Drogas. Crianças. Adolescentes.

ABSTRACT

NICODEMOS, Julio Cesar de Oliveira. *Children and adolescents and drug abuse: the clinic in the intersectoriality*. 2013. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

This text introduces the use of a resource for clinical interventions in the field of Psychosocial Attention with children and adolescent drug users based on initiatives developed by ERIJAD (Equipe de Referência Infanto-Juvenil para ações de atenção ao uso de Álcool e outras Drogas) in the city of Niteroi, in Rio de Janeiro state. ERIJAD was formed as an intersectorial team (intersectorial measure No. 1 of Dec. 11, 2008) and puts forth strategies of shared care with institutions of the intersectorial network responsible for this group of people. These strategies allowed us to verify a change in understanding about the treatment of these subjects by institutions within the network in which hospitalization for drug abuse is no longer a required central strategy for helping to devise alternative actions. The concepts, from Freud and Lacan, have been used to undertake a reading of the work developed and, in doing so, formulate a theory for this practice. Through some clinical cases fragments present demonstrate the clinical effects as well as the politics of interventions and affirming that the clinical dimension put forth in Psychosocial Attention is intrinsically linked to the political dimension, what we have decided to call the clinical-political dimension.

Keywords: Intersectoriality. Clinic. Drugs. Children. Adolescents.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	9
1	A INVENÇÃO DE UM DISPOSITIVO CLÍNICO INTERSETORIAL COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS	14
1.1	A clínica e suas invenções diante de uma suposta epidemia	14
1.2	A intersetorialidade como uma proposta de trabalho.....	22
1.3	A invenção de uma metodologia de trabalho	27
1.4	Uma leitura da instituição pelo avesso.....	32
1.5	A clínica e sua aposta num lugar para o sujeito	37
2	A ERIJAD E SUA PRÁTICA CLÍNICO-POLÍTICA: O TRATAMENTO DO SUJEITO NÃO SEM O TRATAMENTO DA REDE INTERSETORIAL	40
2.1	A Psicanálise diante dos equívocos do estado	40
2.2	O inconsciente é a cidade: a ERIJAD e suas intervenções clínico-políticas	44
2.3	A transferência inter-equipes como uma condição de trabalho.....	50
2.4	Um caso clínico e a fundação do trabalho em rede	55
2.4.1	<u>O encontro com o caso Bianca</u>	<u>57</u>
2.4.2	<u>Uma leitura moebiana do trabalho.....</u>	<u>62</u>
2.5	O enlace analítico e a transmissão.....	69
2.6	A função do <i>mais-um</i> no laço intersetorial	71
3	OS TRÊS MOMENTOS NO TRABALHO E OS OPERADORES CLÍNICOS.....	79
3.1	Os três momentos do trabalho da ERIJAD	82
3.1.1	<u>Primeiro momento – a urgência como repetição e a emergência da demanda: um trabalho a partir da presença</u>	<u>82</u>
3.1.2	<u>Segundo momento – o trabalho de recolher os cacos de palavras: a clínica no itinerário do sujeito.</u>	<u>91</u>
3.1.3	<u>Terceiro momento – a transferência não é propriedade do analista: a invenção do dispositivo analítico além dos muros dos CAPS</u>	<u>96</u>
3.2	Alguns operadores clínicos	107
3.2.1	<u>O sujeito e o campo do outro: a produção de lugares.....</u>	<u>108</u>
3.2.2	<u>A transferência como condição para uma metodologia de pesquisa em psicanálise.....</u>	<u>114</u>
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
	REFERÊNCIAS.....	130

INTRODUÇÃO

A dissertação a seguir foi resultado de quatro anos de trabalho a partir de minha experiência como coordenador da ERIJAD (Equipe de Referência Infanto-Juvenil para ações de atenção ao uso de Álcool e outras Drogas) junto de outros profissionais. A ERIJAD é uma equipe itinerante (equipe móvel) e intersetorial vinculada a Coordenação de Saúde Mental e a Secretaria Municipal de Assistência Social do município de Niterói (portaria 01/08 de 11 de dezembro de 2008).

Os motivos pelos quais busquei um lugar onde fosse possível dar consequências teóricas ao trabalho clínico desenvolvido pela referida equipe – o mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – relacionam-se com situações ocorridas aproximadamente após o período de um ano de existência da equipe, no momento em que questões relacionadas ao manejo de alguns casos se fizeram presentes em meio às reuniões e supervisões. As principais questões as quais nos referimos se relacionam ao desafio da instalação de um dispositivo de operação clínica diante de casos que não acessam os dispositivos da área da saúde mental mas circulam no território, e a necessidade de um trabalho com as instituições da intersetorialidade (abrigo, escolas, Conselhos Tutelares, instituições de aplicação das medidas socioeducativas, justiça, etc.) que recebem sob seus cuidados estas crianças e adolescentes. Estas duas principais questões – o desafio de instalar um dispositivo clínico com cada caso diante seus movimentos pela cidade e a necessidade de um trabalho de intervenção nos pontos/instituições da rede intersetorial – se impuseram a equipe de modo que não fosse possível ignorá-las já que ambas as questões emergiram como condição *sine qua non* a efetivação de um trabalho com todos os casos que acolhemos.

Destacamos que o que nos autorizou desde o início de nossas ações até este momento onde buscamos a teorização sobre esta prática sustenta-se nas coordenadas advindas da teoria psicanalítica, desde Freud e de sua releitura por Lacan, e nas diretrizes estabelecidas no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir de seu marco inaugural com a Lei Paulo Delgado, lei 10.216 de 06 de abril de 2001 até as portarias ministeriais atuais.

O que verificávamos desde o início do trabalho da ERIJAD era uma dificuldade constante de acesso desta população aos cuidados da Atenção Psicossocial. Foi a partir deste fracasso de promoção de acesso que foi possível pensar na invenção de uma equipe que pudesse reinaugurar uma direção de trabalho que incluísse estes sujeitos. Um dos objetivos do trabalho desta equipe foi o de evitar um novo processo de institucionalização daqueles que

são tomados hoje enquanto um dos principais objetos de intervenção do saber psiquiátrico (um saber com diferentes interseções com as questões jurídicas e de ordenação das cidades): os usuários de drogas. Também foi possível verificar que a problemática da qual tratamos não se equivale aos efeitos de uma substância química que atua no cérebro, mas sim de um contexto psicossocial bastante complexo e onde a droga apresenta-se como apenas um dentre uma série de fenômenos deste campo na vida de cada sujeito em questão.

Sendo assim, ao longo desta dissertação, construiremos através da experiência com cada sujeito em acompanhamento, bem como com as instituições com as quais operamos nossas intervenções, um percurso histórico, clínico e político. Com isso, vislumbraremos a extração de diretrizes de operação clínica que ofereçam elementos para a reflexão sobre as práticas de modo que possamos interrogar a direção atual das políticas públicas sobre drogas que vem sendo adotadas em diferentes municípios do país através, por exemplo, de estratégias de internações em massa. Estas ações são impostas às populações (principalmente aqueles que encontram-se em situação de rua) de modo que não haja uma participação de cada sujeito sobre as decisões em relação aos seus destinos.

Contudo, o trabalho da ERIJAD neste processo histórico não foi apenas o de impedir que um movimento de institucionalização/manicomialização desta população ocorresse no município de Niterói – uma espécie de reedição das instituições asilares de tratamento que agora se servem dos significantes *álcool e outras drogas* para sua reinauguração. A ERIJAD também buscou implicar/responsabilizar a própria rede de Atenção Psicossocial, bem como todos os seus intersetores, na discussão sobre os cuidados desta população que até então permanecia alijada das **ações psicossociais** e não faziam parte das pautas de discussões nos serviços de saúde mental do município – o que de certa maneira abria espaço para um discurso manicomial instalar-se neste vazio de ações.

Importante também localizarmos aquilo que chamamos de **ações psicossociais**, ou seja, um processo de trabalho que desloca a ideia de cuidado das práticas restritamente médicas e/ou psicológicas retirando do centro das ações as substâncias químicas e seus efeitos biológicos. Estas ações debruçam-se sobre as questões que se referem ao sujeito em sua singularidade. Podemos dizer com isso que elas incluem uma dimensão multifatorial que determina a complexidade da problemática com a qual estamos lidando verdadeiramente. Dentre os múltiplos fatores que atravessam a Atenção Psicossocial incluímos aqueles que se referem ao campo do inconsciente compreendendo que este se constitui enquanto um dos nossos campos de trabalho, ou, se preferirmos, o campo do Outro, tesouro do significante. Nesta perspectiva consideramos todos os atravessamentos sociais, culturais, políticos e

econômicos que produzem marcas e que permitem localizar o sujeito entre os significantes que se referem a este contexto. O campo do Outro – enquanto estruturado como uma linguagem, como afirma Lacan – é um atravessamento que não podemos ignorar já que é a partir desta alienação ao campo do significante que encontramos o sujeito com o qual trabalhamos (LACAN, 1958).

Será neste ponto – do lugar do sujeito no campo do Outro – que precisaremos nos deter enquanto psicanalistas. O uso de drogas, neste sentido, está à margem do ponto de onde precisamos intervir para construirmos com cada caso um lugar onde se goze de modo menos mortífero. A droga entra apenas como um artefato reparador, uma espécie de prótese química, que ambiciona lidar com o fracasso em responder pelos efeitos do gozo fálico no ser falante (SANTIAGO, 2001, p. 183).

Destarte, nossas intervenções não buscam, a princípio, atingir um corpo biológico que, com a presença da droga, encontra-se impregnado de substâncias tóxicas. A nossa leitura de trabalho toma o corpo enquanto um lugar que sofre as marcas advindas do Outro, do significante, e que por isso não poderá ser apenas estritamente biológico. O corpo aqui se constitui enquanto uma infinidade de atravessamentos simbólicos onde marcas são produzidas pelo efeito do significante.

Nesta teorização sobre a prática, decidimos organizar este texto em três capítulos onde foi possível situarmos três dimensões do nosso fazer. Estas dimensões não são compreendidas numa ordem cronológica linear já que elas estão *inter*-laçadas, algo construído através de um enlace entre o momento histórico em que surgimos e a clínica operada num contexto político onde estamos implicados. Podemos dizer que há um enlace entre a clínica, a política e a história onde não podemos pensar nenhum destes elementos separados um do outro.

No primeiro capítulo abordaremos o cenário histórico e político onde a ERIJAD surgiu: momento onde se iniciava a produção de um discurso veiculado pela mídia sobre o uso de crack entre crianças e adolescentes nomeadamente reconhecido pelo senso comum como o efeito de uma epidemia, “a epidemia de crack”. Assim, traçaremos o percurso que construímos desde a fundação da equipe a partir de pactos políticos entre duas secretarias – Secretaria de Saúde, via a Coordenação de Saúde Mental, e a Secretaria de Assistência Social – logo após a emergência de demandas que adivinham da população, do controle social municipal e dos responsáveis por garantir os direitos de crianças e adolescentes (Conselhos Tutelares, conferências municipais, conselhos municipais, Ministério Público, etc.). Ao discorrermos sobre a história da equipe, chegaremos ao momento em que a ERIJAD se inseriu na rede de cuidados não apenas como uma equipe responsável pelo mapeamento e a

formulação de um diagnóstico situacional no município (como assim consta em sua portaria de fundação), mas sim como uma equipe responsável pelo acompanhamento/tratamento desta população – tratamento que deveria ser cumprido de modo itinerante ao longo do percurso que estes sujeitos percorrem na rede respeitando assim suas especificidades clínicas. Digamos que este primeiro capítulo dedica-se a passagem de um mandato da ERIJAD de investigação sobre o problema para um momento onde houve a instituição de sua função na cidade em meio à rede de serviços. Neste momento se legitimou a função da ERIJAD enquanto um dispositivo de investigação e de cuidados a um só tempo e em rede. O trabalho de investigação clínica no itinerário destes sujeitos na cidade demonstrou que era exatamente este o ponto de onde seria possível alguma intervenção com esta população. Investigação e tratamento coincidiam neste momento nos apontando para uma direção já descrita por Freud em 1923 (p.128): “[...] uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem”.

No segundo capítulo, demonstraremos que o tratamento destes sujeitos não é sem a oferta de um fazer clínico que também inclua os técnicos que exercem suas atividades profissionais dentro das instituições onde estas crianças e adolescentes acessam. Um fazer que afirmamos ser clínico e ao mesmo tempo político – portanto, lido moebianamente através do significante clínico-político –, pois intervém no modo como as instituições que compõem a cidade compreendem o uso abusivo de drogas entre as crianças e os adolescentes.

A partir do caso Bianca, – uma adolescente que iniciou seu acompanhamento pela ERIJAD após o nascimento do seu primeiro filho – localizamos alguns pontos que estruturaram este fazer clínico-político. Um fazer que tem como condição a instalação de um dispositivo de trabalho pautado na transferência em duas diferentes vias de trabalho. Discorreremos como através da transferência, alcançamos a possibilidade de uma transmissão deste *fazer* com os casos e com as instituições que nos permitiu pensarmos nos efeitos clínico-políticos do trabalho. Um processo de transmissão que não se trata da oferta de saberes científicos sobre o uso de drogas e os meios de tratamento eficazes, mas sim um processo de transmissão que incida sobre a posição de todos os envolvidos no trabalho a partir de um saber inédito advindo do sujeito em questão.

Já no terceiro capítulo resgataremos a história da ERIJAD permitindo assim situarmos algumas especificidades clínicas desta população de crianças e adolescentes a partir dos acompanhamentos, e a extração de alguns operadores clínicos. Nossa proposta será isolarmos estes operadores clínicos de modo que seja possível demonstrar algumas estruturas mínimas

necessárias para a efetivação deste trabalho na Atenção Psicossocial com estes sujeitos e suas especificidades.

Ao longo dos três capítulos, demonstraremos que o fenômeno do uso de drogas entre crianças e adolescentes não pode ser compreendido como um fenômeno isolado e sem qualquer relação com as problemáticas encontradas neste período da vida e seus atravessamentos psicossociais. O uso de drogas, assim como outros fenômenos que se referem às passagens ao ato (gravidez, contágio com doenças sexualmente transmissíveis, evasão escolar, brigas, etc.), fazem parte de uma série de possibilidades encontradas por tais sujeitos diante dos conflitos existentes em seus percursos, algo oferecido pela própria cultura como uma solução possível – como nos adverte Freud em seu texto de 1930 no texto *O mal-estar na civilização*. A possibilidade de passagens ao ato, principalmente entre os adolescentes, trata-se de um fenômeno comum entre muitos indivíduos que estão nesta faixa etária, o que não significa que não mereça a nossa atenção e a oferta de cuidados necessários ao problema.

1 A INVENÇÃO DE UM DISPOSITIVO CLÍNICO INTERSETORIAL COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS

1.1 A clínica e suas invenções diante de uma suposta epidemia

A ERIJAD (Equipe de Referência Infanto-Juvenil para ações de atenção ao uso de Álcool e outras Drogas) iniciou seu trabalho no Município de Niterói (RJ) no ano de 2008 no momento em que se propagavam, a partir dos meios de comunicação locais e nacionais, notícias sobre a expansão do consumo de crack nas cidades: uma droga tida como “devastadora”, “com um enorme poder de dependência” e que sua expansão pelo território nacional havia tomado proporções de uma “epidemia” – significante importado do vocabulário da saúde e que se refere às avaliações epidemiológicas que orientam a problemática do uso abusivo de drogas a partir de um vetor médico-patológico e que desloca tal problemática do campo das respostas psicossociais que se encontram em construção no campo das políticas públicas. Mas por que chamar de “epidemia” uma situação produzida por um processo antes psicossocial do que médico-patológico? Qual o interesse em proceder desta forma? As respostas serão alcançadas no desenrolar deste trabalho, entretanto, de partida lembremos que o consumo de crack no Brasil se disseminou, principalmente, entre os cidadãos pertencentes às classes sociais mais empobrecidas assim como entre a população em situação de rua. Portanto, os encaminhamentos oferecidos pelo Estado para esta problemática assim como as soluções que habitam parte importante do imaginário social, respondem também as questões sociais e políticas que atravessam a vida desta população e que se mesclam ao consumo desta droga. Os problemas sociais e políticos passaram a ficar por trás da fumaça do cachimbo de crack e foram reduzidos a um problema meramente relacionado à de uma “dependência química”, ou seja, concentrasse na química o causador de todos os males.

Foi em meio aos atravessamentos vinculados a essa suposta “epidemia de crack” que iniciamos nossa experiência clínica com as crianças e os adolescentes no município de Niterói. Para chegarmos a algumas coordenadas de trabalho hoje instituídas, será preciso um breve percurso histórico contextualizando o terreno onde essa experiência se desenvolveu. Neste terreno histórico e político também estão incluídas as frentes de trabalho já existentes na área da saúde mental e da assistência social no que se refere à infância e à adolescência e ao uso abusivo de álcool e outras drogas, algo já existente também no amplo terreno das políticas públicas brasileiras para o cuidado desta população.

No município de Niterói, desde o ano de 2004, iniciaram-se ações em saúde mental com a população infanto-juvenil em consonância com as políticas nacionais onde se buscou realizar um levantamento dos equipamentos existentes no território. Entretanto, naquele momento, as preocupações na área da saúde mental eram exclusivamente com a clientela autista e psicótica, sendo as crianças e os adolescentes usuários de drogas deixados aos cuidados do setor da Assistência Social a partir das medidas protetivas.

Neste período fora constituído no município um Fórum Municipal de Atenção em Saúde Mental da Criança e do Adolescente que trazia como proposta uma consolidação das pactuações intersetoriais de modo que todos os setores tomassem a responsabilidade dos cuidados da população infanto-juvenil a partir dos seus lugares e mandatos. Também estava em curso neste momento a construção de dois dispositivos de saúde mental que traziam consigo os significantes que se referem à problemática da qual iremos tratar neste trabalho – álcool e outras drogas e infância e adolescência: um CAPS-ad (CAPS Alameda), destinado aos cuidados da população usuária de álcool e outras drogas, mais especificamente a clientela adulta; e um outro, o CAPS-i Monteiro Lobato, destinado principalmente a população infanto-juvenil composta por sujeitos psicóticos e autistas. Apesar da presença dos significantes que remetem ao nosso problema, a população infanto-juvenil usuária de álcool e outras drogas permanecia distante das discussões e sem um lugar na área da saúde mental que se empenhasse em construir propostas de cuidado.

A construção destes dois serviços de saúde mental partia de uma experiência prévia através da formação de duas equipes de referência com profissionais de saúde mental, alguns deles já inseridos em trabalhos dentro do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Estas equipes, principalmente a equipe que adiante veio a se tornar o CAPS-ad Alameda, eram responsáveis pela realização de interconsultas junto às equipes que compunham o hospital e que recebiam os pacientes, muitas vezes, na emergência psiquiátrica. Os respectivos nomes destas equipes eram ERAD (Equipe de Referência de Álcool e outras Drogas) e ERIJ (Equipe de Referência Infanto-Juvenil) e não houve relatos de que naquele momento tivessem entre os seus pacientes acolhidos qualquer percentual de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas.

Contudo, também observávamos que ainda que já houvesse investimentos importantes para a abertura de CAPS-ad em todo território nacional, a população adulta usuária de álcool e outras drogas também permanecia à margem das principais pautas na área da saúde mental, mesmo que de maneira mais branda que a população infanto-juvenil usuária de álcool e outras drogas, considerado um público menos importante pelos próprios técnicos dos demais dispositivos da rede que não os do CAPS-ad: CAPS para pacientes adultos portadores de

transtornos mentais, CAPS-i, Centros de Convivência, emergências psiquiátricas e ambulatorios de saúde mental.

Em Niterói, no ano de 2004, ano em que se inaugurou o CAPS-ad, o foco das ações da Coordenação de Saúde Mental eram os pacientes com transtornos mentais e os institucionalizados nos manicômios. A clientela infanto-juvenil com transtornos mentais aos poucos também ganhava espaço com a criação do CAPS-i. As ações de cuidados em álcool e outras drogas se localizavam restritamente ao trabalho da ERAD (e a seguir no CAPS-ad) e principalmente com a clientela alcoolista que vinha acessando a única emergência psiquiátrica do município.

A expansão do consumo de crack por todo território nacional, entre os anos de 2006 e 2007, colocaram os holofotes sobre esta população que, até então, permaneciam nas ruas fazendo uso principalmente de solventes, cola de sapateiro, fora das escolas e sofrendo as violências cometidas pelo poder policial. Não é recente que essas crianças e adolescentes circulam pelas grandes cidades mendigando, cometendo pequenos furtos, assaltos ou dormindo nas esquinas sob os efeitos da cola. O interesse pelos cuidados desta população nos dispositivos da saúde mental veio a partir de decisões do governo diante das pressões do Ministério Público e da sociedade civil. Ainda que um público novo para o setor da Saúde, ao longo de muitos anos, esta população já vinha sendo recebida por equipamentos do setor da Assistência Social e nas instituições de cumprimento de medidas socioeducativas, herança de uma longa trajetória histórica de institucionalização no país que se iniciou no século XVIII com as ações dos jesuítas e ganhou força a partir dos séculos XIX e XX com o recolhimento de crianças e adolescentes pobres das ruas das grandes cidades.

A história da institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil tem repercussões importantes até os dias de hoje. A análise da documentação histórica sobre a assistência à infância dos séculos XIX e XX revela que as crianças nascidas em situação de pobreza e/ou em famílias com dificuldades de criarem seus filhos tinham um destino certo quando buscavam apoio do Estado: o de serem encaminhadas para instituições como se fossem órfãs ou abandonadas (RIZZINI, 2004, p. 13).

Roberto Tykanori Kinoshita, atual Coordenador Nacional de Saúde Mental, na XIV Reunião do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (Brasília, março de 2012) afirmou que “[...] até aqui na história a questão de álcool e drogas se manteve em *stand by*, por motivos estratégicos, depois de quase vinte anos de luta pela Reforma Psiquiátrica estamos tomando esta questão para discussão”.

Contudo, para que não nos percamos neste percurso histórico no qual estamos inseridos, anterior aos atuais investimentos bilionários neste campo advindos com o decreto nº

7.179 de 20 de maio de 2010 que estabelece o *Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e outras Drogas* (modificado pelo decreto nº 7.637 de 08 de dezembro de 2011), e que redireciona e perverte toda a política nacional de assistência a esta população prevista pelo Ministério da Saúde, não podemos esquecer que no Brasil desde o ano de 2001 já havia políticas públicas destinadas aos cuidados integrais dos usuários de álcool e outras drogas (sem contar todo o movimento político de Reforma Psiquiátrica nas décadas anteriores). Tais políticas foram construídas a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica e seguem suas coordenadas enquanto uma direção de trabalho prevista para todas as redes de saúde mental do país: lei 10.216 de 2001 (Lei Paulo Delgado que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais incluindo os usuários de álcool e outras drogas), portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (que prevê a implantação dos CAPS, incluindo os CAPS-ad), portaria nº 1059 de 04 de julho de 2005 (que determina as ações em Redução de Danos), portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009 que lança o *Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde* e uma direção de trabalho já prevista na cartilha do Ministério da Saúde do ano de 2003 com o nome de *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Diante deste panorama, interroguemos por que somente com o *Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e outras Drogas* podemos falar que saímos desse *stand by* citado por Roberto Tykanori Kinoshita? Quais as consequências deste redirecionamento político nos cuidados com os nossos pacientes? Já havia políticas públicas no Brasil destinadas aos usuários de álcool e outras drogas anteriormente, porém, com investimentos mínimos e que não permitiram o funcionamento destas redes de saúde mental em sua potência, permitiram diferentes construções de argumentos contra a Reforma Psiquiátrica por seus opositores.

Dentro deste processo de políticas públicas, no município de Niterói, consideramos que o cenário precipitador que deu origem a ERIJAD no ano de 2008 foi um período marcado por um aumento significativo das solicitações por internações e queixas sobre a desimplicação dos CAPS com esta população. Partiam de diferentes atores sociais que compunham a rede de cuidados (Educação, Assistência Social, Justiça, etc.), em especial dos Conselhos Tutelares que se dirigiam a Coordenação de Saúde Mental do município. Segundo estes atores, constatou-se em seus cotidianos um aumento significativo das demandas dos familiares solicitando internações em “clínicas especializadas” para o que denominavam impropriamente de dependência química de crianças e adolescentes. A conclusão a que chegaram, a partir destas demandas dos familiares, foi a de que isso era uma consequência do aumento do uso de

drogas entre crianças e adolescentes em decorrência da chegada da substância crack na cidade. Concluíram também que havia a necessidade urgente da construção de um local para internação destas pessoas. Esta situação ganhava ainda mais eco com as constantes reportagens sobre uma suposta “epidemia do crack”, um problema até então restrito, principalmente, a três estados brasileiros: Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul.

Falas como “o crack chegou ao Rio de Janeiro” e “basta fumar uma única vez para se viciar” somente ratificavam a idéia de que a saúde mental não cuidava deste problema na medida em que os CAPS não eram a resposta que estes atores buscavam em seus ideais, já que CAPS não é sinônimo de internação. Ainda que fosse procedente a acusação de negligência da área da saúde mental pelos cuidados desta população, o fundamento alegado para justificar esta negligência – de que não havia leitos específicos para a internação de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas – não poderia ser compreendida enquanto um caminho para a solução deste problema. O ideal de internação surgia como uma fantasia de solução absoluta para a complexa problemática que traz o uso abusivo de drogas por crianças e adolescentes (e também dos adultos) e a única coisa que poderia ser afirmada naquele momento era o nosso reconhecimento de que não havia ações específicas destinadas a essa clientela e que por isso precisávamos nos deter nesta problemática. Reconhecemos que seria necessário para o começo das nossas ações um trabalho de pesquisa sobre a problemática antes de qualquer proposta concreta, de sugerirmos a construção deste ou daquele equipamento público, principalmente no que se refere às internações como solução mágica para este problema. Porém, estávamos advertidos a partir das nossas experiências de trabalho quanto ao processo que se deu nos últimos séculos em nome do tratamento dos loucos e de todo complexo manicomial criado a partir de uma necessidade de tratar através de internações. Não poderíamos incorrer no mesmo equívoco mais uma vez.

A ERIJAD foi fruto deste momento. No ano de 2008, no início de suas ações, havia uma expectativa entre os próprios técnicos que compunham a ERIJAD de que tal equipe viesse a se transformar futuramente em uma nova proposta de cuidados nessa mesma perspectiva institucional já existente dos CAPS, um lugar físico onde ocorrem consultas individuais, visitas domiciliares, equipe multiprofissional, grupos terapêuticos, espaço de convivência, oficinas e outros instrumentos de acordo com as experiências anteriores com aqueles pacientes já em tratamento nos CAPS: adultos psicóticos, neuróticos graves, autistas, e adultos usuários de álcool e outras drogas. Ao longo da história da ERIJAD, verificamos que os elementos clínicos que recolhemos nos levaram a tomar decisões distintas daquelas encontradas pela ERAD e pela ERIJ, ou seja, em suas transformações em CAPS com a oferta

destes dispositivos tradicionais de trabalho que acontecem dentro dos serviços. Ainda que os dispositivos terapêuticos presentes nos cotidianos dos CAPS-ad e CAPS-i demonstrem sua importância em alguns casos acompanhados pela ERIJAD, em nosso percurso foi possível inventarmos metodologias de trabalho distintas das que até então encontrávamos nos serviços de saúde mental da rede. No entanto, após algum tempo de trabalho, verificamos que essa metodologia de intervenção proposta pela ERIJAD apenas recolocava em questão as próprias diretrizes de trabalho já previstas para o funcionamento dos CAPS: dispositivo regulador da rede de cuidados, da porta de entrada (que não pode ser confundida com a porta de entrada do **imóvel** onde se localiza a sede do CAPS, mas sim uma porta de entrada que possa se mover produzindo acesso aos que estão no território) e que intervém no modo como a nossa cultura apreende a loucura e o uso de drogas. Falaremos mais detidamente desta metodologia adiante. Ainda assim, a preocupação e as demandas que emergiam no discurso dos Conselhos Tutelares e do Ministério Público, naquele momento, eram por outra coisa que não o fortalecimento do mandato da Atenção Psicossocial que o discurso da ERIJAD trazia consigo. Havia a expectativa de que a ERIJAD construísse uma instituição de internação para esta população: um “Centro de Tratamento para Dependência Química”, como o chamavam. Sendo assim, de saída identificamos que as nossas intervenções não se dariam somente com cada criança e adolescente, mas também no discurso que as famílias e os atores da rede produziam sobre elas em relação ao seu uso de drogas afirmando caminhos já pré-estabelecidos a serem seguidos: internar, medicar e reinseri-los ao convívio social. Seria simples se não fosse impossível já que não há uma solução para a massa de meninos e meninas que realizam uso de drogas e sim um cuidado específico para cada sujeito. Não há tratamento possível se as diretrizes do cuidado não incluam o que é específico de cada um. Queremos dizer com isso que se há um saber preestabelecido sobre o que fazer com cada um que chega até nós sem querer recolher, com eles, um saber que lhes é próprio sobre seus sofrimentos, e que possa nos orientar sobre quais caminhos percorrer, é porque o que se está em jogo não é um tratamento clínico. Na clínica o saber a priori não está do nosso lado.

Desde o ano de 2008 até os dias atuais – principalmente no final do ano de 2011 com o Programa “Crack: é possível vencer” do governo federal – ainda encontramos um movimento importante reivindicando a construção de instituições para a internação de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas, mesmo após a constatação dos efeitos catastróficos que tal método de trabalho produz quando não se consideram as verdadeiras demandas de cuidado com cada sujeito e as suas singularidades. Exemplo disso são os recolhimentos compulsórios de crianças e adolescentes das ruas da cidade do Rio de

Janeiro e os encaminhamentos realizados para os abrigos “especializados” (para crianças e adolescentes “dependentes químicos”, como os gestores e os atores da rede os nomeiam) distantes dos seus territórios de vida. Já se verificou pelos próprios assistentes sociais que compõem esta rede de serviços que há uma repetição entre “evasões” e “reincidências” (novos acolhimentos institucionais) sem que se verifique qualquer mudança na posição destes sujeitos em suas relações com a droga ou com outras problemáticas de suas vidas.

Além da ausência de efeitos de tratamento, verificamos também que essa direção de trabalho, que tem a reclusão como solução e direção principal do cuidado (diferentemente de um tratamento pautado no território de vida e composto por pontos de cuidados em rede), surge num emaranhado de atravessamentos e interesses políticos através de parcerias público-privadas e a partir de pactuações com instituições religiosas. Estas pactuações entre os governos e as igrejas fere a laicidade do Estado prevista em nosso processo democrático, ou seja, uma prática inconstitucional e que cada vez mais ganha corpo nas pautas de discussões públicas no Brasil. As instituições que representam esta fusão Estado-Igreja são reconhecidas como “Comunidades Terapêuticas¹”, lugares onde, muitas vezes, localizamos uma absoluta destituição das diretrizes de trabalho pautadas pela Atenção Psicossocial e a predominância de um discurso produtor de estigmas que tem sua sustentação na relação pecado-culpa paralisando os sujeitos numa eterna dívida a partir do seu congelamento no significante “dependente-químico”.

Este processo de segregação que surge travestido de “recuperação para dependência de drogas e oferta de cuidados sociais” é motivado não apenas pela intenção da oferta de cuidados para estes sujeitos, ele também é motivado por uma série de atravessamentos que

¹ A instituição Comunidade Terapêutica foi um dispositivo importante inventado pelos ingleses nos anos 40 (o médico Marxwell Jones em particular) com a aposta de propiciar outras formas de tratamentos e cuidados para os pacientes confinados nos hospitais e submetidos às intervenções da psiquiatria manicomial, portanto, um dispositivo de cuidado alternativo a instituição asilar. Contudo, o que reconhecemos hoje enquanto Comunidades Terapêuticas não se trata mais deste dispositivo de origem inglesa, mas sim instituições que reproduzem (em sua maioria) o confinamento como método principal de tratamento. Por isso, na Conferência Municipal de Álcool e outras Drogas de Niterói (setembro de 2011) os técnicos da ERIJAD estiveram presentes e juntos de outros técnicos da rede, gestores e da população civil aprovou, em plenária final, a moção de repúdio contra a implantação de Comunidades Terapêuticas no município de Niterói. Destacamos que este tipo de Comunidades Terapêuticas (com uma direção de trabalho calcado na espiritualidade e na reclusão e não nos cuidados em saúde mental e no território de vida de cada sujeito) já existia no Brasil muito antes da implantação dos CAPS e serviu, duas décadas antes da inauguração dos CAPS, para acolher centenas de pessoas que buscavam algum tipo de ajuda para os seus excessos com o uso de álcool e outras drogas na ausência de outras instituições financiadas pelo Estado. Nossa posição contrária não se trata de uma oposição direta à instituição Comunidade Terapêutica nem as igrejas que as dirigem, mas sim aos seus financiamentos com verbas públicas que deveriam ser utilizadas para a implantação de outros serviços coordenados pelas diretrizes da Atenção Psicossocial. Cada sujeito é livre para buscar e se beneficiar de diferentes possibilidades de cuidados e a religião é um artifício cultural legítimo (com suas especificidades) diante do mal-estar na cultura – como já nos advertiu Freud em 1930 – assim como o uso de drogas.

vão desde alguns técnicos orientados pelo discurso do “fazer o bem ao próximo” (a qualquer preço), – e que diante destes sujeitos não encontram caminhos para a oferta de cuidados mais consistentes diante de suas aflições e urgências subjetivas – até posições que se utilizam deste engodo discursivo como meio para suas autopromoções na gestão ou para a construção de novas alianças políticas. Nesta seara de interesses e intenções, este travestismo discursivo utiliza-se de diferentes artifícios e saberes que vão desde argumentos e práticas médicas sustentadas pela indústria farmacológica – prática distinta da boa e velha clínica médica já perdida na série dos DSM’s² conjugados com algumas pesquisas neurocientíficas que afirmam que os transtornos comportamentais se relacionam, principalmente, aos transtornos dos neurotransmissores cerebrais pela via da estimulação química (do uso de drogas) –, até as interpretações equivocadas sobre a garantia dos direitos humanos que em nome de um ideal supostamente alcançado a partir da judicialização dos cuidados, produzem ações de “cuidados compulsórios” e que nada mais fazem do que reproduzirem a violação dos direitos³.

² *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*

³ No ano de 2012 alguns juízes e promotores públicos da cidade do Rio de Janeiro sustentaram publicamente em fóruns e espaços de discussão um discurso a favor das ações de recolhimentos compulsórios de crianças e adolescentes em situação de rua. Seus argumentos circulam em torno de interpretações sobre as diretrizes dos cuidados encontradas no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei Federal nº 8069 de 1990) como no *Capítulo III, Do Direito à Convivência Familiar e Comunitária, Seção I, Disposições Gerais, no Art.19* onde diz que toda criança e adolescente tem direito a convivência comunitária em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes. Algo que a princípio não produz divergências entre aqueles que são a favor ou contra tais ações de recolhimento. Contudo, entre o ideal a ser alcançado por tais ações e o que é possível com tais sujeitos naquele momento específico – que muitas vezes estão na rua justamente para se alijarem das violências presentes em suas comunidades (e também em casa) por conta das ações do tráfico de drogas – pode se situar uma dimensão de impossibilidade. Esta dimensão comumente é insolúvel pela via de ações de urgência (devido a uma complexidade de fatores que atravessam cada situação de vida). O que observamos nestas ações quando se tenta transpô-la (na urgência) sem darmos espaço para que um sujeito seja incluído na cena e nos diga o que fazer com ele, podemos nos encontrar com consequências irreversíveis que geram desde a impossibilidade de produzirmos alguma demanda para que ele nos inclua nos cuidados até mesmo a morte. Temos como exemplo uma situação que se tornou manchete em inúmeros jornais onde uma criança de nove anos de idade, após fugir das ações de recolhimento compulsório orquestradas pela Secretaria de Assistência Social do Rio de Janeiro, morreu atropelada em meio a Avenida Brasil por uma viatura da própria Secretaria. Na reportagem do Jornal do Brasil do dia 10 de janeiro de 2013 cujo título era “Menor morre na Avenida Brasil quando fugia de assistentes sociais”, encontramos o seguinte parágrafo: “O tio disse ainda que o pai da vítima já faleceu e que a mãe também é usuária de drogas. A família, muito pobre, chegou a ser cadastrada no programa Bolsa Família, contudo perdeu o benefício por não comparecer ao Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) do município e não apresentar frequência escolar dos filhos”. O que identificamos em tais reportagens é a desconsideração de que a urgência de que se trata não é apenas a situação de um menino em situação de rua, mas sim de um cuidado dos laços sociais onde este sujeito está inserido. Diante disso precisamos sustentar algumas perguntas: O que fez este menino permanecer em situação de rua? Esta mãe acessava (ou era acessada por) algum dispositivo de saúde do seu território onde pudesse tratar de suas questões com a droga ou mesmo de suas questões com o filho? Quais os motivos que levaram esta mãe a não sustentar suas idas ao CRAS para que continuasse recebendo seu benefício? Como o CRAS maneja esta situação diante das ausências desta mãe? O que se transmite nas entrelinhas destas reportagens e discursos que circulam nos espaços públicos é apenas uma espécie de culpabilização destes sujeitos sem que os escutemos, algo que pode ser lido como: “ele morreu por que usava drogas e não quis ser tratado” ou “a família não se importava com ele”. A morte desta criança pode ser mesmo compreendida como um simples acidente de trânsito ou podemos afirmar que, neste momento, há um discurso fiador deste tipo de prática que gera este tipo de consequência?

1.2 A intersectorialidade como uma proposta de trabalho

Foi na V Conferência Municipal de Saúde de Niterói no ano de 2007 que a ERIJAD surge como uma contraproposta às propostas de construção de clínicas de internação especializadas para o tratamento de crianças e adolescentes usuários de drogas na cidade. A ERIJAD aparece no cenário como uma resposta que traz consigo interrogações, diferentemente de um saber especializado a ser aplicado, ou seja, perguntas sobre de que se trata quando falamos da problemática do uso abusivo de drogas por crianças e adolescentes. Partir deste ponto e ao mesmo tempo trazer a expressão “Equipe de Referência” no seu nome próprio colocou, ao longo do tempo, alguns impasses, já que, se a ERIJAD é dita uma referência para o assunto é-lhe suposto um saber sobre o que fazer com isso, suposição de que seríamos os especialistas no assunto. Ao longo do tempo também, foi necessário subvertermos um sentido dado ao termo “referência” – enquanto uma referência de saber – para outro sentido, o da “referência” enquanto uma tomada de responsabilidade dos casos junto de cada instituição. Colocávamo-nos, a princípio, no lugar de referência para as instituições demandantes para que cada um responsável pelo cuidado pudesse advir enquanto uma referência para cada sujeito. Esse deslizamento de sentido se deu a partir da sustentação de um ponto vazio de saber diante daqueles que nos demandavam um saber especializado e com isso foi possível recolhermos efeitos importantes no tratamento de cada caso instalando um novo modo de tratamento na cidade: um tratamento itinerante e que percorre o itinerário institucional de cada sujeito intervindo nos discursos sobre ele e também possibilitando que estes sujeitos lancem mão do recurso da palavra para traduzirem seus impasses pertinentes a este período da vida. Aliás, suas demandas de cuidado perpassam menos suas encrencas com os excessos com a droga e mais as encrencas referentes ao desencontro com o Outro.

No começo do trabalho, para que chegássemos a nossa metodologia atual de intervenção, partíamos de duas questões centrais: do que estamos tratando quando falamos de crianças e adolescentes usuários de drogas? Ou ainda, como recolheríamos os elementos clínicos para pensarmos numa direção de trabalho se estes adolescentes não chegavam aos dispositivos da rede de saúde mental? Sustentar tais perguntas sem respondê-las prontamente, e muitas outras que surgiriam no decorrer do processo, foi o motor para que conseguíssemos realizar uma pesquisa orientada pela clínica e fazer operá-la em nome desses sujeitos. Neste momento em que nos propusemos à realização desta pesquisa, recorremos as *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, um texto de Freud de 1912 (p.128) que nos diz: “Uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é indubitavelmente o fato de que, em

sua execução, pesquisa e tratamento coincidem; não obstante, após certo ponto, a técnica exigida por uma opõe-se à requerida pelo outro”.

O que tínhamos conosco até o início das ações da ERIJAD era somente um mapeamento prévio de alguns casos acolhidos nos Conselhos Tutelares onde se identificou que uma grande parcela desta população era encaminhada diretamente para os dispositivos do setor da Assistência Social, principalmente para as Casas de Passagem e que raras vezes chegavam aos dispositivos da área da Saúde Mental.

A ERIJAD surge justamente a partir destes elementos através da Portaria Intersetorial (Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Assistência Social) Nº 1/08 de 11 de dezembro de 2008 (Diário Oficial) com a proposta de ser uma equipe móvel, de atuação no território e intervindo junto às instituições que acolhem esses sujeitos. Neste primeiro momento, a ERIJAD passou a ser a equipe responsável pela construção de uma proposta de cuidados para esta população em todo município de Niterói. Desde sua fundação até os dias atuais, a cada novo caso e a cada nova situação, é necessário recolocarmos para os nossos parceiros que a problemática em questão não está circunscrita a apenas um setor público, não há um único setor que deva se responsabilizar pelos cuidados. A partir do trabalho, a cada vez, precisamos afirmar que essa problemática da qual tratamos traz consigo uma dimensão multifatorial onde a droga se apresenta como apenas mais um elemento e que a nossa direção é fazer com que justamente essa responsabilidade circule pela rede, naquilo que está entre cada setor e em cada setor.

A estrutura da equipe, resultado de uma pactuação intersetorial entre duas secretarias municipais com mandatos distintos, nos faz refletir sobre os engodos em que muitas vezes caímos durante as discussões entre as equipes das instituições. Tomamos como exemplo a divisão que se faz, equivocadamente, entre aquilo que é do campo *psi* e o que é do campo social: problemas tidos como “problemas sociais” dizendo respeito somente ao setor da Assistência Social ou os problemas advindos da psicopatologia dizendo respeito somente à área da saúde mental. Tomar dessa maneira seria incorrer num novo equívoco já que a área da saúde mental não é sinônimo de cuidados em psiquiatria ou em psicologia, e o termo “proteção social”, presente no setor da Assistência Social, não é um mandato exclusivo deste setor. Estamos atravessados pelo termo *Atenção Psicossocial* e ainda que este termo seja genérico traz consigo aquilo que do social implica a saúde mental.

Entre as áreas de Saúde Mental e Assistência Social – no que concerne à gestão de políticas públicas –, emerge uma tensão formadora de trabalho que convoca a construção permanente da rede, para além dos limites institucionais. Deste modo, a efetiva possibilidade dessa tensão (formadora de trabalho), implica o

desprendimento dos imperativos de cada uma das áreas *per si*, isolando o que cada área poderá estar a serviço do caso demandatário. Assim, situaremos a especificidade da intersectorialidade como estratégia. O que é diferente da tática da simples recorrência de uma área a outra quando a situação de cada demandatário impõe dificuldades que demarcam os limites institucionais (ARAÚJO, LATGÉ, 2008, p. 117).

Orientados pela psicanálise, partimos do princípio de que os acompanhamentos dos casos se referem ao tratamento do sujeito no laço social, ou seja, como cada sujeito irá se situar diante do Outro incluindo nele uma dimensão da alteridade que podemos designar também como o Outro da cidade, ou seja, o conjunto das múltiplas vozes que ecoam das instituições e que falam sobre ele. Será no Outro que situaremos o plano das questões sociais e comunitárias assim como o campo de realidade do sujeito, povoado de semelhantes, objetos relacionais, perpassado, como toda realidade subjetiva, pelo inconsciente, pelas coordenadas significantes do desejo, da fantasia, do gozo, do sintoma: não há realidade, social ou não, que não seja atravessada por estes vetores, e os vetores do inconsciente não cessam de tomar corpo e forma no imaginário dos laços sociais concretos.

Estas considerações a um só tempo conceituais e absolutamente articuladas à práxis, como toda teorização em Psicanálise, visa a conferir fundamentos psicanalíticos apropriados à política da intersectorialidade e faz transbordar as responsabilidades de apenas um único setor assim como faz considerar a cidade (todos os setores públicos, as famílias, as comunidades, etc.) como um lugar de trabalho com este sujeito, seja dentro ou fora das instituições de saúde mental e até mesmo nas ruas.

Obedecendo a esta lógica, e considerando a portaria de fundação da equipe, os vínculos de trabalho dos técnicos se dividem entre a Coordenação de Saúde Mental e a Secretaria de Assistência Social de Niterói com implicações no nível da gestão as responsabilidades entre os dois setores de maneira conjunta já que são estes os setores mais convocados a responder sobre o problema. Ainda que se trate de uma equipe intersectorial que inclui em suas ações saberes distintos de ambos os setores (da saúde mental e da assistência social) há uma decisão sobre a direção desse trabalho trazendo as coordenadas clínicas como norteadoras das ações. Verificamos que esta forma de funcionar - a eleição de uma direção de trabalho para além de preceitos técnicos derivados de saberes especializados, o que evoca os *princípios justificadores transcendentais* à ação (práxis) de que fala Jean Oury, por exemplo, em seu livro *O Coletivo*, é mais característico da formação dos agentes do campo da saúde mental, ainda que este modo de funcionamento não seja exclusivo deste campo. Será com esta direção clínica que compareceremos no trabalho circunscrevendo algumas especificidades desta clientela e situa o que a faz se endereçar aos equipamentos do setor da

Assistência Social cujos mandatos se distinguem dos equipamentos pertencentes ao setor da Saúde: mandatos de proteção social presentes nas instituições como o CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social), as Casas de Passagem, nos CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), etc.

Logo no princípio, ao visitarmos as instituições a partir das demandas que nos chegavam, o que escutávamos eram importantes divergências entre os técnicos das instituições de saúde mental e dos dispositivos do setor da Assistência Social. As disputas imaginárias entre eles, muitas vezes, impossibilitavam um verdadeiro trabalho compartilhado entre as instituições da rede. Havia uma queixa de que os dispositivos da saúde mental não consideravam as direções e encaminhamentos dados nos casos e nós, de certa maneira, éramos convidados por eles a mediar os conflitos. Ser mediador seria a pior resposta ao problema, pois o silenciaria. Portanto, decidimos sustentar os tensionamentos ao invés de minimizá-los de modo que os técnicos pudessem endereçar suas questões de uma boa maneira para o outro e assim se produzir algum avanço nos casos com as discussões.

Considerarmos os mandatos presentes nestes dispositivos do setor da Assistência Social, até então novos também para a maioria dos técnicos da ERIJAD, não significava ir numa mesma direção de respostas dadas até então por eles, nossas intervenções precisariam se diferenciar das inúmeras ações já existentes na cidade como, por exemplo, o trabalho realizado com a população de rua e que através de respostas sociais tentam garantir um ideal de bem-estar social. Um ideal que nunca foi alcançado por estas ações mais que, ainda assim algumas vezes, em nome dele, se produz alguns efeitos de acesso aos cuidados.

Apesar de estarmos advertidos de que a simples oferta de bens de consumo (alimentos, roupas, etc.) possibilitaria apenas a supressão das necessidades naquele momento, ao invés de nos contrapormos aos dispositivos responsáveis por isso, decidimos com eles construir um trabalho que possibilitasse o recolhimento, com cada sujeito, dos efeitos de suas posições diante daquilo que eles localizavam como a causa dos mal-estares ou a repetição que se apresentava em suas vidas com o uso de drogas, violência, prostituição ou mesmo a situação de rua. Não poderíamos nos antecipar em conclusões de que esses sujeitos eram vítimas dessas situações, mas sim formular uma questão com isso, junto dos nossos parceiros: Do porquê há um fracasso nas ações sócio assistenciais orientadas por tais ideais? Ainda que estas pessoas vivessem numa situação economicamente miserável junto de suas famílias foi preciso que suportássemos qualquer impulso nosso de tentar ajudá-los neste sentido, pois já haviam instituições preocupadas exclusivamente com as problemáticas referentes à garantia do bem-estar social e permanecer neste lugar de respostas poderia incorrer no risco de desconsiderar

os impasses de cada sujeito diante do seu desejo além de restringir o problema a uma única causa, a desigualdade de acesso aos bens, como um problema de ordem social. Não discordamos com isso de que há uma precariedade de acesso aos bens no país que são básicos à sobrevivência. Entretanto, não podemos afirmar que o uso de drogas unido a todas as mazelas com as quais nos encontramos (situação de rua, falta de higiene, prostituição, etc.) tem como causa exclusiva a desigualdade social. Neste ponto seguimos as orientações do psicanalista Gerard Pommier (1989, p.51):

As necessidades, o sistema econômico não são absolutamente determinantes em última instância, o que parece ser a base material é, de fato, uma consequência. Além da necessidade, subsiste algo que escapa à sua satisfação, que escapa a toda satisfação. Se há um motor da história, deve ser buscado neste além que permite designar o termo de desejo.

Responder aos problemas encontrados com esta população através de bens de consumo ou unicamente em nome de um “fazer o bem ao próximo”, como algumas instituições filantrópicas tentam fazer, em nome desse bem-estar social e em oposição a um suposto mal contido na droga e presente na vida daqueles em situação de rua, possibilita apenas alguns efeitos paliativos. Na clínica, nossa intervenção precisa ir além. Responder prontamente às demandas significa produzir um desvio no rumo à aposta do sujeito e a instalação de um dispositivo de trabalho pela transferência.

A partir deste ponto do trabalho, quando as respostas sociais começaram a fracassar nos casos (acolhimentos institucionais, oferta de escolas, cursos profissionalizantes etc.), percebemos que as demandas começaram a ser direcionadas à ERIJAD pelos nossos parceiros e a nossa inclusão no acompanhamento dos casos se iniciou. Demandas estas que até os dias atuais, muitas vezes, emergem na urgência subjetiva daqueles que, sem saber o que fazer diante da angústia e da fantasia em torno da possibilidade de morte do outro que lhe pede ajuda, acabam repetindo seus pedidos por um local de internação para o controle da massa de crianças e adolescentes usuários de drogas. Estes pedidos chegam até nós travestidos de “tratamento para o uso de drogas”, algo que segue a mesma direção de um fazer o bem pelo outro. Nada mais autêntico já que esse é o mandato que lhes cabe, porém, um mandato impossível de se cumprir. Lembremos aqui de uma advertência importante do ensino de Lacan em seu *Seminário, livro 7*:

Direi ainda mais – poderia de modo paradoxal, inclusive categórica, designar nosso desejo como um não-desejo de curar. O único sentido que tem esta expressão é o de alertá-los contra as vias vulgares do bem, que se oferecem com sua inclinação à

facilidade; contra a armadilha benéfica do querer-o-bem-do-sujeito⁴” (LACAN, 1959-60, p. 264).

Entretanto, isso não significa uma oposição da psicanálise em relação ao campo social e as políticas públicas que trazem consigo a defesa dos direitos humanos e a promoção do bem-estar social. Sobre isso, Luciano Elia (2000, p. 28) nos adverte: “A psicanálise não pode reivindicar uma transcendência em relação ao social. O conceito de inconsciente, ou de grande Outro, não pode ser independente da realidade histórica, social, não está fora do tempo e do espaço”.

A clínica não desconsidera as implicações simbólicas do tempo histórico e social, mas nos adverte de que há algo que não se restringe ao campo das necessidades e há uma dimensão que opera a partir de uma força constante e que pode fazer com que o sujeito se dirija ao caminho da morte. Falamos do estatuto das pulsões onde nós, orientados pela psicanálise, o reconhecemos e estamos autorizados a intervir.

Não trabalhamos com o objetivo da curar, objetivo impossível de se cumprir já que não há cura para o desejo e para a dimensão pulsional de cada um. Também sabemos que cada sujeito só poderá se haver com a morte de maneira solitária ainda que nos ofertemos a estar com ele diante de cada impasse trazido pelos seus excessos que colocam a morte como uma possibilidade. Apostamos que há algo a se inventar para que se possa gozar sem que o limite seja o desaparecimento da vida. Com estas coordenadas clínicas iniciamos o nosso trabalho com estes usuários de drogas.

1.3 A invenção de uma metodologia de trabalho

Não há um único motivo pelo qual uma criança ou adolescente faz uso das drogas. O uso de drogas está presente em diferentes etapas da vida e nas diferentes classes sociais e culturas. A função que o tóxico cumpre com cada um de seus usuários responde as questões singulares de suas vidas e pode possibilitar saídas para os impasses encontrados diante de situações pertinentes a uma determinada etapa do seu percurso. Portanto, a restrição dos usuários de drogas as categorias classificatórias como a de “dependente químico” ou de “toxicômano” traz consigo os perigos da obstrução da escuta diante dos impasses do sujeito,

⁴ Texto original: “Diré aun más - se podría de manera paradójica, incluso tajante, designar nuestro deseo como un no-deseo de curar. El único sentido que tiene esta expresión es el de alertarlos contra las vías vulgares del bien, que se nos ofrecen con su inclinación a la facilidad; contra la trampa benéfica del querer-el-bien-del-sujeto”.

onde a intoxicação aparece, muitas vezes, como a única solução encontrada por ele diante do seu mal-estar e que podem, ou não, comprometer seus laços sociais.

Ainda que muitas equipes que compõem os serviços de saúde mental no Brasil sejam orientadas pela psicanálise, encontramos com facilidade muitos destes serviços (CAPS, CAPS-i e ambulatorios de saúde mental) que se negam a acompanhar pacientes usuários de drogas, principalmente as crianças e os adolescentes. Consideramos irresponsável a eleição de candidatos aos cuidados em saúde mental a partir de suas apresentações fenomenológicas ainda que estes que apresentem tais fenômenos tragam consigo traços distintivos dos demais de acordo com os atravessamentos simbólicos aos quais estão submetidos no campo da cultura. As avaliações em saúde mental orientadas pela psicanálise precisam considerar como cada sujeito irá responder aos impasses na sua relação com o Outro, algo bastante diferente de uma avaliação baseada em comportamentos transgressivos. Neste sentido, afirmamos que tanto no Brasil quanto especificamente no município de Niterói, já havia instituições responsáveis pelos cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes usuários de álcool e de outras drogas, ainda que muitas não se reconhecessem concernidas ao problema até aquele momento.

Apresentaremos a seguir a rede de cuidados com que contamos no município desde o início deste trabalho e assim poderemos nos localizar neste percurso que construímos onde, aos poucos, cada um precisou se implicar naquilo que seu mandato a de trabalho o convocava.

Na rede de saúde mental contávamos com um CAPS-i, um CAPS-ad, cinco ambulatorios de saúde mental, uma emergência psiquiátrica e dois leitos que constituem o Serviço de Internação de Crianças e Adolescentes (SIAC) no Hospital Psiquiátrico de Jurububa, destinado a pacientes com transtornos mentais. O Consultório de Rua *Tá na Pista* assim como o Programa de Redutores de Danos foram equipes que surgiram nos anos seguintes ao surgimento da ERIJAD, sendo o Consultório de Rua um produto direto dos elementos recolhidos no trabalho da ERIJAD. Também, a partir dos nossos elementos clínicos recolhidos, propusemos a construção de uma Casa de Acolhimento Transitório infanto-juvenil⁵ (CAT-i) que ainda está em processo de implantação.

Já no setor da Assistência Social contávamos com um CREAS, aproximadamente sete CRAS, duas Casas de Passagens para crianças e adolescentes divididos por sexo (Casa de

⁵ Através da portaria do Ministério da Saúde nº 121 de 25 de janeiro de 2012 as Casas de Acolhimento Transitório passaram a se chamar Unidades de Acolhimento (UA). Para as crianças e adolescentes o dispositivo chama-se Unidade de Acolhimento infanto-juvenil (UAI). Tais dispositivos buscam a produção de um acolhimento institucional orientado pela Atenção Psicossocial específico ao público que se encontra em riscos devido ao uso abusivo de drogas.

Passagem Paulo Freire para adolescentes do sexo masculino de 12 a 17 anos e Casa de Passagem Isaura Ruas para crianças e adolescentes do sexo feminino), uma Casa de Passagem que acolhe adultos e as famílias em risco (Casa de Passagem Florestan Fernandes) e um CREPOP (Centro de Referência para População em situação de Rua). Havia também três Conselhos Tutelares divididos por regiões (Centro-Sul, Norte e Região de Pendotiba e Oceânica), um hospital geral específico para crianças e adolescentes (Hospital Getúlio Vargas Filho), uma equipe de saúde mental presente dentro do Hospital Estadual Azevedo Lima e o Programa Médico de Família (PMF) que distribui seus módulos por diferentes comunidades da cidade. Ainda que com toda essa oferta de dispositivos, já observávamos que tais locais não funcionavam como uma rede de cuidados compartilhados para esta população, o que ficou mais evidente depois do começo de nossas ações quando nos dirigíamos a tais serviços.

A ERIJAD surge nesta seara de serviços trazendo consigo um mandato clínico-político onde foi possível, tomando cada caso como se fosse o primeiro e considerando a singularidade de cada um nos acompanhamentos, também apostar na construção de respostas frente ao cenário político atual sobre o uso abusivo de drogas além de convocar toda a rede de cuidados a compartilhar estas responsabilidades.

A sustentação de uma resposta política ao problema na cidade advém de um trabalho com cada sujeito, um trabalho clínico que não acontece sem essa via política já que para que cada um seja tomado em sua singularidade também é importante que se produzam algumas condições mínimas no contexto social onde vamos operar. Portanto, desde o início do trabalho nos dedicamos à construção de diretrizes de trabalho na rede de assistência a partir dos acompanhamentos dos casos tomados um a um sem desconsiderar as propostas políticas contidas na portaria da ERIJAD e que se apresentavam através de metas a serem cumpridas. Foi necessária uma passagem da clínica do caso a caso para a construção de um modo particular de operação com todos os casos, tentando demonstrar que este modo de operação inclui estas duas vias de trabalho conjuntamente: a via do ‘caso a caso’ e uma via que inclui o ‘para todos’, uma não vem sem a outra.

A seguir observamos as metas propostas pela portaria de fundação da equipe:

Realizar o levantamento dos trabalhos existentes no município relacionados especificamente à problemática de crianças e adolescente envolvidos com álcool e outras drogas junto às comunidades; dar apoio e acompanhar os casos de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas através da articulação intersetorial com os dispositivos existentes garantindo a atenção integral: recepção e avaliação das urgências, indicação e assistência durante a internação, articulação do tratamento com a família, a comunidade e a rede de serviços (Conselho Tutelar, Escola, Saúde, Assistência Social, Esporte, Lazer e Cultura); realizar um levantamento do perfil dessa clientela e de suas demandas para um diagnóstico situacional; e elaborar

proposta de Programa de Atenção Integral a crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas; (NITERÓI - RJ, Portaria conjunta SMAS/SMS de 11 de dezembro de 2008).

Assim, de saída não foi possível nos esquivarmos de algumas respostas objetivas diante das metas propostas e presentes na referida portaria de modo que estabelecêssemos uma direção geral de trabalho sem desconsiderar o que é singular de cada caso. Ainda que buscássemos algumas coordenadas gerais, nossa proposta se diferenciava das propostas de internações em massa que já inclui todos no grupo marcado pelo nome de crianças e adolescentes em risco social em decorrência do uso abusivo de drogas. Tomá-los como um grupo não permite que se destaque o sujeito em meio à massa, o fixando nos adjetivos gerais (pivetes, pobres, em risco social, delinquentes, abandonados, infratores, drogados, etc.), os fazendo desaparecer na massa de iguais. Apesar da clínica se constituir como um fazer em diferentes espaços institucionais atravessados por diferentes saberes, concordamos que há terrenos mais interessantes e outros menos para seu exercício. Recorremos aqui a Luciano Elia em seu texto *Psicanálise: clínica & pesquisa*.

Mas se o sujeito, para psicanálise, o sujeito do inconsciente, é a rigor sem qualidades – e, nomeadamente, no caso em questão, sem qualidades sociologicamente determinadas – e portanto não é definível dessa forma, ele contudo, uma vez constituído pelo significante, engaja-se no empenho de produzir as identificações que, no imaginário, vão constituir a tessitura que o compõe. Assim, o sujeito, não por um assujeitamento integral ao ‘Social’ e seus signos, mas por adesão ao objeto constituído precisamente por aquilo que escapa à possibilidade de significantização, ou seja, pelo que, da ordem significante, é não-significável e com o qual estabelece uma relação fantasmática, vem a produzir sua teia de identificações que recobrem o fato de que, no inconsciente, ele não é idêntico a si mesmo, não tem identidade, não sabe quem ele é. O sujeito deve autorizar sua própria condenação social (ELIA, 2000, p.28).

Será através dessa pesquisa a qual nos propusemos e a partir de uma prática clínica, ambas acontecendo ao mesmo tempo, como nos orienta Freud, que produziremos uma operação sobre o sujeito o reintroduzindo naquilo que o saber, seja ele o das ciências da natureza ou mesmo o das ciências sociais (presentes nas instituições onde trabalhamos), o foraclui.

O primeiro momento deste trabalho aconteceu a partir de uma intervenção sobre os dizeres cotidianos acerca desta população e que apareciam nas falas dos nossos parceiros de trabalho, principalmente dos conselheiros tutelares. Dizeres que são sustentados em estudos estatísticos (e que se pretendem como uma verdade científica) e que tentam descobrir quais as consequências do uso de crack no cérebro desconsiderando qualquer outra dimensão da vida do sujeito, ou mesmo os estudos que pesquisam se o aumento da delinquência no país está atrelado ao consumo de drogas. A ERIJAD emerge neste cenário como uma aposta clínica

que implica a sustentação de uma posição também política, um outro modo de abordar este problema na cidade a partir das relações cotidianas de trabalho.

A dimensão política da clínica emerge dos elementos derivados do trabalho com o significante onde se visa o sujeito e o saber sobre ele, que não está do nosso lado e sim do lado do próprio sujeito. Neste sentido, nossa direção de trabalho traz consigo uma metodologia que precisa se diferenciar daquelas a que nos referimos e nas quais o sujeito é colocado de fora:

E que, em sua estrutura metodológica, a clínica não é lugar de aplicação de saber mas de sua produção, o que significa que, havendo produção de saber, há necessariamente condições para a prática clínica, uma vez que o saber produzido, não tendo caráter especulativo, foi gerado a partir de uma experiência em que o sujeito está necessariamente implicado (ELIA, 2000, p. 32).

A psicanálise nos oferece uma metodologia de trabalho que traz a especificidade de cada sujeito em questão, seus impasses particulares. Isso não significa que trabalhamos fora da circunscrição das diretrizes que compõem os setores públicos implicados no cuidado, Assistência Social e Saúde Mental. Nossa função é fazer destas diretrizes um terreno onde possamos produzir uma operação sobre o sujeito através de algumas coordenadas. Precisamos também considerar que ao longo da história foi possível a conquista de novas diretrizes que aos poucos possibilitaram novas condições mais interessantes para o nosso fazer. Portanto, não se trata de nos opormos as diretrizes em defesa da clínica. Lembremos, como exemplos, os marcos conquistados com a Reforma Psiquiátrica ou as diretrizes que se referem à garantia dos direitos de crianças e adolescentes em situação de risco social (como o ECA, por exemplo) e que também se encontram presentes como princípios básicos das instituições que compõem o setor da Assistência Social e dos Conselhos Tutelares. Diretrizes perfeitamente compatíveis com o nosso fazer desde que consigamos produzir o dispositivo clínico em cada local, sempre a partir da transferência e considerando a singularidade de cada um. É a partir das diretrizes gerais das instituições com as quais trabalhamos que operamos as coordenadas oferecidas pela psicanálise. Ainda que não se trate de uma mesma lógica discursiva não há como pensarmos o trabalho da ERIJAD sem a presença de ambos os discursos: o institucional (organizando séries, espaços e lugares) e o analítico (que propicia o comparecimento de um sujeito em meio à série dos significantes).

Há um discurso institucional que funda a prática da ERIJAD e foi por isso que, desde o seu surgimento, no ano de 2008, decidimos vinculá-la ao CAPS-ad Alameda. Partíamos do entendimento de que se tratava de uma equipe, a do CAPS-ad Alameda, que estava referida de maneira fidedigna as diretrizes estabelecidas pelas políticas de Atenção Psicossocial. Tal

CAPS já desenvolvia um trabalho territorial (com a população adulta) importante na cidade, terreno fértil para as nossas ações e futuros desdobramentos do trabalho. Percebíamos que ações do CAPS-ad Alameda faziam cumprir as portarias do Ministério da Saúde que surgiram na sequência da promulgação da Lei Paulo Delgado (Lei 10.216 de 06 de abril de 2001) – como, por exemplo, a Portaria nº 336/ GM de 19 de fevereiro de 2002 – e que por isso, a partir desta direção de trabalho institucional, estávamos autorizados a fazer cumprir o nosso mandato e incluí-lo em nosso fazer clínico. Aquilo com o que nos deparamos neste CAPS e o porquê o elegemos como nossa sede institucional não é passível de ser apresentado aqui – considerando as muitas frentes de trabalho deste serviço e o nosso objetivo neste texto. Contudo, suas ações se traduziam com o que nos é apresentado no art. 4º da referida portaria acima citada. Um CAPS que conseguia:

[...] responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local.

As coordenadas que encontramos a partir destas diretrizes que concernem ao campo da Reforma Psiquiátrica foram aquelas que a princípio nos autorizaram junto da teoria psicanalítica e trouxeram as condições mais interessantes para a nossa operação.

1.4 Uma leitura da instituição pelo avesso

Conforme citamos, o campo das diretrizes institucionais é somente um ponto de partida para o nosso trabalho já que a nossa operação, enquanto psicanalistas, se dá num outro campo, o campo do inconsciente. Contudo, não existe uma contraposição entre o trabalho na instituição e a prática da psicanálise. Mesmo diante de instituições enrijecidas em suas práticas, o analista está autorizado a trabalhar e a construir um dispositivo onde possa operar com o seu fazer. O impossível contido neste trabalho orientado pela psicanálise se difere das impossibilidades institucionais encontradas, consequência das negligências do Estado (não se trata apenas da falta de recursos materiais, fato comum na realidade dos serviços do setor da saúde, mas de falta de decisão política). O trabalho do psicanalista será sempre um trabalho diante do impossível de se solucionar, o Real, ou seja, um trabalho com aquilo que não funciona e que Lacan (1974/2005, p. 74) irá chamar de um “ofício sórdido”. O psicanalista será aquele que estará advertido deste impossível esteja ele onde estiver (consultório

particular, manicômios, prisões, conventos, etc.) e que ainda assim ele não recuará de realizar sua leitura e o seu fazer.

Sobre isso que não funciona, e que fora nomeado de impossível, Lacan (1974/2005, p. 63) diz:

O que funciona é o mundo. O real é o que não funciona. O mundo caminha, gira em círculo, é sua função de mundo. Para se aperceber de que não há mundo, ou seja, que há coisas em que apenas os imbecis acreditam no mundo, basta observar que há coisas que fazem que o mundo seja imundo, se assim posso me exprimir

Então, trataremos aqui do significante instituição como um coletivo de pessoas que faz operar um discurso, o discurso do mestre:

Não o faço de maneira arbitrária, pois esse discurso do mestre já tem seus créditos na tradição filosófica. No entanto, tal como o tento depreender, ele adquire aqui uma nova relevância pelo fato de poder, em nossa época, se depreendido em uma espécie de pureza – e isto por algo que experimentamos diretamente, no plano da política. (LACAN, 1970/1992, p. 91)

Abordar a instituição, o institucional, como discurso é diferente da compreensão de instituição como algo reduzido a sua estruturação física, com uma disposição predial e mobiliária específica e com os artefatos próprios ao seu campo. Nosso trabalho é operar nesse discurso produzindo uma virada pelo avesso sem nos colocarmos na posição daquele que realizará, de saída, uma revolução desta realidade institucional. Os efeitos sobre a instituição poderão advir no momento em que incluirmos um lugar onde há uma falha neste emaranhado de saberes institucionais sobre aqueles que estão em seu abrigo e os tomam como indivíduos desprovidos de um saber que lhes é próprio. Será nesta falha-de-saber que encontraremos o operador do trabalho e que decantará, como seu produto, o que singulariza cada um daqueles incluídos na instituição. Um trabalho que incide a partir de um giro discursivo, operando sobre isso que não funciona, o Real, abrindo espaço para este outro saber, o inconsciente, de onde advém o sujeito. Como falamos anteriormente, apesar dos discursos do mestre e do analista (assim como o discurso da histórica e da universidade) trazerem consigo a dimensão do impossível, será o analista que irá se dedicar a isso que não funciona e realizará sua leitura. Lacan em seu *Seminário XX* (p. 58) fala desse giro a partir da descoberta de Copérnico:

A revolução copernicana não é de modo algum uma revolução. Se o centro de uma esfera é suposto, num discurso que é apenas analógico, constituir o ponto-chave, o fato de trocar esse ponto, de fazê-lo ser ocupado pela terra ou pelo sol, não tem nada em si que subverta o que o significante *centro* conserva por si mesmo. Longe do homem – o que se designa com este termo, que não é senão o que faz significar – ter sido jamais sacudido pela descoberta de que a terra não está no centro, ele a substitui muitíssimo bem pelo sol.

Lacan lança mão da revolução copernicana para fazer um contraponto com isso que ele chamou de “ofício sórdido” que é o tratamento do Real. Ele diz que “[...] a subversão, se ela existiu em algum lugar e em algum momento, não é ter-se trocado o ponto de rotação do que gira, é ter-se substituído o *isso gira* por um *isso cai*”. (p.59). Lacan nesta passagem do seu *Seminário* quer nos dizer que não se trata de estabelecermos um novo saber no lugar daquele outro anterior, oferecendo novas regras institucionais a serem utilizadas, e sim a produção de um outro discurso a partir deste discurso-mestre (a partir do discurso-mestre e portanto não sem ele, mas produzindo a subversão que nos leva a seu avesso). Isso que faz o mundo girar, e que produz significação e a idéia de que estamos num mesmo mundo está fundado num real que é justamente a encrenca, que o torna “imundo”, como ele mesmo nomeou. Esse imundo será justamente aquilo que aparece de insuportável no trabalho institucional e que na maioria das vezes faz com que os seus operadores rechacem tudo que o evidencia. Não são raras as notícias de que um adolescente foi desligado da Casa de Passagem após ter saído para fumar crack e retornar no dia seguinte ou que determinado adolescente roubou um objeto e o negociou com os demais, também sabemos de todas as encrencas relacionadas às pactuações entre os adolescentes em termos das atividades sexuais. As regras institucionais – que aparece na fala dos técnicos na forma de um saber sobre o que pode ou que não pode ser feito pelos acolhidos pela instituição –, funcionam mais para a expulsão daqueles que não são considerados “bem comportados” do que para a regulação do laço entre aqueles que ali estão acolhidos, ponto onde esta encrenca aparece e no qual o analista se deterá com sua leitura. Sobre isso Lacan (1970/1992, p. 95) diz que [...] “o discurso analítico se especifica, se distingue por formular a pergunta de para que serve essa forma de saber, que rejeita e exclui a dinâmica da verdade”.

Talvez a posição da ERIJAD nas instituições desde o início – posição que faz uma balança entre o estar e o não estar nela, já que nos dirigimos a cada instituição para trabalharmos não só com os nossos supostos pacientes mas também com os seus dizeres sobre eles – sem fazer parte do corpo administrativo que a compõe, tenha possibilitado de modo mais potente a operação deste outro discurso que toma o discurso institucional pelo avesso e inclui as “encrencas” de cada sujeito no laço social ao invés de ignorá-las.

O que queremos dizer com isso é que a operação da clínica acontecerá a partir e considerando as condições institucionais, mas não de modo restrito a elas. Será através desta posição de querer saber sobre o que não funciona para cada um que poderemos intervir na instituição. “Por mais besta que seja esse discurso do inconsciente, ele corresponde a algo relativo à instituição do próprio discurso do mestre” (LACAN, 1970/1992).

Sobre a relação entre isso que chamamos de discurso institucional (o discurso do mestre) e a posição do analista, Lacan diz que [...] “Não se trata aqui de uma relação de distância, nem de sobrevoos, mas de uma relação fundamental – a prática analítica é propriamente iniciada por esse discurso do mestre” (LACAN, 1970/1992, p. 161).

Os impasses institucionais referentes à administração dos bens e da gestão de recursos humanos apenas apontarão para um modo mais ou menos confortável do analista sustentar seu discurso (considerando a necessidade de um mínimo de recursos para que a instituição funcione). No caso da ERIJAD, para nos autorizarmos ao trabalho na cidade e com outras instituições, apostamos nas propostas institucionais dos CAPS enquanto um terreno facilitador para a operação deste fazer ainda que soubéssemos que suas portarias e diretrizes institucionais não garantem uma operação clínica. Foi necessário nos lançarmos ao trabalho a partir do que o CAPS nos autorizava a fazer com as instituições da rede que acolhem crianças e adolescentes usuários de drogas. Somente em ato, recolhendo os efeitos da própria prática, é que conseguimos experimentar a operação deste outro discurso que inclui um sujeito a partir de um fazer clínico. Destacamos aqui mais uma vez que a instituição CAPS nos autorizava, contudo, não nos oferecia garantias sobre este fazer.

Sobre a instituição, lembremos:

Porque antes de existir para eventualmente tratar do sujeito, a instituição existe para acolhê-lo, colocá-lo ao abrigo, colocá-lo à distância, assisti-lo. Antes de ter um objetivo terapêutico, a instituição é uma necessidade social, é a necessidade de uma resposta social a fenômenos clínicos, a certos estados da psicose, a certas passagens ao ato, a alguns estados de depauperamento físico, que podem levar o sujeito à exclusão social absoluta e até a morte. É isto, então, que motiva a criação de uma instituição e não se deve comparar a instituição de cuidados e a consulta psicanalítica e ver se a instituição realiza os objetivos da psicanálise (ZENONI, 2000, p. 14).

Os diferentes mandatos e as muitas dificuldades institucionais presentes na realidade das instituições brasileiras não poderiam nos fazer cair no impasse (que se apresentava na fala de alguns atores tanto da rede de Saúde Mental quanto da rede de Assistência Social), produzido pela questão de saber se determinada instituição está preparada ou não para receber esta população ou no engodo da questão de saber se é possível alguma clínica com estes sujeitos em terrenos onde há um mandato de proteção social e não o mandato de tratamento, ou melhor, se há trabalho clínico nos espaços fora das instituições do setor da saúde e dos seus dispositivos reconhecidamente nomeados de “terapêuticos”. Fazer clínico e realização de um tratamento (ou de uma prática terapêutica) em saúde não são termos que coincidem *a priori*, ainda que na clínica se trate de algo. Não foi raro escutamos

dos nossos colegas da área da saúde mental que a ERIJAD consistia em um trabalho de articulação social entre as instituições, como um fazer menos importante das demais instituições de saúde mental, e não de um fazer clínico, formulação que incorre num equívoco e no desconhecimento dos próprios princípios psicanalíticos que autorizam a prática clínica.

Trata-se de operar com a psicanálise nos campos do mal-estar da civilização contemporânea. O principal efeito esperado por essa proposição é constituir a psicanálise como experiência original, levando a termo seus efeitos. Através dela também se diferencia a psicanálise da terapêutica.

Regido pela dimensão ética que, como vimos, condiciona o analista a não colocar sua pessoa em jogo na experiência analítica, mas antes sua falta a ser, um analista pode operar em qualquer circunstância em que sua presença for convocada, seja num hospital geral, seja num programa de controle de homicídios, seja num programa de liberdade assistida, seja numa intervenção comunitária. A psicanálise se “estende” a diferentes contextos e “para todos”. Aliás, cabe uma pequena alteração gramatical aqui já que estamos a tratar da psicanálise: a psicanálise se aplica a cada um, a qualquer um que dela possa se utilizar (GUERRA, 2010, p. 97).

O psicanalista será aquele que faz operar um discurso esteja ele em qual instituição for, a partir da transferência, escutando os impasses de um sujeito diante da castração, diante daquilo que lhe é traumático. Esta função produz um descompletamento do sujeito fazendo-o se subtrair, – como nos afirma Lacan (1960/1998) em *Subversão do sujeito e dialética do desejo* – desse Outro da instituição repleto de saber sobre ele. Alexandre Stevens em seu texto *El error del toxicómano* (2004, p. 43) retoma uma passagem do psicanalista Éric Laurent onde ele diz que uma criança está sempre na instituição e se esta instituição não funcionar, será levada a integrar uma instituição especializada. Caso esta também não funcione, estará nas ruas e esta também será uma instituição. Essa afirmação radical equivale dizer que a criança estará sempre referida ao Outro que possui seus modos de regulação dos excessos, seus modos de inserção e ancoragens possíveis. “A questão não é de saber qual a psicanálise praticar na instituição, mas qual instituição praticar na psicanálise. Então, não é a psicanálise na instituição, mas a instituição na psicanálise”. (ZENONI, 2000, p. 16)

Essa passagem de Zenoni reafirma a possibilidade de uma operação da psicanálise no campo público além das práticas já reconhecidas no setor da saúde, mais especificamente na área da saúde mental. Para este trabalho acontecer basta sabermos se estamos dispostos a nos externar para além das fronteiras que delimitam a área da saúde mental e nos presentificarmos nas instituições dos setores até então estranhos ao nosso cotidiano de trabalho e com diferentes dificuldades. Os impasses entre a psicanálise e as instituições de saúde mental não são uma discussão nova e está presente ao longo de nossa formação em psicanálise, porém, agora, esse impasse também se localizara na relação com as instituições até então estrangeiras para a maioria dos técnicos da ERIJAD e da área da saúde mental, na intersectorialidade

necessária ao trabalho. O desafio que se colocou foi o de fazer operar a clínica a partir de mandatos distintos dos mandatos de tratamento em saúde mental.

1.5 A clínica e sua aposta num lugar para o sujeito

Por este caminho que percorremos até aqui, podemos resumir nossa proposta afirmando que o nosso trabalho nas instituições, esteja ele localizado em que setor estiver, precisa operar produzindo um **lugar** para o sujeito no Outro (no Outro institucional, neste caso). Para tanto, o acolhimento daquele que chega nos demandando algo precisa ir além das ofertas de cuidados em saúde e/ou sociais que não garantem o seu tratar. O conceito de lugar aqui se apresenta diferentemente de um simples **local** reduzido a um espaço geográfico. Lembramos aqui dos grandes manicômios que eram locais para o tratamento dos loucos, ainda que locais de reclusão e de tortura onde eles, permanecendo sem lugar, não tinham outro destino possível senão a morte. Fazendo um contraponto, também não nos é garantido que um CAPS ou uma Casa de Passagem funcione como um lugar para o sujeito, onde ele possa construir suas referências e seus endereçamentos. O discurso político e suas diretrizes, por mais bem elaboradas que sejam inferindo um tratamento digno para cada indivíduo, também não nos garante esse lugar. Estes locais também podem se apresentar apenas como um local que não dê lugar algum. Será neste ponto que o psicanalista encontrará sua função na instituição sustentando uma posição clínico-política (que desdobraremos nos próximos capítulos deste trabalho) para que não assistamos novamente à reedição dos manicômios que nada mais são que locais que não produzem lugares, ou, quando os produzem, são lugares marcados pelo congelamento e a morte do sujeito. O que a ERIJAD pode afirmar ao longo destes quatro anos de trabalho é que os locais e os lugares não são a mesma coisa. Onde há locais de tratamento para os indivíduos não necessariamente há lugares para o sujeito.

Destarte, lembremos que a construção de locais de reclusão dos considerados loucos e de todos aqueles que se apresentaram ao longo da história como desgarrados da massa dos supostamente “normais” sempre foi sustentada a partir da reivindicação de locais de tratamento para estas pessoas. Observamos que estes pedidos retornam hoje nas falas de parte da população e de muitos técnicos que compõem a rede de cuidados através de novas demandas de construção de locais para o tratamento deste público: como os pedidos de internações para as crianças e os adolescentes usuários de drogas.

Neste momento da história identificamos que há uma reedição da segregação em curso antes destinada àqueles que interrogavam a razão com suas lógicas delirantes e pensamentos

mágicos. A segregação hoje ressurgue por uma outra via que não aquela pautada nos parâmetros da razão e não só na construção de novos locais para inseri-los. A segregação atual, a fixidez num lugar no corpo do Outro, é oriunda de um discurso que faz cola entre o sujeito e o seu objeto de gozo, um discurso que pela via do objeto de gozo fixa o sujeito a partir de uma nomeação.

Constatamos isto a partir da banalização de alguns diagnósticos psiquiátricos ou das nomenclaturas da moda dadas aos grupos formados pelas identificações que perpassam os excessos com o objeto: “bulimia e anorexia” (objeto-comida), “dependentes químicos” (objeto-droga), “consumidores compulsivos” (objeto-shopping), ou mesmo, a partir do nosso tema e de modo mais específico e vulgar, os que encontram no crack uma via para o gozo são nomeados pelo senso comum de “cracudos”. Estes apresentam a segregação a partir de um discurso atual que circula sobre o objeto-crack, chegando a fazer com que eles mesmos se identifiquem e sejam identificados a partir de um nome que serve para todos aqueles que gozam com este mesmo objeto. Este fenômeno que forma um grupo pela via do objeto de gozo e o segrega no campo social se reproduz dentro das diferentes instituições ou mesmo a céu aberto, como no caso das “cracolândias”.

Nada mais comum que um sujeito que lança mão da substância crack perder seu nome próprio dentro das instituições e ser incorporado discursivamente a uma massa amorfa nomeada de “cracudos”, um discurso massificador localizado até mesmo entre os usuários de outras substâncias que não os de crack. Os locais específicos delimitados nas cidades para que estes sujeitos se encaminhem ou circulem (“cracolândias”, Comunidades terapêuticas, abrigos especializados, como no caso da cidade do Rio de Janeiro, cidade vizinha a Niterói e com por isso produz consequências em nosso trabalho), a partir de um discurso sobre o crack, também produz um lugar, diferente de um lugar para um sujeito, mas sim um lugar que congela e cola o sujeito ao significante crack e o impede de emergir em sua singularidade entre a cadeia significante.

Será este discurso que faz cola de tudo e de todos em meio a massa, que sustenta a segregação atual. Precisamos estar atentos pois as demandas de internação para o tratamento surgem travestidas de oferta cuidados (e muitos apostas verdadeiramente nelas como a única saída possível) e ainda que por motivos diferentes daqueles que querem a reclusão destes sujeitos em nome da estética pública, as consequências se repetem: a segregação de todos aqueles marcados pelo estigma da epidemia do crack.

Precisamos cuidar dessa demanda que nos chega sem cairmos nas disputas ideológicas que nos atravessam como, por exemplo, ou internação ou tratamento no território. Não

recusamos que as internações possam ter efeitos importantes se incluídas num fazer clínico – desde que ela não seja a estratégia principal de intervenção em detrimento da atenção em seus territórios de vida. Lembremos que na clínica, a demanda sempre nos chegou do modo que ela pode chegar, seja a demanda de cada paciente ou mesmo as demandas advindas em nome da ordem pública, pelos representantes da gestão da cidade. Aqueles que advertidos pelos ideais da Reforma Psiquiátrica e que se colocam na posição de acolher esses pedidos sem avalizá-los – sem lhes dar prontamente um aval, mas, pelo contrário, recusando-lhes de saída o aval para efetuar sobre eles um trabalho: analisá-los em vez de avalizá-los –, podem também incorrer no equívoco de deixar o sujeito de fora do trabalho e produzir mais resistência em relação ao nosso discurso (apesar de que em alguns momentos as posições mais combativas devam ser sustentadas diante dos fascismos existentes na gestão das políticas de governo). Apostar na clínica é considerar que a primazia do significante está colocada de saída e que a luta ideológica é sua armadilha primeira nos deixando fixados imaginariamente contra um falso mestre. Se há uma verdadeira demanda sendo endereçada a nós pelos cidadãos (e não pedidos para ratificar respostas já dadas a partir do cinismo de alguns gestores que querem garantir seus cargos em nome da higienização social) é com ela que deveremos trabalhar sem nos posicionarmos de maneira restritamente combativa: “O Outro, como sítio prévio do puro sujeito do significante, ocupa a posição mestra, de dominação, antes mesmo de ter acesso à existência, para dizê-lo com Hegel e contra ele, como absoluto Senhor/Mestre”. (LACAN, 1960/1998, p. 821)

Portanto, não se trata apenas de uma luta entre os senhores, cidadãos de bem e que detém as posições mais privilegiadas na cidade, e parte do povo menos favorecido, pobres cidadãos que vivem nas ruas usando drogas e vítimas da desigualdade social. Nossa função na cidade busca também provocar, nos espaços de debate do assunto, que nos encontremos com o fato de que o senhor também não sabe o que fazer com este problema que é o uso abusivo de drogas por crianças e adolescentes ainda que ele promova ações destinadas à massa e que prometam a instalação da ordem e da paz entre as pessoas. Há uma intervenção que precisa acontecer nos discursos sobre o uso abusivo de drogas e que está pulverizado na cidade produzindo um ideal sobre o que fazer com isso. A sociedade sempre fracassou na busca pelo ideal de um mundo sem drogas e com o crack não é diferente – muitas vezes traduzido pelo lema “um mundo sem drogas” – e será a partir desse fracasso que iremos nos deter enquanto psicanalistas.

2 A ERIJAD E SUA PRÁTICA CLÍNICO-POLÍTICA: O TRATAMENTO DO SUJEITO NÃO SEM O TRATAMENTO DA REDE INTERSETORIAL

2.1 A Psicanálise diante dos equívocos do estado

Restam somente duas teorias que ainda indicam e praticam essa noção engajada de verdade: o marxismo e a psicanálise. Ambas são teorias de luta, não só teorias sobre a luta, mas teorias que estão, elas mesmas, engajadas numa luta: sua história não consiste num acúmulo de conhecimentos neutros, pois é marcada por cismas, heresias, expulsões. É por isso que, em ambas, a relação entre teoria e prática é propriamente dialética; em outras palavras, é de uma tensão irreduzível: a teoria não é somente o fundamento conceitual da prática, ela explica ao mesmo tempo por que a prática, em última análise, está condenada ao fracasso – ou, como disse Freud de modo conciso, a psicanálise só seria totalmente possível numa sociedade que não precisasse mais dela. Em seu aspecto mais radical, a teoria é a teoria de uma prática fracassada: “É por isso que as coisas deram errado...”. Costumamos esquecer que os cinco grandes relatos clínicos de Freud são basicamente relatos de um sucesso parcial e de um fracasso definitivo (ZIZEK, 2011, p. 21).

Será em torno deste fracasso, de algo que não funciona e que é intrínseco à estrutura da linguagem, que buscaremos trilhar um percurso de intervenções orientado pela psicanálise. Nossa aposta visa nos deslocarmos de um trabalho orientado pelo ideal de eliminação do uso de drogas pelos indivíduos, mais especificamente do uso de crack, para uma intervenção com o sujeito do inconsciente onde a droga é apenas uma contingência em suas vidas. Buscamos a emergência de um sujeito a partir de um trabalho que incide sobre a cadeia significativa, ou seja, um trabalho que vislumbra a produção possível de um lugar para o sujeito no campo do Outro. O nosso campo de trabalho é o Outro e não as cracolândias e cenas de uso de crack. Neste sentido, tomaremos a cidade enquanto um fragmento deste Outro a partir dos muitos atravessamentos discursivos que encontramos nela e que se referem a massa de crianças e adolescentes usuários de drogas. Portanto, incidimos sobre estes muitos discursos sobre os sujeitos que por vezes os tomam enquanto uma massa de iguais, assim como no discurso de cada sujeito.

Somente através da clínica psicanalítica conseguiremos nos deter neste fracasso da estrutura e a operar com ele sem que com isso o encubramos com os saberes oriundos da medicina, da psicologia, da sociologia ou da antropologia, como fazem os especialistas em dependência química com suas soluções prescritivas. Este impossível de ser suturado, quando encoberto com estes saberes, continuará dando provas de sua existência (pois ele insiste) e é com isso que nos encontramos na clínica. Há algo do mal-estar que emerge diante deste impossível de ser suturado e que é intrínseco à cultura (e à estrutura de cada sujeito). Diante

disso, a droga aparecerá apenas como mais um recurso que fracassa, assim como todos os outros saberes que propõem a sua extinção da vida.

Como nos afirma Freud em *O mal-estar na civilização* (1929 [1930]/1996, p. 93) há algo intrínseco a vida em sociedade que coloca essa dimensão de insuficiência para toda e qualquer tentativa de supressão do mal-estar.

[...] Contudo, quando consideramos o quanto fomos malsucedidos exatamente nesse campo de prevenção do sofrimento, surge em nós a suspeita de que também aqui é possível fazer, por trás desse fato, uma parcela de natureza inconquistável – dessa vez, uma parcela de nossa própria constituição psíquica. Quando começamos a considerar essa possibilidade, deparamo-nos com um argumento tão espantoso, que temos de nos demorar nele. Esse argumento sustenta que o que chamamos de nossa civilização é em grande parte responsável por nossa desgraça e que seríamos muito mais felizes se a abandonássemos e retornássemos às condições primitivas. Chamo esse argumento de espantoso porque, seja qual for a maneira por que possamos definir o conceito de civilização, constitui fato incontroverso que todas as coisas que buscamos a fim de nos protegermos contra as ameaças oriundas das fontes de sofrimento, fazem parte dessa mesma civilização.

Escutar cada sujeito é colocar em evidência no trabalho esse mal-estar na civilização, que aparece a partir disso que fracassa na estrutura. Escutamos o que não funciona para cada um e somente a psicanálise, através do seu modo de operação, possibilitará que façamos uma leitura deste impossível dando abertura para construções possíveis diante disso. Queremos incluir neste ponto a evidência do real, como já citamos no primeiro capítulo, algo que não permite que o mundo funcione como acreditamos que deveria funcionar. Diferente de outras teorias, a psicanálise será a única que através de suas coordenadas não nos impelirá a ações de reparação, mas sim a provocar que cada sujeito possa saber fazer com isso, que cada um possa inventar um modo de não ser tragado pela dimensão do real através de um gozo mortífero, também nomeado por Freud como a *pulsão de morte*. “Uma satisfação irrestrita de todas as necessidades apresenta-se-nos como o método mais tentador de conduzir nossas vidas; isso, porém, significa colocar o gozo antes da cautela, acarretando logo o seu próprio castigo” (FREUD, 1929 [1930]/1996, p.85).

Lacan (2005, p.63) em *O triunfo da religião* nos diz que somente os imbecís acreditam que há alguém em algum lugar que saberá dar conta do fracasso ao ponto de suprimi-lo. Atualmente encontramos vários exemplos disso a partir do clima alarmista de “epidemia do crack” difundido pelos meios de comunicação e justificado pelos diferentes gestores nacionais, estaduais e municipais, que fazem com que estes, os imbecis, surjam em todos os espaços da cidade (advindos dos mais variados boeiros acadêmicos e governamentais) trazendo consigo uma parafernália de saberes que supostamente eliminarão o problema do uso do crack e a crença de numa vida sem mal-estares. Em nome disso, notamos nos últimos

três anos um verdadeiro retrocesso nas políticas de governo destinadas aos cuidados em saúde mental da população infanto-juvenil em todos os níveis - municipal, estadual e federal - de gestão, e podemos tomar como exemplo disso a cidade do Rio de Janeiro (futura sede da Copa do Mundo de 2014 e dos jogos Olímpicos de 2016). Observamos uma verdadeira empreitada da gestão pública municipal para eliminar (entenda-se: tornar invisível) o problema do uso abusivo de drogas entre crianças e adolescentes, mais especificamente aqueles que se encontram em situação de rua.

Ainda que saibamos dos interesses que estão além do suposto “cuidado” destinado a esta população (que são recolhidos das ruas e depositados em instituições de abrigamento ditos “especializados” e que se localizam em bairros distantes aos locais onde se encontravam, longe de seus territórios de vida), notamos um batalhão de técnicos – psicólogos, médicos, assistentes sociais, etc. – e de outras pessoas da população em geral, que apostam que somente assim, trancando e medicando estes indivíduos “contaminados” pela suposta epidemia, que obteremos sucesso. Buscam a eliminação deste real que, por vezes, apresenta-se sem véu na vida destes sujeitos nos quais a degradação do corpo advinda com o uso de crack é somente signo e não a causa de suas devastações. A aposta do governo de combate ou guerra ao crack (ou a idéia que traz o slogan do programa de governo da presidência, lançado em 2011, “Crack: é possível vencer”) só poderá, então, ser compreendida como uma idéia ingênua (para não dizer estúpida) já que no meio do caminho sempre haverá alguma pedra (sendo ela o crack ou não) que não permitirá que o ideal aconteça. Não há como evitarmos o encontro com o real, o que aponta para a fragilidade desta estratégia de “tratamento” que se sustenta na eliminação de um suposto produto químico dentro de um corpo biológico através do afastamento do indivíduo de seus territórios de vida.

Numa avaliação mais rigorosa através daqueles que se aproximam verdadeiramente do que se está em jogo para cada um destes sujeitos, o que observamos (e escutamos) novamente é a dimensão do fracasso se recolocando. As internações forçadas destes indivíduos não trazem qualquer solução para os seus movimentos em direção à morte, estando a droga presente ou não. Não há como nos livrarmos da dimensão pulsional que se está em jogo para cada sujeito e que por vezes os fazem lançar mão do objeto droga. Ainda que a dimensão pulsional do sujeito não constitua um problema econômico e ou sociológico, a negligência do Estado desde os primeiros anos de suas vidas - que acarretam situações como as que citamos no primeiro capítulo: escolas que os expulsam, famílias miseráveis, Conselhos Tutelares que não os acompanham, etc. – impede que muitos (não todos) encontrem outros recursos na cultura, que não somente o uso abusivo de drogas, para dar contornos aos seus mal-estares na

vida. Portanto, seria simples se o grande causador de todo o mal fossem as tais pedrinhas de crack. Nosso trabalho diante deste cenário, muitas vezes, é reduzir os danos que o próprio Estado produz a partir de tantas negligências em suas vidas. Sendo assim, reduzir os danos com esta população não se refere somente a intervenções nos momentos em que os indivíduos lançam mão das drogas mas sim construir com cada um a possibilidade de algum acesso aos cuidados (e, principalmente, acesso à transferência, isto é, à possibilidade de endereçamento de suas questões a um outro que as possa acolher, ouvir e trazer a eles a possibilidade de ocuparem um outro lugar como sujeitos) até então negado em todas as etapas de suas vidas.

Não se trata de tomarmos o tratamento da droga na frente do tratamento do sujeito, pois o próprio uso de drogas já é uma tentativa do próprio sujeito em tratar algo que já fracassou na estrutura. As drogas são artefatos inventados pela própria cultura e utilizados pelo sujeito enquanto uma estratégia a mais na lida com o mal-estar, como nos afirma Freud (1929 [1930]/1996, p. 86):

O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que quanto 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. Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determinam o seu perigo e a sua capacidade de causar danos. São responsáveis, em certas circunstâncias, pelo desperdício de uma grande quota de energia que poderia ser empregada para o aperfeiçoamento do destino humano.

A partir desta compreensão que inclui e também vai além do tratamento de cada sujeito (pois toca a regulação do laço social pelo próprio Estado), para aqueles atravessados pela psicanálise, teremos a tarefa de transmitir ao campo social este impasse real que se apresenta para todo e qualquer sujeito falante. Algo que não é possível eliminar e que só poderemos cuidar no um a um e não através de estratégias de massa. Neste sentido a clínica nos permite e autoriza cumprirmos este papel desde que haja um terreno mínimo (políticas públicas menos repressivas e que dêem a necessária sustentação a atos clínicos em ampla escala e em rede) para o seu exercício. Será a partir desta transmissão que poderemos intervir na segregação que observamos crescente nas cidades onde em nome do cuidado de crianças e adolescentes usuários de drogas concebido em termos da eliminação do uso de drogas no mundo, se exclui o sujeito e se produzem torturas. Ainda que saibamos que não há epidemia alguma referente ao uso de crack (assim como não havia epidemia referente ao uso de cola de sapateiro e outros solventes tão utilizados por crianças e adolescentes em situação de rua na

última década), e que o uso de álcool e tabaco são os maiores geradores de gastos da saúde pública brasileira (e não há um discurso oficial afirmando que há uma epidemia de álcool), precisamos construir e publicizar os efeitos destes “tratamentos” do uso de drogas pautados exclusivamente no confinamento dos sujeitos. Os tratamentos forçados (também conhecidos como compulsórios) exclui de saída a participação do sujeito nas decisões sobre sua vida produzindo novos danos para aqueles que permanecem alijados de seus territórios de vida.

2.2 O inconsciente é a cidade: a ERIJAD e suas intervenções clínico-políticas

A partir destas considerações e da história apresentada no primeiro capítulo sobre o surgimento da ERIJAD, traremos agora a dimensão política com que a clínica operou neste percurso através de um dispositivo clínico. O intuito será a demonstração dos efeitos das intervenções que por uma consequência lógica não foram circunscritas em duas vias distintas, uma clínica e outra política. Buscaremos, a partir do trabalho, destacar que não se trata de um fazer clínico e outro político, já que teríamos estes dois termos disjuntos ainda que ligados pelo conectivo “e”. Daremos um passo a mais, afirmando que não se trata de um trabalho clínico e político mas sim de um trabalho clínico-político onde qualquer intervenção sobre um destes dois significantes separadamente, ligados entre si pelo hífen, produz efeitos que se inscrevem no nível do outro.

Afirmamos com isso que não há um trabalho inicialmente clínico cujos efeitos na cidade, na *pólis*, terão advindo num só depois a partir do engajamento dos técnicos que compõem a equipe nos espaços destinados as discussões políticas sobre o tema do uso abusivo de álcool e drogas por crianças e adolescentes. Também não se trata de um trabalho em que, a partir de um acúmulo de experiência clínica, de escuta aos impasses que cada sujeito enfrenta diante da castração, tenhamos obtido um número maior de elementos clínicos para que com eles possamos sugerir propostas nos espaços reconhecidamente destinados ao debate político. Definitivamente não é disso que se trata mas sim de um fazer em ato, um fazer cuja dimensão clínica é evidente, e que, no ato mesmo em que ele se faz, produzem-se efeitos políticos simultâneos. Isso não impede que outras ações no plano político tenham que ser empreendidas, e mais adiante mencionaremos a importância da ocupação dos espaços na cidade para a construção de novas propostas de intervenção como nas Conferências de Saúde, de Assistência Social, dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes, etc. O que importa, neste momento, afirmar, é a conjunção do clínico com o político em cada ato da equipe: são as

próprias intervenções da ERIJAD que fazem essa junção da dimensão clínica e da política como verificaremos adiante.

Para dar um fundamento teórico a esta leitura do trabalho da ERIJAD a partir desta afirmação de que todo fazer clínico traz consigo uma dimensão política de maneira intrínseca, tomaremos o binômio significativo *clínico-político* através de uma topologia que rompe com a ideia de um dentro e de um fora, ou seja, um dentro da clínica e um fora da clínica, onde equivocadamente situaríamos tudo que se passa na dimensão do plano político e social. Nada melhor do que começarmos por uma advertência de Freud que, apesar de não se formular em termos de topologia, implica uma dimensão topológica.

Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social (FREUD, 1921, p. 81)

A partir deste entendimento, com Luciano Elia (2011) afirmamos que:

É Lacan que nos indica que o analista deve se ocupar das questões de sua época, com o que concordamos sem hesitação, pois o inconsciente, já em Freud, mais ainda com Lacan, não é uma essência que atravessa, intangível, o tempo e a história, a política e as questões sociais. No entanto, é precisamente neste ponto de articulação da psicanálise e da cultura que reside o maior e o mais grave risco de *descarrilhamento* discursivo e babaquice (*deconnage*, para usar aqui o neologismo caro a Lacan, ou seja, uma baboseira, um besteiro – um discurso frágil e facilmente desmontável).

Portanto, será a partir destas advertências que buscaremos dar continuidade a discussão sobre este assunto.

A estrutura topológica da clínica parte exatamente do modo como o inconsciente pode ser pensado desde Freud e Lacan, sem considerá-lo um dentro obscuro e profundo, se opondo a um fora onde equivocadamente se reconhece a dimensão consciente e a vida social. A leitura topológica aqui proposta rompe com esta compreensão do dentro e do fora, tomando o fazer clínico-político como um significativo lido numa mesma tira que se fechou após a aplicação de uma meia torção. É a partir desta meia torção que encontramos a dimensão do nosso fazer, ilustrado pela figura de um oito interior onde existe apenas um único lado e uma única borda, ou seja, a *Banda de Moebius*, que apresentamos abaixo



Para que possamos compreender essa leitura do trabalho a partir de uma estrutura topológica do inconsciente, citaremos um trecho da tese de doutoramento de Andréa Máris Campos Guerra cujo título é *A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência* (2007, p. 32). Um modo de se abordar o inconsciente que justamente rompe com essa dicotomia:

Na discussão do texto freudiano que empreende em seu seminário, Lacan reafirma a dimensão fundadora da ordem simbólica *Bejahung*. Para que um sujeito não queira saber algo no sentido do recalque, é preciso que esse algo tenha vindo à luz pela simbolização primordial. E no mesmo movimento em que algo é introduzido no sujeito, algo é expulso e resta fora⁶.

Lacan (1954/1998, p. 390-391) considera que:

Não há outro valor a dar, com efeito, à reiteração da divisão entre o fora e o dentro articulada pela frase de Freud: *Es ist, wie man sieht, wieder eine Frage des Aussen und Innen*. ‘Trata-se novamente, como se vê, de uma questão do fora e do dentro’. Em que momento, de fato, surge esta frase? – Primeiro houve a expulsão primária, isto é, o real como externo ao sujeito. Depois, no interior da representação (*Vorstellung*), constituída pela reprodução (imaginária) da percepção primária, a discriminação da realidade como aquilo que, do objeto dessa percepção primária, não é apenas instaurado como existente pelo sujeito, mas pode ser reencontrado (*wiedergefunden*) no lugar onde este pode apoderar-se dele.

Neste sentido, o que buscaremos é a demonstração de que a dimensão clínico-política das ações da ERIJAD parte exatamente desta perspectiva, sem que haja a divisão entre uma leitura do sujeito do inconsciente (como se tratássemos de um ser inconsciente obscuro) e a realidade externa ao sujeito (onde acontece a cena social e onde localizamos a consciência). Ambos se situam na mesma e única superfície de leitura da *Banda de Moebius*. O sujeito do inconsciente que aqui abordamos será aquele que respeita uma estrutura lógica do significante não podendo ser localizado a partir de uma leitura ontológica com sua essência internalizada e misteriosa, heterogênea ao mundo externo, supostamente a realidade.

⁶ O texto de Lacan do qual a autora faz referência é um texto dos *Escritos* de 1954 chamado *Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud*.

O sujeito da psicanálise não é aquele que se esconde num mundo interior, ele justamente subverte esta compreensão de mundo interior e exterior. O sujeito será tomado como um operador desta lógica onde dentro e fora estão localizados na mesma superfície da tira moebiana, no campo da linguagem. Na psicanálise, o sujeito é apreendido como um ponto sem saber algum, um sujeito que não sabe o que fala e que emerge entre os significantes S_1 e S_2 . Seu fundamento parte de uma lógica discursiva e não de uma ontologia:

Tal sujeito, sobre o qual opera a psicanalista, é o mesmo, diz Lacan, que o sujeito da Ciência, que no entanto não faz sobre ele operação alguma, como faz o analista. No entanto, a Ciência o supõe, esse sujeito sem qualidades, esse sujeito que é o correlato do advento de um discurso que, no alvorecer do que não por acaso, e por isso mesmo, passou a ser chamado de Modernidade, introduziu uma forma de pensar que não se submete ao significado socialmente compartilhado (ELIA, 2008, p. 17).

Retomando Lacan em *A ciência e a verdade* (1965/1998, p. 873), encontramos:

Dizer que o sujeito sobre quem operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência talvez passe por um paradoxo. É aí, no entanto, que se deve fazer uma demarcação, sem o que tudo se mistura e começa uma desonestidade que em outros lugares é chamada de objetiva: mas que é falta de audácia e falta de haver situado o objeto que malogra. Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis. Que chamem a isso como quiserem, terrorismo. [...] A posição do psicanalista não deixa escapatória, já que exclui a ternura da bela alma.

Sendo assim, o trabalho com o sujeito produz efeitos sobre sua posição a partir de uma lógica significativa (e não sobre o que Lacan chamou de “a ternura da bela alma”), e ao mesmo tempo sobre o seu lugar no Outro (tesouro do significativo), ou melhor, como afirma Lacan, sobre o inconsciente como o discurso do Outro (LACAN, 1960/1998, p. 659). Aqui tomaremos o Outro também como um coletivo de traços que surgem a partir dos muitos discursos existentes na cidade, o que nos permite também compreender a idéia de laço social.

A Psicanálise define laço social como o efeito de uma estrutura quadripartida de posições e funções que ocupam essas posições, segundo uma determinada lógica, e chama essa estrutura de discurso. Evidentemente, não temos como desenvolver adequadamente esta conceituação aqui, o que também excederia o que se pretende na formulação dos objetivos de uma pesquisa. O que queremos dizer com isso é que o laço social de que falamos não coincide com a idéia comum de relação social, entendida como o fenômeno que diz respeito ao modo como as pessoas se relacionam entre si. Laço social, para a psicanálise, é um modo de agenciar relações entre elementos lógicos, discursivos, que não deixam de ter, por serem lógicos e discursivos, os mais concretos e encarnados efeitos na vida dos sujeitos, como o preconceito dicotomista tende a crer, fruto do abstracionismo, que desconhece que o que há de mais real no plano vivencial da experiência do sujeito é efeito de uma lógica de estrutura, e que o discurso é exatamente aquilo de que depende a mais incisiva concretude experimentada na existência (LACAN, 1960/1998, p. 11-12).

Tomaremos o sujeito e a estrutura do laço social como um efeito lógico semelhante ao sintoma, ao lapso, o chiste ou aos sonhos: uma resposta diante da castração onde se instaura a

impossibilidade do sujeito gozar plenamente da Coisa, algo que cada sujeito concernido a uma estrutura irá responder a partir de uma dinâmica que lhe é própria. Esta lógica em que se organiza o laço social já estava bastante evidente com Freud em seu texto *Totem e Tabu* (1913[1912-13]/1996) quando nos fala do assassinato do pai da horda e da formação do laço entre os irmãos diante desse impossível de se gozar plenamente, mito inaugural para a compreensão do inconsciente nesta perspectiva que aqui o abordamos.

Nossa aposta no sujeito do inconsciente é justamente isso que irá descoletivizar, que o extrairá da massa dos iguais e da sua alienação ao Outro. O trabalho com o sujeito consiste sempre em um trabalho com o particular de cada um e que por isso o descoletiviza. O trabalho na cidade, na coletividade de traços que emergem nos discursos que a compõe, não significa um trabalho com grupos como uma formação social. Trabalhamos no campo do Outro como o campo do público, do que está para todos, ou seja, dos impasses de cada sujeito diante da castração (situado de modo específico para cada estrutura: psicose, neurose ou perversão), com o intuito de atingirmos o que é sempre particular em cada situação.

Se a dialética do significante é constitutiva do inconsciente, este último não revelará nada que não se articule à linguagem: todas as formações do inconsciente, sintomas, lapsos, chistes, etc. são feitas para significar, para dizer de outro modo o que não pode ser dito. Do mesmo modo, porque não há meio de dizer o gozo, é inventado um significante que responda a isso e um mestre ocupa esse lugar. Deste ponto de vista, a formação social é uma formação do inconsciente e a gênese proposta por Freud em ‘Totem e Tabu’ mantém sua total atualidade (POMMIER, 1989, p.48).

Nesta direção, de um trabalho com o sujeito no Outro-cidade, Luciano Elia em seu texto *Inconsciente e Cidade* (2008) afirma que:

O sujeito é, por tessitura, efeito de um laço social, de uma estrutura que inclui o Outro, que é transindividual por excelência. Isso nos permite aproximar o sujeito da noção de *coletividade*, desde que a distingamos de um agrupamento social considerado em sua consistência interpessoal. *Coletividade* é uma categoria interessante e conveniente para a psicanálise e pode ser articulada como a categoria de *inconsciente*.

Adiante, neste mesmo texto, continua:

O coletivo, não como grupo ou conjunto de indivíduos, mas como coleção de traços, cadeia de significante, que se distribui em vozes, em outros semelhantes, enfim, entre muitos, é uma dimensão teórica importante para o sujeito do inconsciente. Freud já falava em sobredeterminação como a determinação por múltiplas cadeias, séries de fatores, na impossibilidade de uma determinação do sujeito por uma série única causal.

A seguir, ao longo da apresentação de um caso clínico, buscaremos situar este modo de operação onde o Outro da *pólis* – através deste coletivo de traços que produz marcas no sujeito – precisou ser tratado com a oferta da nossa presença nos espaços públicos (nas

instituições públicas) através de uma operação nos discursos que ecoam destes outros que falam sobre os sujeitos e que podem ou não lhe possibilitar um lugar no Outro. Podemos afirmar que esta foi uma condição – a da invenção de um dispositivo de trabalho para o tratamento do discurso do Outro – para que algum trabalho com efeitos analíticos acontecesse sobre um sujeito. Foi nesta direção de trabalho, onde nossas intervenções incidiram sobre este discurso do Outro, através de um trabalho com estes outros, que viemos a produzir um lugar para cada um, sempre a cada vez, já que este lugar nunca estivera garantido para nenhum deles, pois o que escutamos nas falas destes que tratamos eram as marcas da segregação impressa por tais discursos. Será em relação a este modo de trabalho que situaremos nossa dimensão clínica-política com o sujeito na cidade.

A idéia de cidade, de território, será tomada como fragmento do Outro que, como tal, inclui o sujeito e só se define por relação a ele:

Esta forma de conceber o território – noção que é tão cara a todos nós – define de outro modo a cidade, e a articula com o inconsciente. Na verdade, articular a cidade com o inconsciente faz da cidade um nome plural: há muitas cidades, as muitas cidades que dizem respeito a um inconsciente, e que se multiplicam se consideramos os inconscientes, o de cada um dos sujeitos com que trabalhamos. Cidade passa a ser uma categoria nova, que se encarna no espaço, no topos urbano, como não pode deixar de ser uma vez que é no concreto de uma espacialidade e de uma temporalidade vividas que a realidade do inconsciente ganha corpo, objeto e fantasia (tudo isso regido pela sua significância, pela ordem significante que, imaterialmente, estrutura essa realidade encarnada), mas que ao mesmo tempo se desencarna do espaço físico e imediato, e ganha a dimensão da utopia, na vertente em que Edson (Luiz André de Souza, meu amigo, da APPOA) vem magnificamente trabalhando. A cidade do inconsciente é utópica, que não significa ideal ou virtual, mas dotada de uma concretude, por assim dizer, que não é imediatamente localizável, e requer a intervenção do sujeito, de sua palavra ou de seu ato, para surgir (ELIA, 2008).

Portanto, o nosso modo de operação, onde algum tratamento do Outro-cidade precisou ser realizado, partiu deste entendimento da cidade assim como algumas especificidades que constituem esta clínica: sujeitos que não demandam tratamento, que circulam por inúmeras instituições públicas com mandatos de proteção social, que encontraram na droga um recurso exclusivo diante dos mal-estares, que apresentam frequentes condutas de risco através de roubos e trocas de tiro com a polícia, que se organizam em grupos nômades pelas ruas, etc.. Este modo de inclusão no trabalho realizada pela ERIJAD na cidade surgiu desta compreensão do que seria um tratamento possível destes sujeitos – o que chamamos até aqui de um trabalho clínico-político. Ainda que o tratamento para todos os sujeitos esteja sempre vinculado ao tratamento do Outro, no caso da ERIJAD foi necessário intervirmos a partir de uma oferta que não pode ser apenas fazer com que cada sujeito, no início de seu tratamento, discorra sobre os seus mal-estares que o fizeram se dirigir a um analista. Foi necessária a

oferta da nossa presença *in loco* com aqueles outros que constituem este Outro discurso, e que falam sobre os usuários de drogas como uma massa de iguais, para assim, num só depois, permitirmos que um sujeito pudesse advir em meio aos discursos, entre os significantes. Só a partir das pistas que os sujeitos nos ofereceram e os discursos recolhidos na cidade sobre ele que foi possível pensarmos nos lugares que ocupavam no Outro e a **construção de casos clínicos**: estratégia de trabalho para as nossas operações.

2.3 A transferência inter-equipes como uma condição de trabalho

A partir do trabalho realizado pela ERIJAD, neste texto, fomos convocados também a teorizar sobre a nossa prática a partir de uma invenção conceitual que nada mais é do que uma abordagem específica da noção de transferência: **a transferência inter-equipes**, ou seja, a transferência que opera no trabalho entre os técnicos da ERIJAD e os técnicos que compõem as instituições intersetoriais. Buscamos este propósito na medida em que fomos autorizados pelo próprio Freud em *Linhas de Progresso na Terapia Analítica* quando nos aponta a necessidade da reinvenção da psicanálise diante dos novos desafios clínicos que estavam por vir.

Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiram ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. [...] Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições (FREUD, 1919[1918]/1996, p. 180).

Nesta mesma passagem encontramos também algo que nos sugere esta possibilidade de interseção entre a ética da Psicanálise, os mandatos de garantia de direitos e a oferta de cuidados sociais encontrados no setor da Assistência Social e nos outros setores afins, e que aqui estamos chamando de intersetorialidade, lugar onde exercemos a nossa clínica e onde se deu a nossa invenção.

Muitas vezes, talvez, só poderemos conseguir alguma coisa combinando a assistência mental com certo apoio material, à maneira do Imperador José. É muito provável, também, que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta; [...] No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (FREUD, 1919[1918]/1996, p. 181).

A invenção deste dispositivo de trabalho proposto pela ERIJAD cumpre essa “tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições” a partir daquilo que recolhemos em nosso campo de trabalho, ou seja, o inconsciente e as especificidades dos sujeitos que nos propomos a tratar. Ainda assim, quaisquer que sejam os elementos que componham tais adaptações, “os ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa” como nos diz Freud. Portanto, não se trata de uma derivação da psicanálise e sim do exercício desta prática em seu rigor clínico-teórico na medida em que encontramos possibilidades para exercê-la. Queremos dizer com isso que nossa aposta continua sendo a produção de um saber inédito e que advém de cada sujeito, onde a transferência se apresenta como o motor para que esta operação aconteça. Este trabalho que se dá a partir de um saber inédito advindo de cada sujeito é o que faz o analista ser [...]

[...] requisitado a reinventar o que ele já sabe, isto é, o que já foi inventado por Freud. Reinventar não quer dizer, nesse caso, inventar uma nova teoria analítica: reinventar quer dizer tornar transmissível aquilo que o dito de Freud permanece incessantemente transmissível em alguma coisa de inédito, ou seja, em alguma coisa com a qual um analista não pode jamais se habituar (WEILL, 2006, p.20).

É a partir do inédito que se apresenta com cada sujeito que buscamos a possibilidade de transmitir (através de uma transferência que acontece no trabalho *inter* equipes e setores) uma posição de trabalho para estes outros que constituem este discurso Outro sobre o sujeito, a possibilidade de uma posição que possa acolher este saber inédito. Assim, nesta tarefa de “adaptação da técnica às novas condições” sugerida por Freud, a ERIJAD especifica algo dessa dimensão transferencial onde o sujeito em jogo no tratamento não é apenas o *paciente-a-ser-tratado*, ou seja, uma criança ou adolescente que faz uso de drogas. O que buscamos especificar nas ações da ERIJAD é a condição de um trabalho sob transferência com os outros sujeitos, ou seja, com cada sujeito em jogo e que se apresenta no discurso dos atores que compõem o intersetor (conselheiros tutelares, assistentes sociais, agentes de disciplina, professores, etc.). As intervenções sobre os pacientes que acompanhamos partem de posições no discurso daqueles que se encarregam de seus cuidados e, por isso, precisamos considerá-los (o que não significa a oferta de um tratamento analítico *stricto sensu*).

Destacamos que falamos de uma outra via da transferência sem a qual, não teremos qualquer efeito sobre os supostos pacientes-a-serem-tratados, ou seja, a dimensão da **transferência entre os técnicos das diferentes equipes que compõem o intersetor** ou, também, **a transferência entre as equipes**. Portanto, com os técnicos das equipes com quem trabalhamos (técnicos das equipes dos Conselhos Tutelares, CREAS, CAPS, hospitais, ambulatorios, etc.) apostamos no acolhimento de suas angústias frente ao real que emerge nos casos assim como no recolhimento dos efeitos analíticos dos nossos atos e que possam orientar o trabalho. Do mesmo modo que com os nossos pacientes, há algo a ser tratado a partir das demandas que nos endereçam e este tratamento terá consequências no modo como cada instituição passará a acolher este tipo de problemática (do uso abusivo de drogas) na cidade. Acreditamos, com isso, que será possível incluímos nos cuidados de todos a dimensão singular de cada um que chega nestes lugares endereçando algum tipo de demanda.

Assim como no tratamento psicanalítico *stricto sensu*, será também pelas vias da demanda que instalamos esta via transferencial (entre as equipes). Uma demanda que advém em nome do pedido de tratamento de um outro (paciente-a-ser-tratado) e que nos é endereçada a partir de uma suposição de saber, neste caso, um suposto saber especializado sobre o tratamento do uso abusivo de drogas por crianças e adolescentes. É deste lugar que a ERIJAD é convocada a trabalhar para que num segundo momento coloquemos estes outros demandantes em trabalho em nome de um sujeito, nos deslocando para a posição de sustentar um não-saber, ainda que sustentando, ao mesmo tempo, os resquícios da suposição que colocou o processo em andamento, ocasionando uma elaboração processual dos sujeitos da demanda em direção a um saber que vai sendo construído por cada um sobre suas próprias possibilidades, a partir da impossibilidade de um saber que viesse dar uma solução soberana a todos os problemas de cada sujeito. Na maioria das vezes, tais demandas (internar, medicar, solucionar, proteger, etc.) são os pontos onde acontece a maioria das encrencas num primeiro momento e é no tensionamento e no mal-estar do fracasso destes pedidos que sustentamos uma continuidade de trabalho. Não possuímos este saber que nos é suposto, e, portanto, estamos advertidos de que não será possível respondermos a necessidade que nos é apresentada por aquele que demanda. Por isso, o manejo necessário passa pela necessidade de acolhermos a angústia daquele que nos demanda algo, uma angústia diante da possibilidade da morte de alguém que está sob sua responsabilidade. Precisamos fazê-los falar sobre isso, e isso se dá a partir do recolhimento das consequências do que ele mesmo (este outro, nosso parceiro de trabalho do intersetor) fez até então sobre cada caso demonstrando o que operou e o que não operou em suas ações. Será com este fazer falar sobre cada caso, a partir de um

pedido de ajuda que nos é endereçado, que alguma transferência entre os técnicos começa a se instalar através de uma demanda – e isso se dá de diferentes formas, mesmo quando nos solicitam impacientes e nos acusam por não solucionarmos seus impasses e por não respondermos prontamente suas demandas. As acusações também são um endereçamento possível.

Aqui encontramos a demanda como articulada, na medida em que toda demanda de satisfação de uma necessidade tem que passar pelos desfiladeiros da articulação que a linguagem torna obrigatórios. Por outro lado, pelo simples fato de passar para o plano do significante, se assim podemos dizer, em sua existência, e não mais em uma articulação, há uma demanda incondicional de amor, e daí resulta, no nível daquele a quem se dirige a demanda, isto é, do Outro, que ele mesmo é simbolizado – o que significa que ele aparece como presença contra um fundo de ausência, que pode se tornar presente como ausência. Notem bem que, antes mesmo de um objeto ser amado poder ser amado no sentido erótico do termo – no sentido de eros do objeto amado poder ser percebido como necessidade –, a instauração da demanda como tal cria o horizonte da demanda de amor (LACAN, 1958/1998, p. 439).

Neste mesmo Seminário, Lacan nos dirá que é pela via da demanda que poderemos, então, apostar na transferência já que: “[...] na medida em que escutamos o paciente **[neste caso, o outro técnico que nos demandou ajuda para trabalhar no caso]**, tendemos a fazer com que se confunda a linha da transferência com a linha da demanda. Somos portanto, a princípio, nocivos” (LACAN, 1958/1998, p.442)

Ao mesmo tempo, este manejo do amor transferencial precisará ser cuidado para que não nos localizemos, exclusivamente, no plano da sugestão, ensinando o outro o melhor a ser feito – como não é raro encontrarmos em muitos trabalhos intersetoriais, onde alguns ditam seus saberes aos outros. “Trata-se, pois, de que a transferência é diferente do uso de um poder” (LACAN, 1958/1998, p. 440).

Será por esta **via da transferência, inter-equipes**, de diferentes setores, ou seja, intersetorial –, que será possível a transmissão de um modo de se operar sobre o sujeito. A instalação desta transferência entre as equipes permite, a partir da transmissão de uma posição de trabalho que acontece nesta dinâmica, o manejo da transferência entre o técnico da instituição e o sujeito que chega até estas instituições. Podemos dizer que produzimos transferência (entre as equipes) para que possamos intervir sobre o manejo de uma outra transferência (técnico e sujeito ou analista e sujeito, já que a posição do analista é uma função) onde ambas terão consequências sobre o sujeito em questão. Também podemos afirmar que há consequências sobre todos os sujeitos já que falamos da transmissão de uma posição de trabalho com os outros técnicos com quem trabalhamos na rede e isso também gera efeitos analíticos sobre eles ainda que não se vislumbre um tratamento específico. Os

efeitos de transmissão – e que interferem no modo como as instituições irão trabalhar com os casos – unidos aos efeitos de sujeito em cada caso acompanhado, articulam a dimensão clínico-política a qual nos referimos até aqui.

Para relembrarmos, a transferência, segundo Freud em *A dinâmica da transferência* (1912/1996, p. 113), não é um efeito a partir das propriedades de um saber do psicanalista mas sim um efeito que emerge a partir do funcionamento de cada sujeito. Portanto, pode haver transferência entre os sujeitos que se endereçam às instituições do intersetor ainda que não haja um analista para manejá-la diretamente – e será neste ponto que encontraremos a nossa função, escutando os elementos clínicos orientadores e os colocando a frente nas conduções. Retomemos um trecho neste texto onde Freud nos aponta para este fenômeno:

Pode-se levantar ainda a questão de saber por que os fenômenos de resistência da transferência só aparecem na psicanálise e não em formas indiferentes de tratamento (em instituições, por exemplo). **A resposta é que eles também se apresentam nestas outras situações**, mas têm de ser identificados como tal (FREUD, 1912/1996, p. 113, grifos nossos).

A função da ERIJAD encontra-se neste ponto onde, a partir do tratamento desta posição de trabalho com os técnicos destas instituições, operamos efeitos analíticos sobre a relação transferencial entre um técnico da rede intersetorial e um sujeito, função que só é possível nas instituições se houver em algum lugar desta série um analista operando, e que neste caso se localiza na ERIJAD⁷.

Não poderemos recuar dos efeitos produzidos não só com cada sujeito confundido com a figura do *paciente-a-ser-tratado*, mas também dos efeitos que emergem a partir da instalação das transferências com os técnicos dos lugares que percorremos e que compõem o circuito destas crianças e adolescentes que realizam uso abusivo de drogas na cidade. Os efeitos recolhidos nesta via da transferência entre as equipes emergem de diferentes modos: demandas de internações para a extinção do uso de drogas, reinserção em escolas que nada querem saber destes indivíduos, reinserção em famílias que expulsaram seus filhos dentre outros modos que são marcados por uma urgência que traz a dimensão de um empuxo de resolução dos problemas, como num passe de mágica. Nossa função é produzir uma questão, produzir um equívoco, com o ideal que a maioria destes técnicos do intersetor nos trazem em suas ações através das palavras de ordem como, por exemplo, a necessidade de “reinserção e de proteção social” diante do real que se coloca nos casos e que lhes causam angústia.

⁷ A ERIJAD é composta atualmente por oito técnicos e um supervisor. Podemos afirmar que todos os componentes desta equipe traçam suas formações a partir da psicanálise ou dialogando com o ensino de Freud e Lacan, além de contarmos com um supervisor psicanalista.

Não podemos confrontá-los com este ideal intrínseco as suas formações técnicas e sim permitir-lhes que se encontrem com este impossível para que assim inventem soluções possíveis. Sendo assim, a relação transferencial que se instala entre as equipes não pode ser confundida com uma relação intersubjetiva, entre sujeitos, formando um grupo de pessoas dispostas a solucionar problemas. A transferência entre as equipes precisa produzir vãos entre um técnico e outro, alguma incompletude *inter* equipes (entre um técnico da ERIJAD e o conselheiro tutelar, por exemplo, ou entre um médico do hospital, uma assistente social do CREAS e uma psicóloga do abrigo) para que haja espaços onde um sujeito possa advir. Precisamos ajudá-los a suportar as passagens ao ato com a droga, atuações na rua ou novas demandas endereçadas a qualquer um desses técnicos que compõem a rede a partir das muitas transferências que se instalam em sua circulação na cidade. Uma rede é composta por muitos furos e assim tomamos também essa transferência em rede com a qual operamos, ela precisa trazer a dimensão de incompletude pois a sua completude através de um saber *prêt-à-porter* sobre o sujeito indica apenas a expulsão desse sujeito e a tentativa de aplacarmos o nosso próprio mal-estar. Lembremos aqui do dizer de uma adolescente que acompanhamos quando soube, em seu primeiro encontro com uma técnica da ERIJAD, sobre o nosso modo de funcionamento: “Mas vocês estarão em todos os lugares?!” Uma advertência importante para o seu acompanhamento em rede.

Não há um saber a priori sobre este modo de operação: se vamos começar o acompanhamento do caso por esta ou aquela instituição. São os casos que nos orientam a partir das vozes institucionais que nos demandam auxílio. O dispositivo que abordamos neste percurso precisará, a cada vez, ser reinstalado: transferência *entre as equipes*, a transmissão de uma posição de trabalho e o manejo da transferência entre aquele que se oferece a ela com o sujeito que se apresenta, a princípio, na figura do *paciente-a-ser-tratado*.

A ERIJAD opera a partir de uma estrutura de funcionamento que implica a transmissão de uma posição de trabalho e um trabalho entre vários sob transferência. Por esta via encontramos sua dimensão clínica e política de trabalho que passa a ser indissociável e intrínseca, ou seja, costuradas numa mesma tira em que se constitui como na *Banda de Moebius*. Como já dissemos, nela não há a disjunção de um dentro e de um fora, havendo uma leitura topológica que se dá pelo viés clínico-político. Este modo de leitura da clínica nos permite dizer que tratamos do sujeito e da cidade onde a transferência é a única e exclusiva via possível.

2.4 Um caso clínico e a fundação do trabalho em rede

O caso a seguir demonstrará através da prática da ERIJAD um fazer que tornam intrínsecas as duas dimensões abordadas, clínica e política. Este fazer será apresentado como uma superfície em continuidade através de uma leitura topológica ilustrada pela Banda de Moebius, ou seja, deixando de ser um fazer clínico e político, onde cada significante se apresenta de um lado distinto da superfície da Banda, para um fazer clínico-político conforme a fita moebiana nos apresenta. Esta é uma condição de operação do tratamento para estes sujeitos.

Neste caso, será a partir da intervenção sobre um sujeito supostamente necessitado (um "sujeito suposto necessitar") de cuidados sociais e de saúde que a ERIJAD será convocada a intervir, não só apenas sobre este sujeito mas também na cidade, ou seja, nas instituições onde Bianca foi tomada como uma adolescente a ser tratada para o uso abusivo de drogas. Assim sendo, o sujeito com o qual incidem nossas intervenções não é apenas aquele localizado na figura de Bianca, mas também todos aqueles que de algum modo nos endereçaram uma demanda para o auxílio dos cuidados da adolescente assim como de seus familiares. A ERIJAD vislumbra operar através da transmissão de uma posição de trabalho diante dos casos e com cada sujeito envolvido. É em nome de tais demandas que somos autorizados a intervir no caso em que todos aqueles tidos como responsáveis pelos cuidados se endereçaram aos técnicos da ERIJAD solicitando algo que a princípio não sabemos exatamente do que se trata. No caso em questão apenas sabíamos que os técnicos demandavam que fizéssemos com que Bianca abandonasse o uso abusivo de drogas.

Neste sentido, ao longo do caso, observaremos que além da demonstração dos efeitos analíticos sobre a posição dos sujeitos em jogo no caso (Bianca, técnicos das instituições por onde Bianca circulou e de seus familiares), ao mesmo tempo, encontraremos outros efeitos analíticos que dizem respeito à direção de trabalho com que cada instituição envolvida no acolhimento de Bianca precisou se haver para além deste caso. Podemos afirmar com tais efeitos que a ERIJAD, portanto, a partir deste trabalho com cada caso e de seus efeitos clínico-políticos, também traz consigo uma via que se refere aos efeitos de costura de rede entre as instituições (uma espécie de “tratamento” da rede) que atendem o caso (Hospital Geral e suas equipes, CAPS, Emergência Psiquiátrica, Conselho Tutelar, etc.) fazendo com que elas se reposicionem na tomada de responsabilidade tanto do caso Bianca quanto dos possíveis casos que poderão chegar no futuro, ou seja, efeitos que interrompam, pelo menos a cada caso, a fragmentação do trabalho sobre os acompanhamentos fazendo com que haja uma direção.

Portanto, ao longo desta apresentação do caso, para que possamos demonstrar a via clínica-política na qual apostamos, faremos uma leitura que irá apresentar duas vias possíveis: uma leitura onde a topologia moebiana trará consigo os efeitos sobre cada sujeito e em continuidade os efeitos políticos deste trabalho; e uma segunda via onde a partir de uma posição de *extimidade*, recolheremos os efeitos de um trabalho onde o dentro das instituições enlaça o que está fora de cada uma delas através do caso clínico buscando a tessitura de uma rede sempre única, específica para cada sujeito de acordo com as exigências que cada caso impõe.

2.4.1 O encontro com o caso Bianca

O caso Bianca chegou até a ERIJAD após um pedido de ajuda advindo de um hospital geral no ano de 2010. A princípio podemos dizer que a demanda chegou até a ERIJAD, mas, de acordo com a estrutura de funcionamento da equipe – uma equipe volante que busca intervir a partir dos casos nas instituições que os recebem –, foram os técnicos da ERIJAD⁸ que chegaram até o ponto de onde a demanda partiu, no hospital geral.

Bianca, com 16 anos de idade, estava hospitalizada há alguns dias após o nascimento de seu filho. Este nasceu prematuramente com sintomas identificados pela equipe médica como se referindo a “abstinência do crack” (sic) em decorrência do uso abusivo de crack realizado por Bianca durante a gestação. Segundo a equipe, a adolescente no dia do parto também estava intoxicada pela droga e não havia relatos de cuidados anteriores próprios ao período de gestação, como a realização de pré-natal. Diante da angústia das equipes que compunham o hospital (equipe médica, de saúde mental e de serviço social) e da urgência identificada na fala daqueles que nos solicitavam e que se referia a pressa em se esvaziar o leito ocupado para que outras pessoas o utilizassem, a psicóloga da ERIJAD decidiu não apenas acolher os endereçamentos das equipes (que até aquele momento não estavam concernidas a uma discussão coletiva do caso) como também se ofereceu à escuta da própria adolescente, ou seja, escutar onde ela estava inserida naquela cena, de onde ela se tomava para além do que diziam sobre ela e sobre seu filho. Neste encontro, a demanda que lhe foi feita pela adolescente era “quero ajuda para cuidar do meu filho” (sic). Dizia que quando soube que estava grávida não gostou da idéia mas não pensou em cometer um aborto, “isso nunca” (sic). “Nem quero dar ele pra ninguém, vou cuidar dele, já cuidei do meu irmão

⁸ A psicóloga Laura Geszti foi quem acolheu esta demanda logo que ingressou como técnica na equipe sendo adiante auxiliada pela estagiária de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Josiéle Silva.

quando era pequeno” (sic). Enquanto o bebê estava internado em outro setor do hospital, dizia que sua vontade era de pegá-lo e ir embora daquele lugar naquele instante.

Ainda que Bianca reconhecesse que os problemas de saúde do seu filho eram em decorrência do seu uso de crack, e ainda que esboçasse um pedido de tratamento para isso de modo pouco consistente, suas falas circulavam na maior parte do tempo em torno do tema do seu exercício da maternidade e dos planos que fazia sobre sua vida, com o seu filho e com o seu companheiro. Vale ressaltar também que neste período em que esteve hospitalizada não houve relatos de episódios de ansiedade em decorrência da suspensão do consumo de crack por parte de Bianca: “aqui é o único lugar onde até agora não senti vontade de usar droga” (sic) afirmando que ao sair do hospital sentirá vontade. Não sabíamos sobre que lugar era esse que a protegia mas certamente não eram apenas as paredes do hospital. Que lugar era esse então?

Com as equipes do hospital, a princípio, interrogávamos sobre que propostas de cuidado estavam em curso para o tratamento de Bianca e de seu filho, ou seja, se haviam discutido entre si, se o Conselho Tutelar já havia sido notificado (algo que está previsto como um mandado do hospital diante de uma adolescente e de seu filho em tais condições), se existiam elementos que pudessem nos auxiliar na construção de um projeto de cuidados e de uma porta de saída do hospital para o caso, ou seja, para onde iriam.

Neste primeiro momento, o que recolhemos foram apenas relatos sobre as condições médicas do caso. Nossa aposta foi a partir de uma outra via de trabalho que não apenas as condições físicas de Bianca e de seu filho. Apostamos em fazer com que os técnicos falassem sobre suas expectativas e na escuta dos dizeres de Bianca com o intuito de recolhermos elementos clínicos que nos indicassem qual o caminho mais interessante a seguir. Como, a partir de uma demanda localizada no “cuidar do filho”, poderíamos iniciar um trabalho pela via da transferência? Foi a partir dessa via que nos inserimos em discussões com as equipes onde todos eram responsáveis em recolher com Bianca os elementos de sua fala de modo que fosse possível a partir daí a construção do caso e de uma direção de trabalho entre todas as equipes implicadas.

Neste período em que Bianca esteve hospitalizada, também iniciamos um trabalho mais próximo ao Conselho Tutelar de referência. Foi a partir deste ponto da rede que identificamos uma possibilidade maior de convocarmos Gisele, mãe da adolescente, de modo que, ao longo do tempo, esta iniciou um endereçamento cada vez maior à nossa equipe e ao conselheiro tutelar responsável pelo caso. Gisele começou a falar sobre a filha de modo que conseguíamos, aos poucos, recolher em sua fala o lugar pelo qual ela localizava Bianca em

seu desejo. Com as falas de Gisele e de Bianca cada vez mais endereçadas a nós, e os pedidos de ajuda advindos destes encontros, foi possível traçar alguns caminhos para o caso, principalmente a partir dos dois significantes que Bianca localizava como aqueles que produziam alguma barreira a este movimento com o crack em direção a morte através das situações de risco: *mãe e filho*.

Sobre sua mãe, Bianca dizia que esta era sua “melhor amiga” (sic) e que “ela ficava muito triste ao ver sua filha nas drogas” (sic). Já Gisele, no Conselho Tutelar, ao mesmo tempo em que nos solicitava ajuda para tratar do uso abusivo de drogas da filha, a nomeava de “a outra, aquela que não respeitava ninguém, que não tinha jeito” (sic). O trabalho com Gisele se iniciou deste ponto, a interrogando sobre os significantes utilizados por ela para se referir a filha, uma aposta em produzirmos algum deslocamento significativo que situava o lugar em que Bianca estava localizada no Outro materno.

Além disso, outro fato que somente ratificava este lugar de Bianca no discurso de Gisele fora a escolha do nome do filho de Bianca, algo que não havia passado pela decisão de Bianca. Nossa posição também era a de produzir um estranhamento diante de sua posição na escolha do nome apontando que havia uma mãe ainda que fosse uma adolescente e um pai com quem Bianca possui uma relação, ainda que este estivesse preso. Bianca a todo momento afirmava uma dúvida na escolha do nome e este foi feito pela própria Gisele que o nomeou de Davi. Ainda assim, curioso perceber que mesmo sendo colocada de fora das decisões pela mãe, Bianca assumiu o nome do filho escolhido por Gisele como se fosse dela e pode localizar um significado para essa escolha: “é porque o Davi (da história bíblica) era pequeno como ele”, “ele cabia na palma da minha mão quando nasceu” (sic).

Escutávamos o que Bianca nos dizia e onde ela localizava um lugar possível para ela no discurso do Outro, o lugar da *mãe* que precisava cuidar do *filho*. Nesta direção, sustentamos com o conselheiro tutelar que suspendesse qualquer medida jurídica de retirada da guarda de Davi dos cuidados de Bianca, como estava previsto. Porém, não se tratava apenas do impedimento de uma decisão jurídica a partir daquilo que escutávamos, seria necessário também uma outra aposta, a de produzirmos um outro lugar para Bianca no discurso de sua mãe (já que os ditos de Gisele incidiam diretamente sobre a posição de Bianca), algo que se deslocasse do lugar “da outra que não tem jeito” ou “a que muda de idéia o tempo todo” (sic), para que ela pudesse também estar implicada nas futuras decisões a serem tomadas. Além dessas falas que se referiam a Bianca, Gisele afirmava o tempo todo – e sem considerar o que a filha dizia sobre isso – que Bianca deveria dar Davi para alguém cuidar já que ela própria também o fizera no passado com um irmão de Bianca, que fora

adotado e reside atualmente no Espírito Santo. Para Gisele, Bianca era “a outra” que poderia dar o filho como ela também fizera! Não foi sem grandes dificuldades que sustentamos junto ao Conselho Tutelar e junto de Gisele a permanência de Davi com Bianca, ainda que este ficasse sob os cuidados de parentes e vizinhos próximos já que Gisele permanecia se colocando na posição de não poder cuidar do neto e a oscilação de Bianca entre momentos em que ficava em situação de rua usando crack e retornos para casa onde fazia questão de estar com Davi. Digamos que nossa aposta era a de cavar um lugar para as falas de Bianca sobre o seu desejo de ser mãe, algo que rapidamente era anulado diante do Outro materno e da ansiedade do conselheiro tutelar em fazer algo para proteger Davi sem considerar que havia um sujeito que se tomava como mãe de Davi. Foi necessário considerar com eles que o movimento de Bianca era diferente do seu movimento anterior com o uso de drogas, o que se traduz pelo fato de que, a partir do nascimento de Davi, retornava para casa a cada três dias para visitá-lo, sempre dizendo da sua vontade de ter uma casa para viver com seu filho e com o seu companheiro.

Nestas idas e vindas de Bianca, em alguns momentos ela se endereçava a psicóloga da ERIJAD que agendava os encontros no Conselho Tutelar junto do conselheiro de referência do caso – já que nem Gisele e nem Bianca sustentavam suas idas ao CAPS (sede da ERIJAD onde tentamos marcar alguns encontros). Com ela presente, nos foi possível recolher um pouco mais de sua história e outros elementos clínicos:

Disse que saiu de casa aos 13 anos pois seu padrasto, com quem morava, “mexeu numa coisinha minha” (sic), “eu não falei para minha mãe para que eles não brigassem” (sic), além das agressões dirigidas a ela e a Gisele quando este chegava alcoolizado em casa. Sobre a tal “coisinha” que foi mexida, mais adiante a mãe chegou a oferecer novos elementos que indicavam a possibilidade de haver algum investimento de ordem sexual por parte do padrasto em direção a Bianca. “Passei a ficar nas ruas usando drogas, comecei pela maconha, depois a cocaína e depois o crack” (sic), conta também que nesta época foi morar na casa de um “senhor que abrigava meninas drogadas para se prostituírem” (sic) e diz que se utilizou da prostituição para obter dinheiro para comprar mais drogas.

Sobre este momento de Bianca no qual ela saiu de casa – num movimento que em seu discurso faz corte a uma cena anterior localizada na infância –, encontramos este movimento em outros adolescentes acompanhados pela ERIJAD diante de algum encontro com algo fora da lei, no caso das meninas, situações de violências sexuais por parte de adultos podendo ser um estranho ou mesmo algum membro da família (pai, avô, padrasto, etc.).

Sobre a errância de Bianca e o lugar para o qual se remeteu (o uso de drogas e a prostituição), não sabemos ao certo o que esse “mexeu numa coisinha minha” incidiu sobre ela. Porém, Bianca falava disso como um encontro misterioso, como se não pudesse dizer mais sobre isso. Algo desse encontro insuportável com o padrasto era localizado através de suas expressões quando falava, como um impossível de se dizer. Ainda que nada saibamos da realidade dos fatos, alguma coisa do real se colocava para Bianca. Sobre esta situação que se apresentava tão insuportável para Bianca assim como para Gisele, para esta última, em sua fala, era através da religião (Gisele é evangélica), em nome de Deus, que ela conseguia se esquivar deste insuportável que tal cena se remetia dando-lhe algum sentido, “Eu entrego nas mãos de Deus” ou “Deus me indicou este caminho” (sic).

Esse mistério que tem o estatuto de um vazio que não pode ser nomeado é justamente aquilo que pareceu ter disparado os três momentos que nos foram tomados como passagens ao ato marcando um antes e um depois na história desta adolescente: fugir de casa, usar drogas e prostituir-se. Nos seus dizeres, Bianca não conseguia se localizar em tais situações, não sabia dizer o que pensava, o que sentia, não estava lá! Sem ter o que nos dizer, quando tentávamos fazer algumas perguntas mínimas sobre esses fatos que nos relatava, o que retornava eram apenas pedidos de ajuda para que fosse construído um lugar para ela e seu filho, uma espécie de remetimento a um ideal de *ser mãe* de seu filho Davi, um apelo ao amor que dizia sentir pelo filho e que fazia barreira ao insuportável.

É com esse vazio que o adolescente se confronta. Ora, querer tratar do vazio ou dessa angústia em nome da segurança, preenchendo-o com ou ideais do bem-estar ou predicando sobre seu ser sempre desemboca no pior. Em vez disso, evidenciar os sintomas de uma clínica do ideal do eu – sintomas ligados ao momento em que o adolescente deseja ser visto e reconhecido de um novo mundo – permite ler, de outra maneira, o que se diz nesses momentos de depressão, errância ou condutas de risco (LACADÉE, 2011, p. 18-19).

Desde o princípio foi entre os lugares de *ser mãe* e de *drogada e prostituída* que Bianca se localizava em suas falas e em seu movimento entre as ruas e seus retornos em direção ao filho. Nossa posição diante disso era a de suportar este movimento tentando, através de suas próprias palavras, produzir um outro lugar para ela no campo do Outro. O trabalho partia também da aposta em incidirmos sobre este Outro materno que até então só lhe ofertava a expulsão para as ruas para se drogar e se prostituir além da impossibilidade de decidir sobre seu desejo de ser mãe através do argumento “a outra que não tem jeito e que muda de idéia toda hora” (sic).

Além disso, no discurso da mãe, era com a imagem do *pai-drogado* que Bianca estava identificada e relacionava isso ao seu uso de drogas: “Ela é igual ao pai, o pai também usava

drogas” (sic). Fala que seu pai era do tráfico de drogas e foi morto por conta de seu envolvimento com os traficantes. Durante outros encontros no Conselho Tutelar, Gisele conta a psicóloga da ERIJAD que quem matou o pai de Bianca foi seu irmão (irmão de Gisele) na sua frente, algo que parecia nunca ter sido dito a Bianca. Pois então, se era este o lugar que era ofertado a Bianca, ela o fazia cumprir aos poucos através de suas condutas de risco nas ruas com a droga. Ainda assim, a possibilidade de se identificar ao significante *mãe* era por onde ela tentava, conosco, inventar esse outro lugar possível que fizesse barreira a fixação na imagem da *drogada-igual-ao-pai*.

2.4.2 Uma leitura moebiana do trabalho

Com os elementos apresentados até aqui, poderemos dar prosseguimento ao caso e situarmos *três pontos clínicos* de amarração do caso. Estes pontos constituem pontos que se enodam e pelos quais nos fora permitido realizar uma leitura topológica deste trabalho onde através da ilustração da *Banda de Moebius*⁹ situaremos este fazer clínico-político. Destacamos que tais pontos estão amarrados entre si de modo que qualquer interferência sobre cada um deles incide sobre o outro.

Um *primeiro ponto* foi o trabalho a partir do endereçamento de Bianca a psicóloga da ERIJAD e ao conselheiro tutelar. Foi a partir deste endereçamento, logo após uma primeira intervenção da ERIJAD, ainda hospitalizada, que recolhemos os efeitos a partir da transferência onde, cada vez mais, ela pode falar sobre seu desejo de *ser mãe* e inventar um lugar para se localizar que a retirasse de sua deriva nas ruas. Tais falas não surgiram apenas quando Bianca estava sendo atendida pelos técnicos no Conselho Tutelar mas também em outros espaços por onde circulou com a psicóloga. Exemplo disso foi um episódio quando retornaram juntas da emergência psiquiátrica quando Bianca precisou ser medicada após um longo período pelas ruas onde disse ter feito uso de “vinte pedras de crack por dia” (sic). No caminho, ainda no ônibus em direção ao Conselho Tutelar, afirmou que “mãe tem cara de preocupada” (sic): “Olha aquela lá na rua, tem cara de preocupada e deve ser mãe, aquela outra não tem, essa tem muito” (sic). Nesta mesma cena, durante uma fala da psicóloga onde esta diz que era preciso buscar um médico para cuidar de outros possíveis problemas de saúde, Bianca afirma: “Minha mãe nunca conversou comigo sobre isso” (sic) e pergunta à psicóloga se esta também tem filhos e se era mãe.

⁹ A *Banda de Moebius* trata-se de um espaço topológico onde as extremidades de uma fita, após uma meia torça, se ligam de modo que as duas superfícies estejam em continuidade (um dentro e fora em continuidade).

Foram muitas idas e vindas de Bianca até nós no Conselho Tutelar. Naquele momento, entendíamos que era necessário suportarmos esse ir e vir de Bianca que, a cada vez, tecia um lugar para ela através de uma articulação significativa. Uma tentativa de nomear algo que não sabia explicar, dizia apenas que tinha “uma coisa aqui dentro que pedia mais crack” (sic) e por isso “precisava ocupar a mente” (sic). Ainda que apostássemos que os espaços de trabalho nos CAPS poderiam auxiliá-la nesse sentido, o que precisávamos auxiliá-la primeiro era no bordejamento desse ponto que se dizia vazio e que precisava ser ocupado (“ocupar a mente”), não através de outros objetos que suturassem esse vazio, pois ela já tentava fazê-lo com o crack, mas sim através dos significantes que se desdobravam a partir do seu *ser-mãe-para-um-filho*. Esta compreensão do caso clínico foi um ponto crucial diante das futuras apostas como, por exemplo, os encaminhamentos para o tratamento nos serviços de saúde mental.

O que observamos neste caso, e ao longo deste tempo de trabalho, é que não há efeitos de trabalho nas instituições se não houver a produção de um lugar para o sujeito no discurso daqueles que acolhem o caso. Estamos advertidos de que se este abrigo não acontecer no campo do Outro, este outro abrigo, de outra ordem, institucional, (seja uma internação hospitalar ou um abrigo da Assistência Social) poderá se tornar insuportável podendo lançá-la novamente em passagens ao ato (como a fuga para o uso de drogas, por exemplo). Nossa aposta desde o começo do trabalho foi fazê-la falar sobre o que se passava com ela, do modo como poderia nos dizer, entre suas idas e vindas, sempre tentando não nos precipitarmos diante das supostas urgências que sua mãe e o conselheiro tutelar nos colocavam, mas apostando na sua palavra.

O novo surgido no dito pode, então, orientar uma fala inédita, uma nova tomada de posição na língua, permitindo ao adolescente traduzir a via nova que a ele oferecida. Eis o abrigo que pode oferecer o encontro com um psicanalista, guiando o adolescente na tarefa de bem dizer seu ser (LACADÉE, 2011, p. 23).

Foi neste trabalho com os seus ditos que conseguimos fazê-la construir um lugar mínimo para ela na série significativa onde pudesse se localizar, ainda que tal lugar sempre se apresentasse como um lugar frágil e que quando abalado a fazia repetir suas condutas de risco nas ruas. Importante destacarmos que não a tomamos de saída como uma suposta menina abandonada pela mãe e uma dependente química nos fez, através da clínica, apostarmos num sujeito que pudesse se responsabilizar por todas aquelas mazelas que a fixavam no lugar de *a-outra-drogada-igual-ao-pai*. Esta aposta da ERIJAD, e seus efeitos, foi o que permitiu demonstrarmos aos nossos parceiros de trabalho que há algo a se escutar com cada sujeito, algo além das urgências sociais e subjetivas e que com isso poderemos, com cada um, fazer

escolhas diante das situações que a princípio parecem sem qualquer saída. Uma clínica do sujeito que se compartilhada com cada ator através da transferência poderá incidir sobre a compreensão do acolhimento dos casos realizado nestes lugares e interferir nas apostas com outros sujeitos que chegam. Portanto, nossa tarefa é também a de transmissão de uma posição de trabalho.

Um *segundo ponto* de intervenção foi o acompanhamento com Gisele que a situava como “a outra que não tem jeito” decidindo por ela os destinos de Davi, como na escolha do nome ou na necessidade de encaminhá-lo para adoção, por exemplo. Também nomeava Bianca de “a outra” e anulava qualquer possibilidade de sua filha advir como um sujeito responsável. As falas de Gisele traziam em seu conteúdo a necessidade de Bianca se responsabilizar, mas era justamente nestas falas que sua mãe a destituía como um sujeito a deixando sem lugar – ainda que Bianca dissesse o tempo todo que sozinha não seria possível para ela cuidar de seu filho precisando de um outro para sustentar uma posição. “Ela precisa se virar, dar um jeito em sua vida com o marido”. Neste período, Bianca não tinha mais acesso ao companheiro e durante suas errâncias¹⁰ se enamorou de outro rapaz, Fabrício, com quem passou novamente a tentar construir esse lugar de *ser mãe* através da afirmação de que ele “assumiria” (sic) seu filho Davi e que teriam uma casa juntos.

Importante aqui destacarmos que o termo **errância** expressa uma leitura a partir de seus movimentos por locais que a princípio não produziavam pontos para onde Bianca pudesse construir algum lugar para si. Estes pontos pareciam em suas falas apenas como locais de passagem, sem construção de laços minimamente consistentes, o que nos faz afirmar que há algo nos locais por onde Bianca circulava que precisariam ser transformados em lugares de fato para ela onde pudesse construir alguma ancoragem.

Aos poucos e a partir das nossas intervenções, Gisele deslocava-se do significante “a outra”, para se referir a Bianca como “minha filha”. Destacamos que o trabalho com Bianca – seu endereçamento ao Conselho Tutelar e, mais especificamente, a psicóloga da ERIJAD para quem remetia suas falas – só foi possível a partir da autorização de Gisele que também se referia a nós como um lugar para se remeter solicitando ajuda diante das situações de risco de Bianca, uma relação também circunscrita à transferência. Ao longo do tempo, identificamos

¹⁰ Durante algumas supervisões sobre o caso nos perguntamos se estes movimentos pela cidade poderiam ser chamados de movimentos errantes ou se não seriam um modo de circulação que até então não nos foi possível situar, ler, e por isso nos pareciam um movimento aleatório e errante. É comum que entre as equipes que acompanham este tipo de caso, em muitos momentos, diante de certos modos de funcionamento de alguns sujeitos em meio as situações de risco que não são compreendidos, produzam-se julgamentos que não correspondam às verdadeiras formas de organização do laço social estabelecidos por eles nestas situações. Cabe a nós buscarmos um maior rigor de leitura clínica de cada sujeito em meio às cenas que para nós, a princípio, remete-se a uma espécie de “barbárie”.

que Gisele não conseguia sustentar sozinha muitos de nossos acordos. Ao mesmo tempo, não notávamos um descaso intencional em relação à filha, pelo contrário, sempre fazia questão de nos dar notícias dos seus impedimentos com o trabalho e com um irmão mais novo de Bianca, com quem dizia ter muitos problemas, tentando justificar sua dificuldade subjetiva de não se autorizar com Bianca. Aos poucos, Gisele saía de uma posição queixosa em relação à filha para falar de “preocupação” (sic) e se autorizar um pouco mais diante da grave situação de Bianca. Chegou a nos interrogar sobre o que era AIDS e a entrar em contato com a psicóloga nos finais de semana para falar da situação da filha quando esta retornava para casa suja e drogada. “O que eu faço?” (sic). Gisele deixou de tomar Deus como o detentor absoluto do saber e passou a supor que falando de suas angústias conosco poderia se abrir alguma saída.

O trabalho no discurso de Gisele, assim como o trabalho com o primeiro ponto clínico que situamos, mostra-se fundamental já que é no discurso desse primeiro que encarna o lugar do Outro, o Outro materno, que encontramos a possibilidade do sujeito encontrar um lugar para si. Sendo assim, foi a partir desse deslocamento de posição de Gisele que Bianca pode se exercer em sua fala como uma mãe para Davi de modo que o Conselho Tutelar, cada vez mais, pode ser um ponto de endereçamento para ambas e com isso transmitirmos a essa instituição sua responsabilidade junto ao caso. Um trabalho de implicação daqueles nomeados como responsáveis pela adolescente que não só a ERIJAD.

Um *terceiro ponto* de trabalho para onde dirigimos nossas intervenções foi o discurso presente no Conselho Tutelar, lugar de endereçamentos possíveis para Bianca e Gisele, condição para que algum trabalho operasse já que nem Bianca e nem Gisele faziam qualquer movimento para se remeterem a nós no CAPS-ad ou ao CAPS-i com alguma frequência. Alguma coisa do mandato do Conselho Tutelar as convocava, a princípio, em nome de dar satisfação a uma autoridade encarnada na figura do conselheiro para depois se transformar num lugar de endereçamento de suas demandas e falas.

Uma primeira intervenção foi necessária a partir da identificação da urgência nas falas do conselheiro tutelar, muitas vezes, conectadas as falas da mãe, principalmente diante dos riscos que Davi corria quando Bianca o tomava sob seus cuidados ou quando esta intensificava o seu uso de drogas. A psicóloga da ERIJAD, junto da estagiária de psicologia que a acompanhava, precisou acolher em ato cada um deles diante dos medos de que a adolescente morresse, um risco sempre colocado e que trazia um impossível de se garantir já que sempre trabalhamos com apostas. Não há nada que nos garanta efeitos interessantes nos casos mas podemos recolher os efeitos a cada vez que realizamos nossas apostas, o que nos permite assim traçarmos nossas direções de trabalho, um efeito que advém de um ato clínico e

que será recolhido num só depois, o que não significa que estamos operando no escuro, de maneira alguma! Operamos a partir de coordenadas clínicas oferecidas pela psicanálise e que operam sobre os ditos de um sujeito!

Foi preciso um longo tempo de trabalho com o conselheiro tutelar, que já trabalhava anteriormente com a ERIJAD em outros casos, para que ele sustentasse, a partir de uma transferência no trabalho conosco, a suspensão de garantias como, por exemplo, a interrupção do uso de drogas por Bianca para que ela pudesse se exercer como mãe. Isso só foi possível através do recolhimento dos efeitos das nossas apostas realizando incansáveis discussões sobre o caso entre as equipes: Conselho Tutelar e ERIJAD. Não é óbvio para a maioria dos técnicos das instituições nas quais nos fazemos presentes que um sujeito que fala sobre aquilo que o acomete, o endereçando a alguém através de uma demanda, seja ela ou não referida a um pedido para tratar do seu uso abusivo de drogas, seja algo fundamental para que um trabalho opere. Foi pela via da **transferência inter-equipes** que uma aposta foi construída no caso, algo que adveio com as pontuações realizadas pela psicóloga da ERIJAD nas discussões de caso. Com os pequenos deslocamentos na posição de Bianca e de Gisele – apresentados nos dois pontos clínicos anteriores – e apontados por nós ao conselheiro, algo pode ser considerado por ele e ao mesmo tempo ter efeitos sobre sua posição diante da urgência que o impelia a fazer coisas (internar Bianca, levar Davi para adoção, fazer novos encaminhamentos apressados para o caso, etc.).

Na maior parte do tempo não havia emergências em jogo onde o risco de morte fosse iminente mas sim urgências a serem tratadas: a urgência de Bianca diante de seus momentos onde não conseguia estabelecer um ponto de ancoragem para sua deriva com a droga, a urgência de Gisele diante do uso de drogas da filha, o movimento feito por esta última para entregar o neto para a adoção e do conselheiro diante de seu mandato de tutelar crianças e adolescentes que possuem seus direitos violados em nome da proteção e da reinserção social. O tratamento das urgências que acometiam a todos os envolvidos (em alguns momentos a nós mesmos diante do uso ininterrupto de crack por Bianca) era o ponto com o qual mais encontrávamos impasses a princípio.

Tais urgências trazem um empuxo a fazer coisas em nome da salvação, onde o sujeito nunca está incluído além de não trazer consequências interessantes no que diz respeito ao tratamento clínico. Destacamos que este tipo de impasse surgiu não apenas neste caso, mas sim desde o início do nosso trabalho quando nos lançamos ao território. Foram as urgências que a princípio nos moveram até os Conselhos Tutelares no primeiro momento do trabalho, não para ratificá-las e sim retificá-las, para suspendê-las e retirarmos consequências clínicas.

“Parece-me que sabemos um pouco mais o que fazer com a emergência trazida pelos bombeiros, mesmo com todas as dificuldades, mesmo que a resposta muitas vezes seja precipitada com Haldol e Fenegan”¹¹ (BARROS, 2008, p.59).

As urgências subjetivas nestes casos, muitas vezes, surgem confundidas com emergências onde se instala a ideia de salvação da vida através de intervenções estritamente médicas (como medicações e/ou internações) ou de reinserção social. O que aparece na fala daqueles tomados pela urgência é um discurso sobre os direitos e que trazem consigo um ideal impossível de ser cumprido os levando para uma posição de fracasso e desistência diante dos casos quando estes ideais não são alcançados. Nossa função é instalá-los não no ponto da impotência que os acomete diante do ideal e sim na posição de impossibilidade de se resolver toda aquela situação de maneira imediata. Apostamos nas estratégias possíveis e somente a partir da transferência, ainda que com efeitos discretos num primeiro momento, é o que pode produzir uma direção consistente em nossas propostas de cuidado.

Os efeitos clínico-políticos surgem neste ponto onde operamos sobre a posição no trabalho de cada um daqueles envolvidos no caso e a cada vez que retornamos a instituição (neste caso o Conselho Tutelar). Somos solicitados principalmente quando o real emerge produzindo desarmonia nos ideais que orientam a prática daqueles responsáveis pela tutela e a reinserção social de crianças e adolescentes. Somos convocados ao trabalho e operamos quando esse sentido encontrado no ideal de salvação é colapsado pelo real. Real que muitas vezes se apresenta através das imagens dos corpos emagrecidos dos adolescentes. Intervimos nas falas destes técnicos acometidos pela urgência e que fazem cola entre os significantes *morte* e *crack*. Sabemos que aquilo que se refere ao real constitui um inominável, e que o crack está colocado neste lugar apenas como um significante que supostamente daria o sentido nesta falta de sentido: “ele está assim por causa do crack, ele vai morrer” (sic). Porém, é diante disso que as demandas nos são endereçadas e precisamos acolhê-las (e não rechaçá-las) sem respondê-las de uma posição simétrica àquilo que nos é demandado. Assim, a partir da demanda destes que compõem as instituições e de um trabalho na transferência entre as equipes que conseguimos, além de uma intervenção sobre cada caso, produzir um trabalho que atinja a posição de cada técnico envolvido no caso, o que interfere na direção de cuidados no ‘para todos’.

Somente através desta leitura topológica da clínica conseguiremos extrair os efeitos clínico-políticos e apostarmos que o trabalho da ERIJAD poderá ter efeitos não apenas com

¹¹ Comentário da psicanalista Georgiana Gonçalves, também técnica da equipe da ERIJAD.

Bianca e Gisele mas também no modo como a cidade acolhe a problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas entre as crianças e os adolescentes. Destacamos que o Conselho Tutelar é um órgão que tem um caráter representativo, ou seja, representa a população, assim como aquele que é convocado pelos operadores do direito a responder com propostas diante dos impasses na cidade que envolvam as situações de riscos com crianças e adolescentes.

É neste ponto de nossas intervenções – neste terceiro ponto, como o definimos, mas não sem os outros dois pontos anteriores - que se encontram enodados com este – que poderemos encontrar uma das funções da política da psicanálise no mundo, aqui ilustrada pelo caso de Bianca. Um modo de se fazer política que não se reduza apenas a gritos na multidão em nome da defesa dos direitos de determinados grupos específicos, ainda que em alguns momentos tenha sido necessário recheiar as massas¹² diante das arbitrariedades de uma gestão pública pouco comprometida com os mandatos da Atenção Psicossocial. Nossa intervenção na política da cidade não advém a priori dos gritos da massa e sim daquilo que Lacan chamou na *Proposição de 9 de outubro de 1967* (p.255) dos efeitos advindos de um trabalho que considera um ponto *oco do saber* que está colocado para cada sujeito. Será nesse trabalho onde esta dimensão oca do saber comparece nas discussões de caso que teremos a chance de produzir um novo modo de laço de trabalho entre as equipes, uma posição diferente daquela onde o saber sobre o crack sutura essa dimensão impossível de se dizer.

Entendam-me: o importante não é a maneira como esses ocos se mobíliam (discurso sobre a bondade?) para quem está de fora, nem a disciplina pressuposta pelo vazio mantido internamente (não se trata de burrice), mas sim que esse oco (do saber) é reconhecido por todos – objeto usual, se assim podemos dizer, para os subordinados, e moeda corrente de sua apreciação pelos Superiores.

Destacamos também que a aposta do analista no trabalho em torno desse *oco do saber* é diferente de uma posição de aposta no vazio, no nada. Pelo contrário, é por se dar conta de um impossível de se saber que o analista pode e deve tomar a palavra diante dos debates na cidade. Ele tem a chance de inventar no laço social algumas possibilidades de trabalho sem se

¹² O exemplo disso foi o ato público nas ruas do centro da cidade realizado por pacientes, familiares e técnicos da rede de saúde mental de Niterói (além de alguns conselheiros tutelares) contra uma tentativa de desmonte da rede. Este movimento aconteceu em 29 de junho de 2011 quando a Secretaria Municipal de Saúde decretou o corte de 25% das equipes contratadas – a rede de saúde mental de Niterói possui um quadro técnico onde a maioria dos profissionais é contratada de modo que não haja qualquer direito trabalhista, o que também geram dificuldades importantes para que haja uma organização política deste coletivo de trabalhadores diante das frequentes ameaças de corte. Naquele momento a Coordenação de Saúde Mental concordou também com a suspensão do trabalho das equipes volantes como a ERIJAD e o Consultório de Rua decidindo que os atendimentos aconteceriam somente em nível ambulatorial pelos CAPS. Neste ato público contamos com a presença de um grupo composto por aproximadamente 150 pessoas, um fato histórico na rede. Estas se reuniram vestidas de preto com cartazes e faixas em frente a Prefeitura para cobrar providências imediatas do secretário de saúde que recuou diante das pressões.

deixar ser tragado pela impotência de um saber total que jamais cumpre o seu ideal interrogando assim os sabichões sobre suas promessas pautadas no saber e que geram impotência diante do impossível de se cumprir. Retomamos assim a fala de Éric Laurent em *O analista cidadão* (1999, p. 13) onde este interroga o entendimento da posição do analista como um “intelectual crítico”:

O analista crítico é o analista que não tem qualquer ideal, que se apaga, que é tão-somente um vazio ambulante que não crê em nada. Ele, obviamente, está além de toda crença! Como já não acredita em Papai Noel, como já não crê, livra-se do peso que seus irmãos carregam sobre os ombros.

Ele também nos diz que:

[...] os analistas não devem apenas escutar; eles precisam saber transmitir a humanidade do interesse que a particularidade de cada um tem para todos. Trata-se, portanto, não de se limitar ao cultivo, à recordação da particularidade, e sim de transformá-la em algo útil, em um instrumento para todos. Não há por que retroceder diante de uma palavra útil aos demais, quando se reconhece uma forma de humanidade em sua peculiaridade (LAURENT, 1999, p. 15).

Portanto, nestes termos e a partir do que nos foi possível recolher no trabalho até aqui, através de uma leitura topológica da clínica, demonstramos que nesta estrutura em que operamos não há qualquer razão para afirmarmos uma disjunção entre um fazer clínico realizado dentro das instituições (por vezes recheadas de analistas e de pessoas orientadas pela psicanálise) e tudo mais que os analistas realizam nos espaços públicos da cidade, no campo político. Neste trabalho onde apostamos na presentificação da psicanálise na cidade não há um fazer dentro da clínica e um outro que se localiza fora dela. Não se trata de algo que apenas segue o rastro de uma psicanálise pura, como um fazer menor por parte do analista que se dispõe a se lançar na cidade. Trabalhamos a partir de uma leitura topológica onde se trata sempre de um fazer dentro-fora, seja a partir da estrutura de cada sujeito ou a partir do laço de trabalho que se estabelece entre aqueles com os quais precisamos trabalhar e que constituem o que chamamos das instituições do intersetor.

2.5 O enlace analítico e a transmissão

Neste momento do trabalho resgataremos o caso de Bianca para, mais uma vez, falar da função clínico-política da ERIJAD através de sua função de tessitura da rede que se dá sempre de modo singular de acordo com as especificidades de cada sujeito. Será circunscrevendo o tratamento de cada sujeito que poderemos pensar também na função de tratarmos a rede a partir da transmissão que fazemos operar em cada encontro: a transmissão

de uma posição de trabalho que se dá para não analistas ou para pessoas que não possuem qualquer percurso com o texto psicanalítico Lembremos que: “[...] a transmissão dos primeiros escritos de Freud foi feita para não analistas, e que, se Freud passou até nós, é porque entre nós houve passadores que, oralmente, transmitiram a mensagem freudiana durante anos, antes de ela ser institucionalizada” (WEILL, 2006, p. 22).

No nosso caso não estamos falando dos “passadores” existentes na Escola de Psicanálise, mas sim daquilo que de uma posição analítica se transmite, passa, para um outro que permite ser atingido por esta passagem. Nesta estrutura de transmissão em que operamos, são necessárias algumas condições: alguém que pelo trabalho na transferência – neste caso incluímos a *transferência entre as equipes* (ou *inter-equipes*) – permita ser tocado pelo real que está em jogo e a aposta de que há um sujeito do inconsciente e que será este que produzirá um saber; uma outra condição seria a de que aquele que permitiu ser tocado por este real dos casos e a considerar o sujeito do inconsciente, a cada vez que se encontra com o caso, poderá transmitir algo diferente para este sujeito neste próximo encontro a partir de um trabalho sob transferência. Contudo, deixamos claro que não estamos aqui falando da transmissão de conceitos analíticos ou discussões em torno da teoria analítica. Estamos localizando esta estrutura de trabalho nos detendo na posição de cada um no trabalho e como cada um destes poderá operar com isso que lhe fora transmitido.

Precisamos considerar aqui que para a transmissão desta posição de trabalho entre as equipes, ou melhor, para a transmissão do trabalho sob transferência entre as equipes, o analista (ou aquele orientado pela psicanálise e que constitui o quadro técnico da ERIJAD) também ocupa a posição do sujeito-suposto-saber diante deste outro (técnico), assim como em toda e qualquer clínica orientada pela psicanálise. Será desta posição que ele pode interrogar sobre este saber que se produz, um saber que advirá como algo inédito com cada sujeito que se está trabalhando nos casos. Este saber precisará estar incompleto para permitir a existência de algo que está por fazer, ou seja, não podemos querer saber sobre tudo que cada sujeito nos endereça. Será este algo por fazer, este saber sempre incompleto, que irá nos autorizar retomarmos, a cada encontro, o trabalho nestes lugares para onde nos dirigimos e, a cada vez, resgatarmos tanto o saber produzido pelo sujeito (localizados anteriormente na figura dos *pacientes-a-serem-tratados*), quanto o saber produzido pelo técnico da instituição a partir daquilo que ele recolheu em ato com o outro com quem trabalhou.

Portanto, retomando analogicamente a estrutura do passe (e a função dos “passadores” como Weill mencionou em seu texto) existente na Escola de Psicanálise, ela poderá nos

auxiliar na ilustração desta invenção construída a partir do trabalho da ERIJAD onde a transmissão, uma espécie de passagem, se faz necessário.

[...] de fato há um trabalho que se transfere de um sujeito ao outro. O trabalho constitui o objeto de uma transferência, cujo sentido original é ‘passagem’, ‘deslocamento’ (*Übertragung* em Freud). De modo que a palavra passe, que Lacan introduziu na psicanálise para qualificar um momento do fim de análise, ele já está presente no sentido primeiro do termo transferencia¹³ (MILLER, 2011, p. 180).

Será nesta transmissão que se dá sob transferência no trabalho que poderemos resgatar um outro dispositivo de trabalho, já mencionado por nós neste texto, da Escola de Psicanálise, o *cartel* e a função do *mais-um*. Para que não nos percamos, vamos aqui desdobrá-lo um pouco mais: o cartel é o dispositivo considerado o órgão de base da fundação da Escola de Psicanálise onde quatro se escolhem para dar prosseguimento a um trabalho próprio a cada um e que o laço entre os membros é permitido a partir de um a mais, da função do *mais-um* (*plus-un*), sendo qualquer um, deve ser alguém que possa provocar a elaboração do trabalho por todos, e com cada um, evitando os efeitos de cola entre eles e regulando os efeitos internos entre eles. Portanto, apresentamos aqui outra comparação de estruturas de funcionamento (os dispositivos de transmissão existentes na Escola de Psicanálise e a ERIJAD e sua função na rede) para a elaboração do trabalho da ERIJAD até então percorrido, a função borromeana ($x+1$).

Lembremos que este modo de pensarmos a transmissão da psicanálise fora desdobrado por Lacan entre os textos *Situação da psicanálise e formação do psicanalista em 1956* e a *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*, passando pelo texto *Ato de fundação* de 1964. É nestes dois últimos escritos que Lacan situará mais precisamente as estruturas de transmissão da psicanálise a partir de uma transferência que acontece num trabalho coletivo, algo que nos auxiliou para a teorização desta estrutura de trabalho operada pela ERIJAD.

Como afirmamos, tanto o passe quanto o cartel se constituem como dispositivos de formação na Escola. Contudo, será através deste último, o cartel, e mais especificamente a função do *mais-um*, que desdobraremos o caso Bianca a partir de uma analogia a esta função para a construção da nossa leitura clínico-política a partir do trabalho na rede intersetorial.

2.6 A função do *mais-um* no laço intersetorial

¹³ Texto original: [...] del hecho de que hay un trabajo que se transfiere de un sujeto a otro. El trabajo constituye el objeto de una transferencia, cuyo sentido original es ‘pasaje’, ‘desplazamiento’ (*Übertragung* en Freud). De modo que la palabra pase, que Lacan introdujo en el psicoanálisis para calificar un momento del fin del análisis, ya está presente en este sentido primero del término transferencia.

Após um longo tempo de trabalho com Bianca, observamos que esta permanecia em seu movimento de idas e vindas para casa de sua mãe e com passagens pontuais pelo Conselho Tutelar, onde conseguíamos realizar nossos atendimentos. Num período maior de tempo, quando permaneceu nas ruas sem nos dar notícias, tivemos a informação de que Davi fora levado para a adoção. Situação misteriosa, pois nem sua mãe e nem o conselheiro tutelar responsável puderam nos oferecer maiores detalhes sobre os fatos sendo a única notícia que obtivemos foi a de que Davi já estava na casa dos pais adotivos e que estes não poderiam ser identificados.

O que recolhemos com Bianca neste momento, após ser informada sobre a adoção de seu filho, foi sua intensificação do uso de crack incluindo a suspeita de que a mesma iniciara o uso de drogas injetáveis. Bianca cada vez mais permanecia por períodos maiores em situação de rua e chegou a ser espancada a mando de seu ex-namorado que estava preso – ele a acusava pela perda da guarda do filho. Neste momento, diante do agravamento de sua situação e dos riscos de morte que passou a ficar exposta, decidimos por uma internação com o intuito de realizarmos um corte neste seu movimento, além de protegê-la dos riscos. Algo que já não era mais possível ser feito a partir de um trabalho pela palavra, só havia atos e uma posição onde seu corpo sofria as marcas desta deriva (ferimentos, emagrecimento, tosse, etc.). O significante *mãe*, que antes fazia barreira para esta direção de morte, já não mais cumpria sua função e foi somente durante uma internação que nos foi possível retomar a função da palavra com Bianca, fazê-la falar.

Foi durante a internação também que retomamos um trabalho com Gisele que cada vez mais se apresentava resistente a nossa abordagem e que ao longo do tempo pode, mais uma vez, se endereçar a psicóloga da ERIJAD e ao Conselho Tutelar. Em uma das visitas do conselheiro tutelar responsável a Bianca, enquanto ainda estava internada, esta disse enfurecida: “Eu quero ver esse conselheiro, será que conselheiro só serve para retirar o filho dos outros?!” (sic).

Destacamos que a internação numa enfermaria específica para usuários de álcool e outras drogas só pode cumprir sua função a partir de um trabalho anterior realizado com todos aqueles responsáveis pelo caso, um trabalho que estava incluído na rede do território de Bianca. Este lugar de internação operou mais enquanto uma função de corte em sua deriva, como um ponto de basta na errância de Bianca e uma aposta no trabalho pela palavra, do que como um lugar para as supostas internações prolongadas para “desintoxicação” do crack (termo utilizado de modo equivocado pelo senso comum). Não se trata de utilizarmos os

temos “desintoxicação” ou “abstinência do crack” para Bianca mas sim no tratamento de sua posição diante do Outro onde a droga apenas curto-circuita essa relação, a liberando do mal-estar que lhe é intrínseco e a fazendo localizar seu gozo no próprio corpo sem passar pelo Outro, sem precisar se utilizar do significante como vinha fazendo. Um gozo que está mais além do significante.

A pulsão de morte é um limite ao hedonismo porque exige mais: o mais-de-gozo que apresenta sua cara mais brutal com a adicção. A grande vantagem – se podemos dizer – da adicção é que o sujeito deixa de lado a zona do princípio do prazer, que se esgota rapidamente com o aumento da dose, para entrar diretamente no mais além do princípio do prazer. (...) O sujeito é determinado, não a partir da identificação – que não define nenhuma ontologia –, mas sim de seu modo de gozar¹⁴ (LAURENT, 2008, p. 23-24).

Assim, uma internação neste momento não cumpria a função de tratá-la de uma suposta doença reconhecida socialmente como “dependência química”, já que não era a química da substância crack que produzira o seu movimento nas ruas e as situações de risco. Bianca localizava seu movimento em direção à morte a partir de uma cena em que ela localizou como traumática, a cena em que o padrasto “mexeu numa coisinha” dela. Foi a partir desta cena que Bianca nos disse que desde então se lançou ao mundo com as drogas e a prostituição, em seu mais-além. A aposta da ERIJAD não busca tratar da dependência química situada por muitos especialistas como uma doença crônica onde o indivíduo precisará se haver para o resto de sua vida. Para nossa aposta, precisamos abrir mão de um “delírio de normalidade” – como assim Eric Laurent (2002, Virtualia nº2) o chama – compartilhado pelo senso comum e o saber médico-psicológico sobre o uso de drogas.

Para a psicanálise, a única doença incurável que todos nós compartilhamos é o mal entendido sexual, e a partir daí é que refutamos a regulação e os pressupostos da saúde mental **[mais especificamente da psiquiatria contemporânea através dos seus manuais de classificação de doenças, o DSM IV, por exemplo]**. São antinômicos os preceitos da psicanálise com os da saúde mental (GREISER, 2012, p. 44 - GRIFO NOSSO)

Durante sua permanência no hospital, Bianca pode passar do ato à palavra, sair da repetição dos atos para retomar o trabalho pela palavra. Falou sobre a dor da perda da guarda de Davi, do novo namorado, do medo de voltar ao circuito em que estava com a droga, etc. Além disso, pode localizar um lugar para onde gostaria de ir ao sair de alta, um ambulatório

¹⁴ Texto original: La pulsión de muerte es un límite al hedonismo porque exige más: el plus de goce que presenta su cara más brutal con la adicción. La gran ventaja – si podemos decirlo – de la adicción es que el sujeto deja de lado la zona del principio del placer, que se agota muy rápidamente con el aumento de las dosis, para entrar directamente en el más allá del principio del placer. [...] El sujeto es determinado, no a partir de la identificación – que no define ninguna ontología –, sino a partir de su modo de gozar.

de tratamento de crianças e adolescentes usuários de drogas da Universidade Federal Fluminense (lugar onde Fabrício, seu atual namorado, também se tratava).

Ainda que todos os envolvidos no caso apostassem num tratamento em alguma instituição da rede municipal de saúde mental, mais especificamente no CAPS-i ou no CAPS-ad, foi para este ambulatório da Universidade que Bianca pode se dirigir após a alta junto de seu namorado com quem atualmente reside – Bianca está morando com Fabrício dentro de um carro próximo a casa da mãe de Fabrício, está grávida e com suspeita de sífilis novamente e segue seu tratamento no ambulatório da Universidade.

Neste momento, muitos impasses se colocaram para todos da rede que acompanhavam o caso a partir desta decisão de Bianca. Havia uma preocupação de fazer com que o ambulatório se implicasse no caso de modo que pudéssemos dar continuidade a um trabalho em rede, uma rotina que até então não fazia parte das atividades deste dispositivo de tratamento.

Contudo, não nos era permitido escolher se Bianca iria ou não para este ambulatório já que ela o nomeou enquanto seu lugar de tratamento. Não poderíamos recuar do acompanhamento de Bianca já que nos propomos desde o início a estar com ela em seu itinerário para que algum trabalho acontecesse. Ela reconhecia na ERIJAD um ponto para onde se endereçar quando as instituições já não a suportavam (ou ela não suportava as instituições) e era com isso que contávamos.

Após muitos impasses através de discussões calorosas entre a ERIJAD, o ambulatório da Universidade, o Conselho Tutelar, o Hospital, os CAPS e Gisele, aos poucos, conseguimos transmitir aquilo em que apostávamos com Bianca e a necessidade de um trabalho entre as várias instituições em nome do caso e não a partir da rigidez dos protocolos/burocracias institucionais. Fazer valer o caso, ou melhor, o sujeito, é o modo que encontramos para interrogar este saber presente nas práticas institucionais que trazem consigo as burocracias que desresponsabilizam as equipes e que se utilizam de regras gerais que se legitimam em nome do *bem-estar de todos* deixando o sujeito de fora, foracluído. Sobre a burocracia, Eric Laurent em *El goce sin rostro* (2010, p. 39) retoma Lacan para nos dizer que:

(...) as burocracias modernas estão, de um modo mais radical que as antigas, fundadas estritamente sobre o saber. Pode-se dizer que todas as formas de burocracia se fundam sobre o saber: o grotesco egípcio, os mandarins, etc, mas – no caso das burocracias contemporâneas – essa fundação no saber é muito mais radical¹⁵.

¹⁵ Texto original: [...] las burocracias modernas están, de un modo mucho más radical que las antiguas, fundadas estrictamente sobre el saber. Se puede decir que todas las formas de burocracia se fundan sobre el saber: el grotesco egípcio, los mandarines, etcétera, pero – en el caso de las burocracias contemporáneas – esa fundación en el saberes mucho más radical.

Neste sentido, concentra-se um grande esforço de Lacan em seu ensino para que a psicanálise também não caia na sua sustentação a partir de um suposto saber totalizante, de uma citação ou de argumentos teóricos que legitimam as práticas a partir de um saber *a priori*, burocrático. Algo que possa se diferenciar das práticas sociais encontradas em muitos pontos da rede como, por exemplo, alguns técnicos que deixando de escutar o que o sujeito lhe diz, tomam decisões em seus encaminhamentos institucionais a partir destas burocracias afirmando que fazendo isso ou aquilo estão sendo rigorosos com as diretrizes e protocolos que garantem os direitos das crianças e dos adolescentes. “Todo esse esforço de Lacan é para que seja muito difícil uma citação do estilo “Lacan disse isso”. E é também por isso que Jacques-Alain Miller insiste em nos mostrar que fazer uma leitura de Lacan é muito diferente de citá-lo.”¹⁶ (LAURENT, 2010, p. 39).

Gisele e a mãe de Fabrício compareceram regularmente às reuniões de família do ambulatório desde que Bianca iniciou seu tratamento na instituição – elas comparecem até os dias de hoje mesmo quando ambos deixaram de ir aos atendimentos. Já a ERIJAD, neste momento atual, tem cumprido a função de convocar todas as instituições a cada vez que Bianca desaparece do seu tratamento a partir dos seus excessos com a droga, em períodos de maior permanência nas ruas. Podemos dizer que, por vezes, ainda que não consigamos levar Bianca até a instituição, levamos o caso para as discussões não deixando que ele seja esquecido pelos técnicos (movimento comum com os casos como o de Bianca em várias instituições da rede). Esta convocação apenas acontece se também estivermos dentro do caso ainda que num lugar de *extimidade* (um fora-dentro como ilustra a topologia moebiana) a todas as instituições. Não nos constituirmos como técnicos das equipes destas instituições não é o mesmo que estarmos fora do caso, estamos dentro do caso costurando com Bianca e os técnicos um circuito em rede com pontos onde a adolescente possa se endereçar, ou seja, lugares onde ela possa retomar sua palavra a cada vez que o recurso da droga curto-circuita a relação com o Outro e a joga na repetição das passagens ao ato.

Não nos aproximamos de todas estas instituições a partir de uma boa vontade de se trabalhar com tantas equipes com mandatos tão diferentes, como que para cumprir o ideal de um trabalho em rede e intersetorial, mas sim a partir dos elementos que o caso nos indicava, suportando os mal-estares advindos dos tensionamentos intrínsecos as tomadas de decisões entre as equipes que muitas vezes divergem em suas direções. Tentamos produzir um trabalho

¹⁶ Texto original: Todo ese esfuerzo de Lacan es para que sea muy difícil una cita del estilo “Lacan dijo eso”. Y es también por eso que Jacques-Alain Miller insiste en mostrarnos que hacer una lectura de Lacan es muy diferente de citar a Lacan.

onde a transferência com o caso é o motor principal e em que esta transferência e os elementos clínicos recolhidos com o sujeito possibilitem um laço entre todos aqueles responsáveis, uma rede. A rede não existe *a priori* a não ser administrativamente, ela acontece em ato.

O trabalho entre as muitas instituições com o caso Bianca não se deu a partir de uma transmissão para todos juntos e ao mesmo tempo, mas sim na transmissão de uma posição de trabalho a partir do caso no um a um, com cada técnico de cada instituição. Sendo assim, afirmamos que a instalação de um dispositivo ampliado de tratamento para Bianca tomou a cidade enquanto um espaço de trabalho com ela, um coletivo de instituições enlaçadas a partir de um enlace com o sujeito. Um trabalho que precisou ser tomado por este Outro-rede sem que este traga uma consistência a partir do saber sobre o sujeito e que o expulsa (como o Outro materno o fazia), mas sim um trabalho que permitisse sua inclusão a partir de brechas para que Bianca endereçasse suas falas e suas passagens ao ato com a droga. Uma rede que afirma acolher adolescentes usuários de drogas precisa apresentar vãos de descontinuidade entre as instituições que permitam que o “sujeito adolescente” se movimente nestas brechas, sem aprisioná-lo e impor as normas que se baseiam nas boas condutas morais. É preciso deixar claro que não somos defensores e garantidores dos bons modos (de comportamentos disciplinados), isso não se faz necessário nem conveniente quando estamos tratando do sujeito.

O trabalho com Bianca ilustra a aposta que reconhecemos necessária para um trabalho efetivo com estas crianças e adolescentes onde a droga mistura-se a um funcionamento em direção à morte (um mais além), um trabalho que possa atingir um sujeito e a *polis*, ou seja, as instituições que compõem a cidade além de permitir que entre elas haja um trabalho coletivo com cada sujeito e não um trabalho que se oriente pelos pequenos narcisismos existentes entre todas elas. Retomamos assim a fala de Jacques-Alain Miller (2011, p. 181) onde nos diz que mesmo quando:

[...] nos ocupamos de fenômenos sociais [neste caso o crescente uso abusivo de drogas por crianças e adolescentes], a perspectiva analítica nos leva a buscar o laço do um a um, o que se reprova com bastante destaque já que deste modo se desconhece a consistência própria do fenômeno de massa como tal. A única coisa que podemos responder é que, quando a psicanálise não pode assumir a perspectiva do um a um, ela deixa de ser competente ¹⁷.

¹⁷ Texto Original: [...] ocuparnos de fenómenos sociales, la perspectiva analítica nos lleva a buscar el lazo del uno al uno, lo que se nos reprocha bastante subrayado que de este modo se desconoce la consistencia propia del fenómeno de masa en tanto tal. Lo único que podemos responder es que, cuando el psicoanálisis no puede asumir la perspectiva del uno a uno, deja de ser competente.

Pela via do trabalho com o caso, onde cada um pode elaborar sua posição diante do sujeito que circula pela cidade, nos esquivamos dos efeitos de cola imaginária existentes entre as instituições (o que nem sempre nos é garantido e que pode trazer à tona este Outro em sua consistência máxima e totalitária) e, muitas vezes, conseguimos fazer furo nas resistências advindas destes pequenos narcisismos que não permitem um trabalho coletivo e necessário ao acompanhamento dos casos. Assim, a ERIJAD se faz como um ponto de convergência para a construção de um caso clínico, ainda que essa convergência seja em meio as divergências, e será o caso que demonstrará os elementos para o enlaçamento do um a um (cada um técnico das diferentes instituições) onde haja uma direção de trabalho que considere o sujeito e negocie com as particularidades institucionais e os mandatos de cada setor.

O que tentamos instalar é um dispositivo e uma função que se assemelhem a uma estrutura ternária borromeana ($x+1$) cujo núcleo seja a falta, o *oco do saber* como já ressaltamos, que traz consigo a incompletude e a diferença. Neste sentido, diferente da função de um líder, a ERIJAD assemelha-se a função do *mais-um* do cartel analítico de modo que busca cumprir a função de presentificar entre as instituições essa fenda, esse *oco* insuperável. O *mais* aqui não é uma adição, que adiciona mais elementos, e sim o *mais* do corte, da disjunção, que faz com que o direcionamento das ações no caso seja orientado pela via do trabalho e não das decisões tomadas a partir da dimensão dos conflitos imaginários existentes na rede e que estão além do caso. Não sendo um líder, o *mais-um* precisa implicar cada um na tomada de responsabilidade para que o trabalho opere a partir de um desejo de saber sobre o sujeito em questão fazendo todos avançarem no trabalho clínico.

Colette Soler (2009, p. 92) em *La Querella de los diagnósticos* afirma que o *mais-um* (do cartel) é aquele que não permitirá que se forme um casal. Ressalva que mesmo num casal, se há a presença da *palavra plena*, esta, ao mesmo tempo em que os une faz com que haja um terceiro. Para falar da função do *mais-um* Soler resgata Lacan em seu texto *Ato de Fundação* de 1964 e diz que a estrutura borromeana presente no cartel é a estrutura do laço social e o que se está em seu centro – no nó das consistências – neste *oco de saber*, como assim o chamamos, é o objeto *a*. “Neste sentido, se pode considerar que um indivíduo falante está constituído por um nó, pela amarração do imaginário, do simbólico e do real. Mas não somente estão amarradas estas três consistências, eventualmente também estão os indivíduos entre si.”¹⁸ (SOLER, 2009, p.81).

¹⁸ Texto original: En ese sentido, se puede considerar que un individuo hablante está constituido por un nudo, por el anidamiento de lo imaginario, de lo simbólico y de lo real. Pero no solamente están anudadas estas tres consistencias, eventualmente también lo están los individuos entre sí.

Sustentar esta fenda no laço de trabalho entre as instituições sem tamponá-la com os “objetos positivos” (como a autora cita), que acabam por produzir identificações, será justamente o que impedirá a formação de um laço de grupo que por vezes se orienta pelos ideais de salvação do sujeito presentes em seus mandatos institucionais.

Será neste tratamento do sujeito e da rede, que também se apresenta como um tratamento no campo do Outro, que conseguiremos extrair alguns efeitos clínicos a partir das nossas apostas. No caso Bianca, não poderemos jamais afirmar que se trata de um caso de sucesso. Como destacamos no início deste capítulo, nosso trabalho terá sempre em conta uma dimensão de fracasso que é intrínseco à estrutura, o real sempre estará em jogo. Bianca continua a usar drogas e por vezes a se prostituir nas ruas. Contudo, ao longo de seu acompanhamento observamos as invenções que ela pode fazer a partir do trabalho com o significante e os muitos pontos de ancoragem que estabeleceu no Outro para que pudesse ter algum lugar que não apenas o lugar de *drogada e prostituída*. Alguns elementos recolhidos neste caso, assim como em outros casos, assumem um papel importante para todos aqueles que estão inseridos neste trabalho em rede. Estes elementos demonstram alguns indicadores que apontam para as soluções possíveis (e sempre singulares para cada sujeito) diante dos riscos de morte que se colocam muitas vezes com o uso ininterrupto de drogas. Uma solução que nunca poderá ser colocada como uma solução para todos ainda que todos possam inventar suas próprias soluções.

3 OS TRÊS MOMENTOS NO TRABALHO E OS OPERADORES CLÍNICOS

A partir de um percurso histórico da ERIJAD apresentado no primeiro capítulo onde explanamos a construção de uma proposta de trabalho advinda de uma pesquisa orientada a partir das coordenadas da psicanálise e a conjugação clínico-política confeccionada através da clínica do sujeito desdobrada no segundo capítulo, neste terceiro capítulo retomaremos alguns momentos da história da equipe a fim de fazermos uma amarração a partir de algumas coordenadas de trabalho extraídas deste percurso. Para tanto, circunscreveremos **os três momentos** em que se deu este trabalho construindo uma direção de intervenções – três momentos que não são estanques, mas que se entrelaçam a cada novo caso que nos chega. Será a partir destes três momentos que na sequência faremos a exposição de dois dos operadores que extraímos e que se firmaram na condição de coordenadas clínicas do nosso trabalho. Nomearemos estas coordenadas clínicas como **operadores clínicos** na aposta de permitir que eles possam servir tanto para a continuidade deste trabalho como também para a orientação de outros trabalhos que se desenvolvem (ou venham a se desenvolver futuramente) no campo público dos cuidados com crianças e adolescentes.

Dissemos “com crianças e adolescentes” e não “com crianças e adolescentes que realizam uso abusivo de drogas” pois ainda que o uso de drogas seja um fenômeno importante e que produz particularidades nos acompanhamentos, a extração destes operadores ao longo do nosso cotidiano de trabalho apontaram ao longo do tempo que as especificidades extraídas se localizavam muito mais na dinâmica que concerne à estrutura de cada sujeito num determinado momento da vida, neste caso na passagem da infância para a adolescência, do que no uso abusivo de drogas enquanto um fenômeno.

A passagem ao ato na adolescência é um fenômeno bastante presente na vida dos adolescentes, como nos relata Freud em 1910 tomando uma situação mais radical como exemplo, numa discussão realizada na Sociedade Psicanalítica de Viena diante dos atos suicidas existentes nas escolas europeias. Naquele momento, Freud já advertia de que ainda que estas escolas precisassem responder pelos números de suicídios nelas cometidos e considerando que a escola deve lhes [aos sujeitos] possibilitar “o desejo de viver e devia oferecer-lhes apoio e amparo numa época da vida em que as condições de seu desenvolvimento os compelem a afrouxar seus vínculos com a casa dos pais e com a família” (p.243), ele também considerava contudo que havia outros elementos clínicos a serem investigados nas passagens ao ato dos jovens e que dizem respeito à própria dinâmica das

pulsões que ele situou através do nome de “uma libido desiludida” ou a “renúncia do ego de sua autopreservação” (p.244).

Os três momentos do trabalho que situaremos a seguir nada mais são que a circunscrição de modos de operação da equipe diante dos elementos que emergiram no trabalho com cada sujeito e nas diferentes instituições. Lembremos que este trabalho com cada um e com cada instituição se apresentou ao longo do nosso texto a partir de um modo de conceber a estrutura do inconsciente onde há um enlace entre o dentro e o fora, como na *Banda de Moebius* que, na topologia lacaniana, representa o lugar do próprio sujeito, dentro e fora e por isso fazendo uma junção entre o clínico e o político. Portanto, estes três momentos do trabalho da ERIJAD constituem um reposicionamento frente às exigências da clínica incluindo de modo intrínseco nossas posições frente às decisões e demandas institucionais. Além disso, os momentos do trabalho que organizamos nestes três itens distintos são um modo de apresentarmos nossa lógica de funcionamento e por isso não se constituem operações desenvolvidas numa ordem cronológica estanque entre si. Os três momentos do trabalho entrelaçam-se e se justapõem, como ilustramos no capítulo anterior também a partir do caso Bianca e a circunscrição de suas três vertentes clínicas.

Para que possamos extrair desta categoria de *operação* as consequências conceituais e metodológicas que queremos neste capítulo, é-nos necessário definir que concepção fazemos delas, a depreender assim a categoria nova de *operadores clínicos*.

O modo como empregamos as categorias de operação e operadores não as situa como formas ufanista de aposta no trabalho com o objetivo de alcançarmos um suposto “sucesso” como nos é suposto e esperado pelo meio social, que supõe que libertaremos estes sujeitos do uso abusivo de drogas. Nossa aposta primeira não é esta, e sim uma aposta clínica que tenha a potência de convocar o posicionamento de cada um frente ao seu mal-estar, e aqui poderíamos evocar um belo texto de Lacan sobre Wedekind e dizer que, neste caso, a posição do sujeito frente ao seu mal-estar pode ser formulada como o mal-estar frente aos impasses da estrutura (que, no nosso caso, incluem elementos da realidade social) e que se desvelam no *despertar da primavera*¹⁹. Sendo assim, com a confecção dos nossos operadores a partir das coordenadas já instituídas por Freud e Lacan, também apresentaremos os impasses específicos encontrados na adolescência e que demonstram justamente o fracasso intrínseco a própria estrutura do sujeito e que se recolocam na puberdade (puberdade aqui como sinônimo de

¹⁹ O *Despertar da Primavera* é o nome dado por Lacan ao seu texto de 1974 (*Outros Escritos*) onde ele retoma a peça de Frank Wedekind (1891), com este mesmo nome, para se referir a este momento da vida dos sujeitos. Vale lembrar que Freud já em 1907, nas reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena, também abordava Wedekind para tecer comentários sobre este período da vida dos sujeitos.

entrada na adolescência como é convencionalmente situada), ou seja, um fracasso impossível de ser abolido e que o adolescente terá de se a ver neste momento da vida e inventar um saber-fazer com isto, a não-relação sexual.

Dedicarmo-nos à posição do sujeito na estrutura e não ao fenômeno do uso de drogas (considerando o uso de drogas como um recurso oferecido pela cultura diante do mal-estar e não como a causa “de todo o mal”) faz um deslocamento importante na formulação do modo com que lidamos com o problema das crianças e dos adolescentes que realizam uso de drogas na cidade.

É por isso que, quando Lacan diz: “Isto, certamente não para lhe proibir a relação dita sexual, mas para cristalizá-la na não-relação que ela vale no real” (1974/2003, p. 558), ele afirma que na adolescência há um momento de despertar de um sonho, os sonhos das fantasias adormecidas no período de latência, assim como disse Freud, e o encontro com o que é da ordem do sexual acompanhado de mais ou menos culpa. Trabalhamos a partir de um fracasso de estrutura e nossa operação, assim como nossos operadores, demonstrarão que há uma impossibilidade de sucesso colocada para todo e qualquer ser falante.

Ainda que a infância e a adolescência não possam ser consideradas estruturas clínicas específicas, já que é sempre com um sujeito que estamos trabalhando, há algumas especificidades neste período da vida onde, principalmente, identificamos momentos de profunda angústia que muitas vezes são reconhecidos pelo senso comum como a “crise da adolescência”. A crise não é do adolescente, mas sim do resultado de um trabalho realizado pelo sujeito na estrutura em suas escolhas e reposicionamentos frente as marcas significantes advindas do Outro.

Por isso, não podemos cair no engodo de tentar atender as expectativas das instituições, dos pais e atores intersetoriais que se endereçam a nossa equipe com a esperança de que ofertaremos a estes sujeitos algumas respostas que os tornem disciplinados nas escolas, engajados em seus deveres, felizes na relação com os seus pais e outras figuras de autoridade. Não há como poupá-los desta passagem por este período da vida e cada um inventará um modo específico de se lidar com isso a partir dos recursos subjetivos que podem estar disponíveis ou não. Entretanto, a impossibilidade de sucesso (de salvarmos estes “pobres” adolescentes do flerte com o tráfico de drogas, da prostituição, do uso abusivo de drogas, do HIV, das situações de risco, etc.) não significa que nossa operação não alcançará alguns efeitos importantes na vida de cada sujeito. Os resultados a que chegamos com muitos dos casos acompanhados demonstram que diante deste impossível conseguimos inventar com o sujeito lugares mais ou menos interessantes frente aos seus impasses possibilitando, por

vezes, alguma “paz de espírito” diante das exigências de um Outro que pode lhes fazer cruéis exigências chegando mesmo a levá-los à morte.

Nossa operação busca justamente atingir cada sujeito a partir de uma leitura dos traços que lhes concernem e que lhes foram marcados ao longo de suas histórias em sua constituição com o Outro, ou seja, numa lógica já apresentada por Freud como um constante “rearranjo” de traços (mnêmicos) e passível de constantes “retranscrições” ao longo do tempo em que trilharam seus caminhos através de um traço fundador e que se refere à primeira experiência de satisfação – *Carta 52* (1896/1996, p.281): “Assim o que há de essencialmente novo a respeito de minha teoria é a tese de que a memória não se faz presente de uma só vez, mas se desdobra em vários tempos; que ela é registrada em diferentes espécies de indicações”.

Será justamente a partir de um modo de pensarmos esse inconsciente apresentado por Freud, e retomado por Lacan em sua releitura de Freud, que localizaremos este Outro e o sujeito de nossa operação e assim partiremos para a construção dos nossos operadores de trabalho. Para que possamos extraí-los, a seguir, resgataremos a história da equipe através de três momentos do trabalho onde, em cada um deles, e a partir da clínica do caso a caso, construímos um modo de intervenção inédito permitindo um constante reposicionamento da equipe permitindo assim um reposicionamento de cada sujeito e de cada instituição com que trabalhamos.

3.1 Os três momentos do trabalho da ERIJAD

3.1.1 Primeiro momento – a urgência como repetição e a emergência da demanda: um trabalho a partir da presença

No **primeiro momento** do trabalho, no início de 2009, decidimos ir até os Conselhos Tutelares e escutar cada conselheiro que, tomados pela urgência, não conseguiam nos oferecer elementos básicos sobre a história de cada adolescente levado até o Conselho pelos seus familiares ou outros equipamentos da rede de cuidados. Quando interrogávamos os conselheiros sobre a vida daqueles sujeitos a partir de perguntas básicas como, por exemplo, com quem moravam, por onde circulavam, como essa demanda havia chegado através da família, desde quando estavam sem ir à escola, o que observávamos era uma irritação direcionada à equipe e a conexão entre a frase “ele está usando muito crack” (sic) com a frase “ele vai morrer!” (sic).

Esta demanda surgia através da urgência como uma repetição onde a única saída possível era a solução através de uma internação: “ele precisa de internação senão vai morrer!” (sic). Um fazer pelo outro na tentativa de salvar o sujeito e que não o incluía nas decisões, muito pelo contrário, o excluía. Sobre as urgências, Glória Maron no livro *Urgência sem emergência?* (2008, p.11) afirma que “muitas vezes, é preciso colocar a pergunta sobre de quem é a urgência. Do ponto de vista da saúde mental, não raro a urgência é de ordem pública”. Neste caso a urgência não era do sujeito e sim daqueles que demandavam por ele, principalmente do Conselho Tutelar. Havia uma suposição de que uma internação resolveria os problemas daquelas pessoas e ao escutá-las, notávamos que o uso de drogas apenas encobria outras problemáticas em suas vidas (gravidez precoce, violência doméstica, trabalho no tráfico, situação de rua, etc.) e a urgência dissolvia as particularidades existentes de cada situação. Uma fixação no ideal de curar que nada mais era do que o de internar para que a angústia daqueles que pediam algo em nome de um sujeito se aplacasse. Nada incomum já que as crianças e os adolescentes que chegam até as instituições de tratamento ou nos consultórios particulares, em muitos casos, chegam levados por terceiros que fazem demandas por eles e é a partir desta demanda que o trabalho se inicia. Ainda que não seja a demanda do sujeito endereçada ao analista é a partir dela que trabalhamos, ou seja, considerando-a ainda que considerá-la não significa responder a ela.

Num primeiro momento, diante das demandas urgentes advindas dos Conselhos Tutelares foi necessária alguma resposta quando os casos chegavam até eles. Uma resposta que não era a internação, já que não é possível decidir que alguém será internado antes de escutá-lo e de saber o que se passa com ele, mas sim a resposta que nada mais era do que a oferta da nossa presença. Quando os casos chegavam precisávamos estar presentes acolhendo a urgência de todos aqueles que se apresentavam impacientes diante de um sujeito que faz uso de drogas, mas que não localiza na droga o seus impasses na vida. Aqui destacamos que a chegada do caso não se confunde com a chegada física do adolescente na instituição, este pode não estar presente fisicamente, mas sim na demanda de quem o trouxe.

Após um trabalho a partir da nossa presença com os conselheiros nos atendimentos no próprio Conselho Tutelar, fizemos com que alguns desses adolescentes e familiares chegassem tanto no CAPSad quanto no CAPSi. Com estes poucos que chegavam as instituições de saúde mental, iniciamos os atendimentos individuais como se fosse uma recepção, avaliando os próximos encaminhamentos possíveis e recolhendo os elementos para a construção de um projeto terapêutico (como requerem todos aqueles que são acompanhados pelos CAPS). Entretanto, esses que chegavam não conseguiam sustentar um retorno após

alguns atendimentos. Desaparecidos, voltavam a comparecer aos Conselhos Tutelares depois de algum tempo e os pais e familiares afirmavam ainda com mais certeza que a internação era o único meio pelo qual haveria uma solução para o uso de drogas de seus filhos. A urgência se instalava mais uma vez.

Nossa questão passou a ser, então, como produziríamos algum intervalo entre os pedidos na urgência e o ato de internar. Como produzir um espaço de fala sobre aqueles adolescentes que estavam chegando e a inclusão de um sujeito nas decisões que seriam tomadas por ele? O único lugar destes na fala daqueles que nos solicitavam ajuda (suas famílias e os atores sociais responsáveis por seus acolhimentos) era que se tratava de “viciados em crack que precisavam de internação para não morrer”, quase uma profecia a ser cumprida. Sônia Alberti em seu livro *Esse sujeito adolescente* (p.216-18) retomará Lacan em seu *Seminário 7* para falar de dois tipos de autoridade. Uma delas é a de um Outro que cumpre a função do oráculo, como na Grécia antiga e que se colocou no destino de Édipo. Ela aponta este Outro oracular como uma autoridade de cujos desígnios nem mesmo o rei poderá escapar, uma autoridade que reifica o desejo do Outro colocado para o sujeito desde o início de modo incoercível e não dialetizável, ou seja, não há como escapar do desejo do Outro a partir da Lei da castração. A outra autoridade é a do Outro que dita as leis da cidade em nome do **bem comum**, a lei do ditador, por exemplo, e que impõe ao sujeito um modo de se gozar e que não permite espaço para o desejo se colocar. Será em meio a estas duas autoridades (o Outro oracular da Lei e o Outro que dita as leis da cidade) que precisaremos trabalhar com cada caso para que a profecia “viciados em crack que precisam de internação para não morrer” seja retificada a partir de um reposicionamento do sujeito diante este Outro.

Resgatemos Lacan:

Uma parte do mundo está orientada consequentemente a serviço dos bens, rechaçando tudo o que concerne à relação do homem com o desejo – é o que se chama de perspectiva pós revolucionária. A única coisa que pode se dizer, é que não se da conta de que ao formular as coisas assim, não se faz nada mais do que perpetuar a eterna tradição do poder – Continuem trabalhando, e quanto ao desejo, esperem sentados. Mas pouco importa. Nessa tradição, o horizonte comunista não se distingue de Creonte, do da cidade, do que reparte amigos e inimigos em função dos bens, a serviço dos quais devemos nos colocar, que pode englobar num certo momento todo o universo²⁰ (1960/2009, p. 378).

²⁰ Versão espanhola: Una parte del mundo está orientada resueltamente en el servicio de los bienes, rechazando todo lo que concierne a la relación del hombre con el deseo – es lo que se llama la perspectiva postrevolucionaria. La única cosa que puede decirse, es que nadie parece darse cuenta de que al formular así las cosas, no se hace más que perpetuar la tradición eterna del poder – *Continúen trabajando, y en cuanto al deseo, esperen sentados*. Pero poco importa. En esa tradición, el horizonte comunista no se distingue del de Creonte, del de la ciudad, del que reparte amigos y enemigos en función del bien de la ciudad, más que al suponer, lo cual en efecto no es poco, que el campo de los bienes, al servicio de los cuales debemos colocarnos, pueda englobar en cierto momento todo el universo.

O crack aparecia nas falas, e ainda aparece nos anúncios midiáticos, como signo da morte. O que notávamos era a angústia de cada um que os recebia e uma espécie de congelamento no significante *internar* e *morrer*, além das respostas pré-fabricadas em nome do bem destes indivíduos: a internação. Nossa intervenção precisava descolar esses significantes e incluir os novos dizeres destes sujeitos. Precisávamos localizar na fala deles próprios uma dimensão específica dos seus impasses vividos por cada um deles, dimensão anulada diante do significante crack advindo de um Outro que já sabe o que é melhor por ele e não com ele.

Ainda que muitos técnicos da rede de saúde mental, muitos advertidos pela psicanálise, vaticinassem uma impossibilidade de um trabalho com estes outros atores que nos demandavam internação, tentamos permanecer no trabalho tomando essas demandas como um modo de endereçamento possível diante do que aparecia para eles como uma urgência. Se Freud colocou a psicanálise como uma prática diante do impossível, era deste lugar que partíamos considerando que toda demanda traz algo impossível a responder e que está na ordem do amor, ou seja, não há um objeto que a satisfaça. Será a partir da demanda que construiremos as possibilidades de trabalho através da instalação da transferência.

Neste trabalho com outras instituições, falamos da transferência primeiramente com aquele que nos endereça alguma demanda, ou seja, não estamos falando sobre a transferência apenas com o sujeito que supostamente precisa de alguma ajuda em decorrência do uso de drogas. Como abordamos no segundo capítulo, trata-se da instalação de transferência no trabalho com o conselheiro que fez o endereçamento – e que nomeamos no segundo capítulo de *transferência entre as equipes* – algo que também possa acolher um sujeito, para além dessa demanda, e não apenas discordar de sua conduta ou contrapor seu argumento. Somente a partir deste ponto conseguimos um trabalho com este que supõe algo a partir do nosso mandato e a partir daí a produção de algum encadeamento significativo que consiga sair do congelamento nos significantes *internar* e *morrer*, uma outra saída para o cálculo: adolescente mais crack igual à morte. Lembremos aqui dos ensinamentos de Lacan (1958/1999, p. 441) ao construir o Grafo do Desejo em seu *Seminário 5*:

A transferência, já é, em si mesma um campo aberto, possibilidade de uma outra articulação significativa, diferente da que encerra o sujeito na demanda. Por isso é legítimo, qualquer que seja seu conteúdo, colocar essa linha no horizonte. Chamo-a aqui de linha da transferência. Ela é algo de articulado, que existe potencialmente para além do que se articula no plano da demanda, onde vocês encontram a linha da sugestão. Ora, o que está ali no horizonte é o que é produzido pela demanda como tal, ou seja, a simbolização do Outro e a demanda incondicional de amor.

A oferta da nossa escuta através da nossa presença no Conselho Tutelar e o desejo de fazer com que cada um possa falar sobre isso que o acossa, seja a família, o adolescente e o próprio conselheiro que nos demanda algo é o que permite uma outra via para este congelamento significativo e algum acolhimento que se diferencie de um fazer incessante que cubra com uma resposta *prêt-à-porter* essa dimensão insuportável.

Vale lembrar que é somente a partir da transferência que conseguimos escutar um sujeito (diferenciando a escuta analítica do uso frequente e equivocado do significante escuta) naquilo que constitui o que lhe é traumático, ou seja, a castração. Isso vale tanto para cada criança ou adolescente que acolhemos quanto para cada técnico, ainda que cada um seja acolhido a partir do seu lugar (paciente ou parceiro de trabalho). Exemplo disso são os momentos em que um conselheiro tutelar ou outro integrante da rede intersetorial nos endereça suas dificuldades subjetivas diante destes casos que lhes chegam, momentos em que precisamos acolhê-los em suas dificuldades para que possam cuidar de suas posições sem a precipitação de respostas impróprias ao cuidado.

Freud (1912/1996, p.116) em *A Dinâmica da Transferência* adverte de que é pela vida da transferência que conseguimos desdobrar este complexo inconsciente ao ponto de produzir os mais estimados efeitos de nossas intervenções, contudo, e ao mesmo tempo, será por esta mesma via que encontraremos nossos mais duros obstáculos enquanto analistas, as resistências.

Assim, a transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência. Ocupamo-nos do *mecanismo* da transferência, é verdade, quando o remontamos ao estado de prontidão da libido, que conservou imagos infantis, mas o papel que a transferência desempenha no tratamento só pode ser explicado se entrarmos na consideração de suas relações com as resistências.

Portanto, a instalação da transferência – seja com aquele considerado *paciente-a-ser-tratado* ou na transferência entre as equipes – é apenas o início de um longo e árduo trabalho.

Nossa aposta é na direção de se produzir um dizer, algo que opere como um corte nessa repetição de pedidos por internação e de ações protetivas que nada produzem nos casos. Como nos lembra Freud em *A questão da análise leiga*: “Sem dúvida, no começo foi a ação e a palavra veio depois; em certas circunstâncias ela significou um progresso da civilização quando os atos foram amaciados em palavras. Mas originalmente a palavra foi magia – um ato mágico; e conservou muito de seu antigo poder” (1926/1996, p.183).

Em relação ao nosso fazer em ato, ou seja, a partir da transferência, retomamos o dizer de Miller (2011, p. 34) sobre o ato analítico: “O ato analítico, como sabemos, é distinto de

qualquer ação, não consiste em um fazer [...]. O ato analítico é liberar a associação, isto é, a palavra, liberá-la do que a limita, para que ela se desenvolva numa rota livre”.

Não foram raras as vezes em que chegamos ao Conselho Tutelar, após um chamado, e o que encontramos era a angústia do conselheiro que dizia “ele está em surto porque usou crack, ele vai quebrar tudo, ele precisa ser internado” (sic) e um adolescente sentado, olhando para nós como quem se pergunta do que se tratava em tudo isso, e quem éramos nós. Ainda que acolhêssemos essa demanda, notávamos que respondê-la prontamente, a cada vez que estas urgências surgiam, como se fôssemos um Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), não teria qualquer efeito. Precisou-se produzir uma retomada do caso onde se incluísse os antigos e os novos elementos de suas histórias e, principalmente, o que eles, as crianças e os adolescentes, diziam sobre aquela situação.

Destacamos também – já que este ponto localiza o cerne desta problemática e da necessidade do Estado investir em intervenções mais precoces na vida destas pessoas além da necessidade de colocar em prática aquilo que identificamos nas propostas políticas que concerne o setor da saúde em seu mandato de prevenir doenças e promover saúde – que a maioria destes casos que encontramos, conforme observamos nos prontuários da instituição, já haviam passado pelos Conselhos Tutelares do município anos antes, quando ainda eram crianças e sem qualquer registro de uso de álcool ou drogas ilícitas. As antigas passagens pelo Conselho Tutelar eram decorrentes de queixas das escolas sobre momentos de indisciplina, evasões, descrições de quadros de inquietação, além da presença de situações de violência doméstica e da presença de familiares usuários de drogas em casa. Idas e vindas aos Conselhos durante anos sem que isso pudesse produzir alguma marca que representasse uma diferença em suas histórias. Foram raros os casos em que não encontramos a sequência de relatos de indisciplina na escola num primeiro momento, evasões das escolas num segundo momento, “fugas de casa” num terceiro momento (já no final da infância e o início da adolescência) e em seguida o encontro com a droga, o tráfico e a prostituição. Uma repetição que se dava em vários casos. Encontramos também nos prontuários dos Conselhos Tutelares, nas páginas que relatavam os momentos mais recentes de suas vidas, registros de inúmeros encaminhamentos para diferentes instituições de tratamento para o uso de drogas sem identificarmos nestes relatos qualquer elemento sobre os efeitos destes encaminhamentos e o trabalho realizado a partir daí junto destas instituições.

Como observamos, a ERIJAD exerce sua função institucional numa sequência onde inúmeras instituições (famílias, escolas, Conselhos Tutelares, serviços de saúde, etc.) não puderam, ou não se interessaram, no exercício de suas funções enquanto produtoras de lugares

de referências para estes sujeitos de modo que, neste vazio, outras referências se impuseram em seus movimentos, seja nas ruas ou nas comunidades em meio ao tráfico de drogas. Identificamos na maioria das histórias que antes de haver algum uso de drogas há uma impossibilidade de seus familiares investirem em seus cuidados, uma escola que não os acolheram em seus movimentos ditos “rebeldes” e um Conselho Tutelar que não pôde acompanhar estes sujeitos e seus pais ao longo dos anos que se seguiram antes e após a evasão escolar até a chegada à adolescência, sem falar na falta de articulação entre todas estas instituições. A droga entrou aí, entre os anos de desimplicação das inúmeras instituições que receberam estes sujeitos e se disseram responsáveis pelos seus cuidados. “Fumar pedras”, muitas vezes, foi apenas mais um encontro desinteressante em meio a este caminho de desinteresse institucional.

Além de todo o percurso de vida destes adolescentes que acompanhamos nos relatos e registros dos Conselhos Tutelares, outro ponto mostrou-se relevante: a faixa etária dos casos que chegaram até a ERIJAD neste primeiro momento do trabalho. A maioria dos casos compreendeu adolescentes entre dezesseis e dezessete anos de idade e do sexo masculino. Após estas inúmeras passagens pelos Conselhos Tutelares sem observarmos a produção de qualquer efeito, percebemos que na sequência de suas histórias um novo circuito era estabelecido, agora entre as instituições que compõem as medidas socioeducativas em decorrência dos atos infracionais. Neste novo circuito, outras intervenções também inócuas aconteceram. Encontramos apenas relatos vazios e que descreviam as inúmeras evasões destas instituições (principalmente das instituições de semiliberdade) e uma burocratização de relatos das equipes técnicas destes lugares a serem encaminhados ao juiz responsável.

A passagem por tantas instituições desde a infância até o final da adolescência sem uma verdadeira tomada de responsabilidade por elas apenas ratifica o lugar do fracasso no qual estes sujeitos são inseridos e culpabilizados. Nossa intervenção precisa acontecer aí, neste momento e a partir de um fazer clínico-político ao qual nos referimos através da *Banda de Moebius* no segundo capítulo. Lembremo-nos de uma fala de um policial que ao nos ver conversando com um adolescente em frente ao Conselho Tutelar nos perguntou: “Você acha mesmo que esse menino tem jeito?” (sic) Uma fala que ilustra o que todas as instituições transmitiram sobre estes sujeitos desde a escola, a família (em alguns casos) e até as instituições de cumprimento das medidas socioeducativas. Dizeres que não se apresentaram apenas nas palavras de seus atores, mas também no modo como cada instituição se responsabilizou e investiu no acompanhamento dos casos.

O que já podemos recolher como efeito de todo este percurso feito por estes meninos e meninas, após os quatro anos de existência da ERIJAD, é que o final da adolescência e o início da idade adulta, com muitos casos, também se inaugura um novo circuito, o do sistema prisional (principalmente com os adolescentes do sexo masculino). Um circuito que dará sequência ao perverso circuito anterior de modo que outras mazelas também se reproduzam. O resultado disso é a produção da delinquência pelo próprio Estado que, sem se responsabilizar pelos cuidados dessa população precocemente, produz posteriormente meios de culpabilização destes sujeitos através dos artifícios jurídicos. Há um processo de judicialização de suas vidas que nada mais é do que signo de um fracasso do próprio Estado. Sendo assim, podemos concluir que o grande promotor dos danos na vida desta população não são as pedras de crack fumadas por eles (ou a inalação diária de solventes) e sim a extrema negligência promovida pelo próprio Estado que ao invés de construir estratégias de intervenção precoce na vida destas pessoas, prefere esperar o desdobrar dos anos até que suas problemáticas se agravem. Este diagnóstico demonstra um dos fracassos de nossas instituições públicas no que concerne ao mandato de prevenir os agravos e promover saúde para esta população.

O momento em que a ERIJAD entra neste circuito institucional a partir de cada caso, já em meio às muitas situações de violência geradas nas relações entre estes sujeitos e as instituições por onde passaram, acontece de modo tardio. Uma das perspectivas do trabalho de Redução de Danos com este público é o de justamente apostarmos que alguma diferença se imprima precocemente nesta repetição de relações destes sujeitos com as instituições, ainda que não seja possível apagarmos as marcas já impressas ao longo da vida de cada um e que são consequências das relações estabelecidas anteriormente. A Redução de Danos possível é reduzir os danos provocados por tantas negligências em suas vidas, reduzir os danos que o próprio Estado já produziu em suas vidas.

Ainda que hoje busquemos uma inserção nestes circuitos de vida de maneira mais precoce, na maioria dos casos, só nos foi possível uma tomada de responsabilidade no momento em que se iniciaram os encaminhamentos para o setor da saúde. Os fracassos diante dos encaminhamentos feitos até então para os serviços de saúde como os CAPS, os ambulatorios, as ONGs e para os outros serviços complementares da rede (já que a maioria dos adolescentes nem sequer chegavam às recepções dos serviços ou foram apenas nas primeiras semanas) foi o ponto onde fomos convocados a intervir (e ainda somos). As justificativas encontradas pelos conselheiros tutelares diante dos fracassos dos encaminhamentos, anteriores à nossa intervenção nos casos, para o setor da saúde se

apresentaram, principalmente, através da “falta do estabelecimento de um fluxo claro de encaminhamentos” (sic). Perguntas como “me diga, qual é o fluxo da rede para que esse menino seja internado?” (sic) se repetiam. O que notávamos era que em nome desse suposto fluxo e da urgência em se fazer algo pelo sujeito, os encaminhamentos eram feitos de modo desimplicado seguindo uma espécie de roteiro pré-fabricado onde estes adolescentes passavam por diversos locais sem que qualquer registro fosse produzido nos prontuários a partir de um acompanhamento conjunto com as instituições da saúde.

Foi a partir destes elementos que concluímos que os acompanhamentos dos Conselhos Tutelares não funcionaram ao longo dos anos de vida daquelas pessoas enquanto locais de acolhimento e sim produziram sua expulsão em nome de um fluxo que traz uma infinita repetição em nome da urgência. A urgência trazida pelos conselheiros emergiu nos casos num desenrolar de um processo longo de descaso e acompanhada de uma fantasia em relação ao uso de drogas enquanto o único fator responsável pelas mazelas identificadas na vida de cada criança ou adolescente. Há uma desconsideração de todo o percurso de vida estabelecido por cada um deles e o que eles poderiam dizer sobre isso.

Maximiliano Antonietti em seu livro *El tóxico en los márgenes del psicoanálisis* (2008, p.16) nos fala da urgência enquanto uma especificidade presente no tratamento dos usuários de drogas e que o analista que aceita o desafio, aceita também, muitas vezes, a urgência em suas diferentes apresentações: médica, legal, social e institucional. Todas elas estão presentes nas situações acompanhadas pela ERIJAD com o diferencial de que elas não se apresentam do lado dos sujeitos supostos necessitarem de tratamento mas sim do lado daqueles que são seus responsáveis legais (familiares e instituições da rede). Além disso, afirmamos que tal especificidade ganha ainda mais destaque ao se tratar de crianças e adolescentes já que há um mandato de tutela do Estado destes quando se encontram em situações consideradas de risco.

Este fenômeno será nomeado pelo autor como uma *álgebra da necessidade* e poderá levar tanto do lado do analista, que não está advertido dessas armadilhas, quanto do lado daqueles que demandam nossa intervenção, uma pressa por concluir quais são as melhores respostas a serem dadas produzindo com isso efeitos desastrosos. Neste trabalho a pressa se apresenta como inimiga da escuta e da transferência. Qualquer tentativa de encurtarmos o caminho a seguir com o sujeito em nome da nossa angústia pode produzir efeitos como a desconsideração de que há um sujeito e o desaparecimento da demanda por parte dos familiares além da possibilidade de nos aprisionarmos na intervenção somente sobre a apresentação fenomenológica do indivíduo com a droga.

Podemos finalizar a apresentação deste primeiro momento de trabalho retomando o texto de Freud de 1926, *A questão da análise leiga conversações com uma pessoa imparcial*. Neste texto podemos observar o diálogo de Freud com uma “pessoa imparcial”, adjetivo dado por Freud ao seu interlocutor que tenta entender o que é a psicanálise. Ele demonstra diante dos questionamentos de seu interlocutor o equívoco inadvertidamente tentarmos qualquer estratégia de convencimento para que o outro aposte conosco numa direção. No nosso caso, foi preciso fazer com que cada conselheiro, a partir da experiência com cada situação, construísse seu próprio modo de operar a partir do saber que cada criança, adolescente e seus familiares construíram sobre suas situações, como afirmamos anteriormente, tomando cada caso como se fosse o primeiro. Nosso trabalho era o de fazer retornar a eles (os conselheiros tutelares) as consequências de suas apostas os responsabilizando por isso.

3.1.2 Segundo momento – o trabalho de recolher os cacos de palavras: a clínica no itinerário do sujeito.

No **segundo momento** deste percurso formulamos, a partir do que apresentamos no item anterior e no segundo capítulo desta dissertação, de que precisaríamos tratar não só das crianças e dos adolescentes usuários de drogas, mas também da posição daqueles que respondiam pelos seus cuidados. Aqui, faremos um retorno a alguns pontos já apresentados para que seja possível desdobrá-los e apresentarmos um outro *modus operandis* para localizarmos aquilo que chamamos de “*o trabalho de recolher os cacos de palavras*”.

Ao longo dos acompanhamentos dos casos, identificamos que havia mais uma via de trabalho, uma via que incluísse alguma transmissão que interferisse na posição de cada técnico frente à angústia de não-saber-o-que-fazer, um modo de se trabalhar que difere da produção de submetimento do outro às nossas direções de trabalho. A intervenção clínico-institucional, termo corrente na área de saúde mental, aparecia neste momento trazendo o rigor desses dois significantes que estão conectados de tal modo que um não pode ser abordado sem o outro. Neste sentido, cuidar dos casos junto aos conselheiros tutelares oferecendo direções clínicas, produzia efeitos na posição de cada um destes atores frente aos impasses encontrados com cada sujeito. Deste modo, verificamos uma mudança significativa no discurso sobre esta problemática entre eles e, ao longo do tempo (considerando que a instituição Conselho Tutelar é efeito do discurso daqueles que a compõem), um deslocamento na compreensão da problemática do uso abusivo de drogas entre crianças e adolescentes com

consequências no modo como esta instituição acolhe estes sujeitos e também fala sobre eles nos espaços da cidade.

Havia um tratamento a ser oferecido para a posição daqueles que constituem a instituição e que não poderia ser dispensado, um tratamento que não se resume à oferta de uma psicoterapia mas se refere ao tratamento que acontece na transferência estabelecida entre a ERIJAD e a instituição demandante (onde se dá essa transmissão de uma posição de trabalho) e entre a instituição demandante e os sujeitos ali acolhidos.

Nesta direção, sustentarmos alguma dimensão de demanda era fundamental para que ocorresse a instalação de um dispositivo clínico, a partir da transferência, motor de toda metodologia de trabalho e de pesquisa em psicanálise. Uma transferência no trabalho com eles poderia construir e produzir algum manejo na transferência dos conselheiros com aquelas pessoas que endereçavam pedidos à instituição, na maioria das vezes as próprias famílias. Nada incomum já que na clínica com crianças e adolescentes, usuários de drogas ou não, a primeira demanda advém dos responsáveis e não do próprio sujeito.

Para que este dispositivo ganhasse mais consistência, a partir do momento em que ocorreu o reconhecimento da ERIJAD como uma referência de suporte técnico para esta problemática junto dos conselheiros, além de observarmos uma importante mudança no estatuto e na prevalência da demanda, que consistiu na transformação dos pedidos por internação com o surgimento do interesse pelos casos em jogo (um lugar em que se falava sobre os casos: histórias, impasses, repetições, etc.) verificamos também uma diminuição das demandas em urgência. A partir desse ponto interrompemos as nossas idas diárias aos Conselhos Tutelares. Decidimos circunscrever nossas idas à instituição em dias específicos da semana onde cada conselheiro deveria recolher nos dias anteriores seus impasses nos casos assim como os casos novos que ali chegassem. Obviamente isso foi realizado com a devida cautela sem negligenciar algumas situações verdadeiramente urgentes que anteriormente eram discutidas ao telefone e que já vinham sendo trabalhadas nos nossos encontros semanais anteriores. Ir até os conselheiros em dias diferentes daqueles acordados era uma exceção à regra e só poderia acontecer diante de situações onde havia elementos clínicos que apontassem para esta direção de trabalho.

Com uma organização mais clara do nosso funcionamento, tanto para os próprios técnicos da ERIJAD quanto para aqueles que nos solicitavam suporte técnico, foi a partir de um caso específico que demos os nossos passos seguintes nesta clínica no ano de 2009, apostando que a partir de uma **transferência entre as equipes**, algum efeito poderia se produzir nos atendimentos futuros. Para que possamos compreender tais avanços, faremos um

breve recorte deste momento através do caso de Lara. Destacamos que foi Lara a precursora que nos deu as primeiras pistas para que produzíssemos a compreensão de uma outra via da transferência, a transferência-entre-as-equipes, e que pode incidir sobre outros casos, como o caso Bianca, por exemplo.

Lara chegou até a ERIJAD (na realidade foi a ERIJAD que chegou até o lugar para onde estes casos se endereçavam) no início de 2009 a partir de um pedido de ajuda do próprio Conselho Tutelar. Naquele momento a conselheira nos disse com algum estranhamento: “Existe uma mulher que é aliciadora de menores, ela já está sendo investigada pelo Ministério Público há dez anos e gostaria que vocês nos ajudassem. Ela tem muitos filhos que fazem uso de drogas e ficam pelas ruas”. Destaca sua preocupação com Lara, filha dessa suposta aliciadora, que naquele momento completava 13 anos e que já há alguns anos ficava pelas ruas usando drogas, em destaque o crack, e se prostituía. Foi em nome de Lara que junto da conselheira decidimos chamar sua mãe (Maria) até o Conselho para que fizéssemos uma entrevista e escutássemos dela a história de sua filha e sua própria história.

Dias depois, Maria compareceu ao Conselho Tutelar carregando consigo vários pedaços de papel, pedacinhos de documentos dos seus oito filhos. Mostrava-nos cada pedaço de documento perguntando se eles serviriam para que pudéssemos ajudá-la. Para que não nos perdéssemos, tentamos circunscrever primeiramente os elementos sobre a história de Lara. Aos poucos observamos que Maria não conseguia nos dar muitos detalhes sobre sua história e em alguns momentos permanecia com um olhar perdido e demonstrando uma preocupação com cada filho. Ela sabia falar um pouco sobre a história de cada um e falava sobre as coisas que fazia para cuidar deles. Havia uma organização discursiva sobre eles e um lugar em seu discurso para cada um deles. Maria também se organizava subjetivamente e organizava seus dias visitando alguns de seus filhos que cumpriam medidas socioeducativas em internatos no Rio de Janeiro ou estavam nas Casas de Passagem da Secretaria de Assistência Social de Niterói. Após algumas idas e vindas ao Conselho falar conosco, disse fazer tratamento no ambulatório de Saúde Mental do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e com essa equipe recolhemos novos elementos e pactuamos direções comuns no caso.

A partir destes elementos oferecidos por Maria, identificamos que havia um circuito estabelecido por Lara em diferentes instituições e que Maria o repetia na tentativa de acompanhar os cuidados da filha, indo a cada local onde Lara estava. Com isso, percebemos que deveríamos também acompanhar Lara a partir deste itinerário percorrido por ela e por sua mãe para que recolhêssemos novos elementos do caso e produzíssemos alguma mediação entre Maria e Lara (já que Maria se referia às instituições como mediadoras desse cuidado

impossível de sustentar sozinha). Além disso, um trabalho deveria permanecer em curso junto à conselheira tutelar que a partir do seu estranhamento nos solicitou e que através de sua convocação conseguiu produzir em Maria uma demanda para que entrássemos no caso.

O trabalho que se iniciou a partir daí chamamos de *o trabalho de recolher os cacos de palavras*, como dissemos anteriormente. Percorremos cada instituição por onde Lara passou e recolhemos com os técnicos, com quem a adolescente produziu alguma transferência, novos elementos com o intuito de construirmos uma direção de trabalho a partir da construção do caso clínico. Discutimos com cada técnico, primeiramente com uma assistente social da Casa de Passagem para onde Lara sempre se endereçou quando se sentiu ameaçada nas ruas, e aos poucos incluímos novos atores e novas instituições nas discussões do caso. Um trabalho se iniciou também com os técnicos do ambulatório de saúde mental onde Maria e Viviane (irmã mais velha de Lara) realizavam seus tratamentos há dez anos, e com o CAPS-i Monteiro Lobato, lugar que junto da ERIJAD se responsabilizou pelos cuidados de Lara diante do seu uso ininterrupto de crack e que aos poucos, após idas e vindas de Lara com sua mãe até o Conselho, produziu mais um ponto para onde ela pudesse se endereçar. *O trabalho de recolher os cacos de palavras* e a demanda que se produziu com os técnicos destas instituições do setor da Assistência Social, a partir da oferta da nossa presença, também se instituiu em uma frequência semanal. Havia um movimento repetitivo de Lara com suas passagens por tais locais de acolhimento e uma demanda dos técnicos destas instituições por algum tratamento para o uso de drogas de Lara, muitas vezes, também através de pedidos por internações.

Decidimos permanecer itinerantes a partir do movimento de Lara não para nos perdermos nesse itinerário com ela (já que foi este o significante que ela utilizou para falar de uma de suas idas ao Rio: “me perdi”), mas sim para produzirmos pontos de acolhimento na rede para Lara, ou seja, produzir lugares para Lara nestes locais que se apresentavam como locais de passagem que na maioria das vezes não tiravam as consequências de suas intervenções e, portanto, não reconheciam que Lara havia construído alguma transferência com os técnicos destes lugares. Assim, a partir deste caso, a ERIJAD pôde também com outros casos identificar que este era o trabalho necessário para o acompanhamento destes sujeitos que não nos endereçam pedidos de tratamento, mas nos endereçam outros pedidos, no caso de Lara o pedido de proteção para os riscos que corria na rua.

Não foi raro escutar de técnicos da própria rede de saúde mental que poderíamos “produzir uma demanda que não existia para o campo da saúde mental da qual não poderíamos cuidar”, uma posição que a justo título podemos chamar de *obsessiva* por sua

aversão expressa à demanda e portanto ao desejo, e que, no plano ampliado da extensão política desta postura clínica mesma, que não faz com ela descontinuidade (nisso atestando em ato o quanto clínica-e-política são inter-extensivas), expressa-se por uma posição de só responder a cada demanda que se fizer explícita, evitando trabalho e desconstruindo a rede, que não é só um conjunto de serviços articulados mas uma postura discursiva que se define pela disposição decidida e sistemática a receber, ler e trabalhar demandas que se apresentam sob as mais variadas formas, captando-as sem receio de as estar engendrando. Nossa posição diante destes dizeres foi afirmar que há uma demanda já colocada, reprimida, tanto pelos sujeitos teoricamente chamados de “pacientes” quanto pelos sujeitos que constituem equipes técnicas do setor da Assistência Social e dos Conselhos Tutelares. Para a emergência desta demanda, bastaria apenas que alguém se oferecesse a uma escuta a partir da presença junto de cada sujeito e dos seus responsáveis, e o desejo de se fazer alguma marca nessas repetições de seus movimentos com o uso de drogas.

O trabalho de recolher os cacos de palavras não se constitui como uma tecnologia nova ao campo da saúde mental mas sim um trabalho que se dá a partir daquilo que o mandato dos CAPS nos autoriza e um saber que não está do nosso lado e sim do lado do sujeito, princípio básico da clínica psicanalítica. O caso de Lara, assim como muitos outros casos em acompanhamento, exige da ERIJAD posições distintas com cada um, acolhendo o que é singular de cada sujeito, e ao mesmo tempo a organização de uma direção de trabalho comum que está para todos. Foi isolando os traços constitutivos de cada sujeito e extraindo algo que é particular desta clientela que pudemos elaborar um fazer, colocando-nos no itinerário que estes sujeitos percorrem e oferecendo a nossa presença itinerante. Foi nos primeiros meses de trabalho no ano de 2009 e a partir de alguns casos como o de Lara que instituímos que a ERIJAD era de fato uma equipe que precisaria trabalhar de modo itinerante para que cumprisse o seu mandato.

Chegamos a acreditar que Lara, em algum momento do seu trabalho conosco nas instituições, pudesse prescindir de um acompanhamento mais itinerante, se fixando em um único ponto da rede para onde pudesse se endereçar – naquele momento acreditamos que este lugar seria o CAPSi. Contudo, o que a clínica com Lara demonstrou (e ainda demonstra) é que Lara não se endereça apenas a um único lugar e sim para vários pontos da rede (Conselho Tutelar, Casa de Passagem, CREAS, CAPSi, ERIJAD, Posto do Médico de Família, etc.). Com isso, a cada vez, precisamos seguir suas pistas convocando a rede que é constituída de muitos pontos para nos reposicionarmos diante de cada momento de Lara com o seu uso de drogas e em seu circuito na cidade. Lara continua chegando à Casa de Passagem, é atendida

pela médica de família em sua comunidade e faz pedidos de ajuda no Conselho Tutelar para que a leve as consultas médicas. Por vezes, esbarramos com ela pelas ruas, momento em que nos dá notícias de como está e de suas preocupações, além de nos falar sobre os outros membros de sua família nos situando se há ou não alguma urgência de irmos até sua casa junto do CAPSi ou do CREAS. Lara ainda permanece nas ruas usando drogas em alguns momentos, porém, não a encontramos numa total deriva pelas “cracolândias” do Rio de Janeiro como no início de seu tratamento. Identificamos que o nosso interesse em Lara, o desejo de tratá-la, pôde produzir alguma regulação em seus excessos com o crack e hoje nossos esforços estão situados no acompanhamento de outros membros de sua família. Recentemente Viviane, sua irmã mais velha, uma psicótica tratada no ambulatório de saúde mental, incendiou a casa nova para onde todos os membros de sua família (oito irmãos, dois sobrinhos e os pais de Lara) se mudaram. Sandro, seu irmão, um ano mais velho que ela, continua em seu circuito pelas ruas sem qualquer regulação com o uso de crack, Michele com 10 anos frequenta a escola e aos poucos inicia um flerte com os bandos da rua, etc. O acompanhamento de cada sujeito desta família não pode ser pensado sem o acompanhamento de cada um no laço entre eles.

3.1.3 Terceiro momento – a transferência não é propriedade do analista: a invenção do dispositivo analítico além dos muros dos CAPS

Já neste outro momento do trabalho acompanhando os casos junto das instituições, começamos a recolher novos elementos e os efeitos das intervenções até então já realizadas. Com isso, cada vez mais, delimitamos de modo mais claro qual seria a função da ERIJAD nesta seara de instituições e mandatos. A ERIJAD, no começo do seu trabalho, tinha como objetivo principal realizar um diagnóstico da problemática do uso abusivo de drogas por crianças e adolescentes na cidade com o intuito de futuramente propor um programa municipal de acompanhamento desta clientela. A partir deste percurso já era possível afirmar que a clínica com estes sujeitos exige uma direção de trabalho que permita que estejamos no itinerário daqueles que acompanhamos. Para que haja um trabalho, precisamos nos deslocar na cidade no percurso de cada sujeito e somente com a oferta da nossa presença nas instituições (e por vezes nas ruas) conseguiremos atingi-los a partir da invenção de lugares, um trabalho feito entre os diferentes técnicos que compõem os diferentes setores de cuidado.

Deixamos de ser uma equipe transitória (o que se transformaria em uma nova instituição ou se agregaria as instituições já existentes oferecendo novos recursos terapêuticos

e de cuidado, como se pensava até então) para afirmar que essa era a proposta de trabalho que deveríamos oferecer ao município. Uma equipe itinerante e que constrói o trabalho intersetorial a partir da transferência que se dá no trabalho com cada técnico de cada equipe e com as pessoas que acessam as instituições demandando algum cuidado para as crianças e os adolescentes ou mesmo os próprios sujeitos que encontram impasses com o uso de drogas.

Intervir na fala daqueles que falavam sobre eles, sejam os familiares ou os próprios técnicos do intersetor, teve consequências no modo como cada criança e adolescente iniciou sua construção de vínculos com os dispositivos da área da Assistência Social e com os Conselhos Tutelares. Nesta direção, nossa aposta foi fazer com que esta referência (significante presente na sigla da ERIJAD e que ao longo do tempo pôde funcionar como um lugar onde os técnicos das diferentes instituições endereçassem suas demandas diante de seus impasses com este público) pudesse também operar e se transferir para estes locais de trabalho de modo que se tornassem também referências para as famílias e para aqueles de quem nos dispusemos a tratar. Produzir uma referência institucional com esta população a partir da transferência com os técnicos dos serviços, sejam eles os conselheiros tutelares ou os demais técnicos das instituições, constitui-se como uma possibilidade de se dar um passo a mais neste trabalho. A equipe de referência deveria produzir lugares de referência para cada sujeito em acompanhamento autorizando cada técnico a ser também uma referência e a operar a partir de algumas coordenadas de trabalho advindas da clínica psicanalítica (o que não significa nem exige, mas antes até desaconselha, como já dissemos, que houvesse discussões em torno de conceitos psicanalíticos).

Destacamos que ser referência para um adolescente em acompanhamento, no caso destes técnicos que compõem as instituições do intersetor, é transmitir através dos dizeres que circulam no dia-a-dia das Casas de Passagens ou no cotidiano dos Conselhos Tutelares que a referência significa uma referência à lei fálica, ou seja, que há uma lei que se refere ao Outro e que o barra de um gozar infinito. Precisamos transmitir nas discussões de casos com os demais equipamentos da rede que tratar destes sujeitos, muitas vezes, é transmitir que há uma referência à lei da castração (ao Nome-do-Pai) onde todos nós estamos incluídos. Referência é referência à castração e ao falar de sujeitos neuróticos, o fantasma de um Outro gozador (um Outro não barrado pelo significante do Nome-do-Pai) retorna dos mais variados modos sendo que na adolescência este fantasma pode fazer o sujeito sucumbir, os deixando sem um lugar no campo do Outro e os levando a passagem ao ato, seja com a droga, tentativas de suicídio, etc.

Em face do que, tantas vezes, claudica na metáfora paterna, os adolescentes procuram encontrar nos grupos um substituto mais potente da estrutura que os inscreva na comunidade. Fora desses grupos, parece que, não raro, o desejo do Outro quer apenas suas perdas, sendo contra isso que procuram se defender, mesmo diante da necessidade de pagar com suas singularidades. (ALBERTI, 2009, p. 221)

O que escava um lugar para o sujeito no Outro é a referência a metáfora paterna, portanto, ainda que estes atores estejam num lugar de mestria e não no lugar do analista, transmitir a castração do Outro através de seus dizeres pode sim produzir efeitos clínicos importantes para estes sujeitos, incluindo-os na comunidade, ou seja, no Outro social com suas regulações. Podemos dizer que transmitimos aos nossos parceiros a importância da transmissão de que há uma Lei, a lei da castração, e que isso só pode ser feito incluindo a singularidade de cada sujeito para que não caiamos na posição de um Outro totalitário diante de uma massa de iguais como já mencionamos a partir das propostas de tratamento em massa de usuários de drogas.

Começamos a entender que a nossa função não seria apenas a de construir novos caminhos nestes itinerários onde a instituição de saúde (CAPS-i, ambulatórios, emergências hospitalares, etc.) se apresentasse como uma espécie de meta a ser alcançada, como ponto de chegada deste percurso onde a droga precisa ser tratada como um problema de intervenção médico-psicológica ou terapêutica em saúde mental. Tampouco deveríamos acreditar que tais sujeitos se engajariam num tratamento psicanalítico *stricto sensu*, tradicional como se costuma dizer, sentados na poltrona ou deitados no divã e associando livremente. Os casos poderiam chegar ou não nas instituições de saúde mental e nossa tarefa se daria independente disso e a partir daquilo mesmo que cada sujeito nos indicava como uma direção neste caminho intersetorial, ou seja, o que lhe possibilitaria um lugar. Primeiramente um lugar a partir da palavra (na sua e na daqueles que se colocavam como seus responsáveis) e num segundo momento nas instituições onde reconheceram alguma referência de cuidado não importando o setor desta referência (saúde, proteção social, etc.).

Reconhecemos, então, que o tratamento do sujeito não está vinculado aos recursos ditos terapêuticos presentes apenas nas instituições de saúde mental, como se a clínica acontecesse somente nestas instituições que trazem consigo o significante *tratamento*. Os efeitos clínicos das intervenções institucionais podem acontecer desde que haja um Outro que transmita ao sujeito a possibilidade de um lugar de referência para ele, que o inclua a partir da transferência e, quiçá, que possa escutá-lo enquanto sujeito e tratá-lo em sua posição diante do seu modo de gozar, no caso se houver um analista presente na instituição.

Sendo assim, foi possível perceber que nos antecipamos com alguns casos tomando-os de maneira apressada em tratamento no próprio CAPS-ad e verificamos que os casos mais graves, ou melhor, aqueles que apresentavam um risco de vida maior, não retornava, mas se dirigiam a outras instituições.

Com o passar do tempo este número de casos - que corriam menos riscos no seu circuito com o uso de drogas - em tratamento no CAPS-ad, aumentou significativamente impedindo-nos de estar no território cuidando destes outros casos onde o rompimento dos laços sociais se apresentava de modo mais notável. Por conta desse número de casos, muitas vezes negligenciamos as idas ao território e, não estando junto dos nossos parceiros de trabalho, notamos que algo do que foi construído durante este tempo poderia se perder. Um efeito imediato disso foi o retorno das demandas de internação a partir dos Conselhos Tutelares acompanhadas de uma fala que afirmava o nosso equívoco: “se vocês não vierem aqui vocês também não servirão para nada”. Apesar da hostilidade nessa fala direcionada à ERIJAD, entendemos que era assim que alguns conseguiam solicitar a continuidade deste trabalho em parceria a partir da nossa presença. Em outras palavras, se tomamos o que nos dizem desde um lugar transferencial, o que se apresenta como hostilidade (sendo ou não, não é isso que importa, pois a hostilidade que porventura haja nesse dizer não anula e até válida a mensagem nele contida e que deve ser ouvida e decifrada) é tomado como apelo, demanda. Responder fora desse registro oblitera o trabalho, produz rompimento, e operar a partir dele possibilita avanços no trabalho de outro modo irrealizáveis.

Tomarmos os casos que demandavam um acompanhamento mais específico ao campo da atenção psicossocial dentro do CAPS-ad também nos fazia ignorar a existência de outras instituições que deveriam se responsabilizar por estes sujeitos na própria área da saúde mental como os ambulatorios e o CAPS-i, por exemplo. Além disso, era notável que os elementos clínicos recolhidos demonstravam que na infância e na adolescência o significante *droga* não opera produzindo uma identificação do sujeito ao nome de “dependente químico”, “alcoolista” ou “pessoa com problemas com drogas” sendo algo mais comum na clientela adulta e que os faz buscar tratamento. Acolhê-los numa instituição marcada pelo mandato de “tratamento do uso de drogas” poderia fazer precipitar uma identificação que ainda não estava posta para o sujeito. Neste sentido, concordamos que a nossa função precisaria ser afirmada de um outro lugar muito mais afinado com o termo *referência* do que com os significantes *álcool* e *drogas*.

Apostamos, então, que nossa intervenção deveria ser afirmada no tratamento destes sujeitos a partir da invenção de referências para cada sujeito, um lugar de endereçamento para

cada um em acompanhamento por nós e pelos técnicos dos setores com quem trabalhamos onde o uso de drogas se apresenta como mais um fenômeno entre os vários pertinentes à infância e à adolescência.

A transferência, condição do trabalho clínico, é um efeito do funcionamento da própria estrutura de linguagem e não um fenômeno que aparece apenas a partir da técnica do psicanalista. Portanto, será nessa construção de referência que iremos identificar a possibilidade de um trabalho na transferência com estes sujeitos e os técnicos das instituições (também sujeitos).

O encontro da criança e do adolescente com estas pessoas que se oferecem ao cuidado pode produzir efeitos importantes sobre cada um fazendo desse técnico que se tornou uma referência alguém que pode operar sobre sua posição diante do seu gozo com a droga, um efeito analítico que advém a partir de uma posição de trabalho com cada sujeito na transferência e da transmissão de que o Outro é também castrado e todos nós estamos submetidos a ele. Esse lugar de referência produzido a partir da identificação de que o adulto supostamente sabe o que fazer diante dos seus impasses, possibilita a invenção de um dispositivo de trabalho que inclui uma escuta sobre os efeitos da fala sobre o sujeito. Esta posição de referência que se remete a este Outro furado e, portanto, submetido a uma lei que regula a todos, opera no sentido de transmitir alguma regulação deste gozo inserindo um lugar para a palavra de cada sujeito.

Os adultos presentes na vida dessas pessoas, que estão presentes neste período da vida, fazem cumprir um papel essencial em seus percursos e que, por isso, funcionam como figuras às quais se devem remeter nestes momentos onde os espaços da casa não são os únicos espaços por onde circulam e nos momentos onde se iniciam uma permanência maior nas ruas. No caso dos sujeitos em tratamento pela ERIJAD, será neste momento de suas vidas que identificamos períodos prolongados em que permanecem em situação de rua.

Freud em seu texto de 1913, *Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar*, afirma que no momento da passagem da infância até um período da adolescência encontramos as possibilidades de novas referências emergirem para o sujeito além das figuras parentais.

[...] o pai não é o mais poderoso, sábio e rico dos seres; fica insatisfeito com ele, aprende a criticá-lo, a avaliar o seu lugar na sociedade; e então, em regra, faz com que ele pague pesadamente pelo desapontamento que lhe causou. Tudo que há de admirável, e de indesejável na nova geração é determinado por esse desligamento do pai (FREUD, 1913, p. 247).

Há um declínio dessa imagem do pai enquanto um ideal (ou daquele que ocupa essa função) e isso traz a possibilidade do adolescente construir, a partir de outras figuras presentes

em seu cotidiano, outras identificações. Com os adolescentes que acompanhamos também observamos que é nesta passagem que muitos deles começam a construir suas novas identificações imaginárias, muitas das vezes com as referências existentes em seu meio social, podendo ser desde o traficante de drogas tido como poderoso, a professora da escola onde estudava ou mesmo a conselheira tutelar que o conhece desde a infância.

Freud de modo genial já observava nos jovens de sua época e do seu meio social que os professores, neste momento da vida, exerciam uma função importante semelhante a essa referência que produz essas novas identificações quando as identificações aos pais já não operam mais do mesmo modo:

É nessa fase do desenvolvimento de um jovem que ele entra em contato com os professores, de maneira que agora podemos entender a nossa relação com eles. Estes homens, nem todos pais na realidade, tornaram-se nossos pais substitutos. Foi por isso que, embora ainda bastante jovens, impressionaram-nos como tão maduros e tão inatingivelmente adultos. Transferimos para eles o respeito e as expectativas ligadas ao pai onisciente de nossa infância e depois começamos a tratá-los como tratávamos nossos pais em casa. Confrontamo-los com a ambivalência que tínhamos adquirido em nossas próprias famílias, e, ajudados por ela, lutamos como tínhamos o hábito de lutar com nossos pais em carne e osso. (FREUD, 1913, p. 249, grifo nosso)

A partir deste ensaio sobre a construção de referências e do trabalho na transferência, remeter-nos-emos ao fragmento do caso de Lauro, um adolescente de 17 anos que permaneceu em situação de rua utilizando diferentes drogas ao longo de sua vida. Este adolescente viu sua mãe ser assassinada nas ruas ainda criança e lembra-se pouco de seu pai com quem quase não conviveu, passou a vida perambulando pelas ruas, usando diferentes drogas, cometendo furtos e sendo abrigado em diferentes instituições filantrópicas e da Secretaria de Assistência Social. Neste percurso que se deu desde cedo em sua vida, foi o encontro com a coordenadora da Casa de Passagem Paulo Freire aos 16 anos de idade que alguma marca se produziu como uma diferença nessa repetição e para a qual passou a se remeter diante dos percalços na vida e enquanto uma referência de cuidados.

As discussões da ERIJAD com a coordenação da Casa se iniciaram neste momento e a partir das inúmeras reuniões sobre o caso. Nossa posição foi a de ratificar algo que estava se produzindo entre a coordenadora e o adolescente. O pedido que esta nos endereçava aparecia através da necessidade de um encaminhamento de Lauro para um tratamento do seu uso de crack. Naquele momento tentamos não nos antecipar respondendo a ela com a indicação de mais um local para onde Lauro poderia se dirigir (CAPS, ambulatório, etc). Nossa aposta, a partir dos elementos que a técnica nos trazia, era a de afirmar que o tratar do adolescente passava pela construção de um trabalho na própria Casa de Passagem e com ela.

Um episódio que ela nos relatou foi o ponto a partir do qual recolhemos os primeiros elementos orientadores do caso: um dos primeiros encontros da técnica com o adolescente se deu após uma cena onde Lauro, ao discutir com outro adolescente, quebrou vários objetos na Casa e o ameaçou dizendo que iria jogá-lo do telhado. Ela o encontrou deitado no chão de sua sala quando chegou, em posição fetal e chorando ininterruptamente. Ela relembra que poucos dias antes Lauro disse que sua “vida não deu certo pois não teve uma mãe que colocasse ordem nas coisas” (sic), que o dissesse pra ir a escola e que falasse sobre o que é certo ou errado. Falou ainda que se tivesse tido uma mãe, poderia ter um “rumo na vida” (sic). Sobre seu pai dizia apenas se lembrar de que ele era um traficante de drogas e que certa vez disse que seu filho seria como ele. Ao falar disso repetia, “Isso é coisa que se diga a um filho?” (sic).

Lauro ao falar da cena da briga com o outro adolescente chorava e dizia que não tinha uma família e que também não tinha alguém para cuidar dele, alguém que dissesse o que ele deveria fazer. Pediu para que a coordenadora “calasse a boca” quando esta o interrogou sobre seu desejo de ter alguém que cuide dele e que diga sobre o certo e o errado. A coordenadora da Casa de Passagem estranhou o ocorrido já que dias antes, numa conversa com todos os adolescentes, ela mesma disse que era responsável pelos cuidados de cada um, mas que isso dependeria também da posição de cada um diante das regras acordadas. Provavelmente outras pessoas já se disseram responsáveis pelos cuidados de Lauro, mas o que poderia fazer alguma diferença nesta fala era a possibilidade de fazê-lo se responsabilizar também por isso. Além disso, o fato de alguém se dizer responsável pelos cuidados do sujeito não o impede de expressar o quanto isso lhe falta, pois não são os cuidados atuais que sanarão os buracos do Outro, por isso é preciso que haja uma escuta analítica, mais do que um cuidado substitutivo. Lauro precisava se permitir ser cuidado, e precisava ser ouvido no ponto mesmo de sua impossibilidade de ser cuidado para que viesse a talvez dar-se esta permissão.

Aquela cena advertiu Lauro da gravidade dos fatos e o fez responder de acordo com as regras institucionais. Porém, ainda que as advertências também tenham sido recorrentes em sua vida, gerando uma série de expulsões dos lugares, pode ao mesmo tempo afirmar: “Se você quer ter alguém que cuide de você, você precisará permitir que eu o faça. Nós não somos uma família mas cuidamos um do outro e também brigamos quando necessário. Estou aqui para cuidar de você já que você me pede isso, mas você também precisa me ajudar. O que você fez merece uma advertência e ainda assim eu estarei aqui com você mesmo que chateada com o que você fez” (sic). O mais importante nesta fala não é seu conteúdo educativo ou

mesmo a expressão afetiva que ela contém, mas o asseguramento da não ruptura expulsiva do laço em decorrência dos atos de Lauro.

Com o passar do tempo e a partir das falas direcionadas à coordenadora, entendemos que era desse lugar que deveríamos nos autorizar com Lauro, produzindo alguma referência disso que ele afirma não ter em sua vida dizendo o que é certo e errado. Era a partir dessa construção de referência de cuidados que poderíamos desdobrar esse trabalho de modo que houvesse um trabalho a partir da transferência entre o adolescente e a coordenadora da Casa de Passagem.

Assumir essa função diante de Lauro não significava responder enquanto um membro da família, pois seria um engodo facilmente identificado por ele, mas sim fazer cumprir uma função da qual o próprio adolescente diz ser organizadora de sua vida, reguladora de seu gozo que aparece no uso de drogas e na violência direcionada para os outros, uma regulação que vem desse Outro que se apresenta a partir da figura dessa técnica.

Vale ressaltar que os efeitos aqui recolhidos se tornaram possíveis tanto pela posição daquela que se ofereceu aos cuidados do adolescente e autorizada também pelo próprio mandado da Casa de Passagem. No âmbito legal e de acordo com as leis encontradas no SUAS (Sistema Único de Assistência Social), a coordenadora responde pelos adolescentes ali acolhidos enquanto tutora e responsável legal, uma função que não está garantida apenas neste âmbito mas que pode operar se estivermos advertidos de que podemos recolher efeitos clínicos a partir de um lugar que converge com este mandato.

A instituição de um lugar que Lauro identificava como um lugar de cuidados fez com que a repetição dos seus atos, a partir deste momento, passasse a ser endereçada à técnica. Aconteceu inúmeras vezes de Lauro e a técnica irem juntos até a delegacia diante das agressões de Lauro direcionadas a outros adolescentes da Casa. Em outros momentos, Lauro repetia uma fala recortada de uma das broncas que levou dizendo para outros adolescentes novos que chegavam na instituição: “Ela (a coordenadora) é brava, mas está com a gente nos momentos bons e ruins” (sic). Após suas idas e vindas da rua, onde permanecia fazendo um uso de drogas, era com esta mesma técnica que aceitava retornar para Casa. Assim, as conversas antes interrompidas pelas supostas “evasões” (também equivocadamente conhecidas como “fugas” já que não se tratava de fugir de algo ou de alguém e sim “dar um passeio e retornar para Casa”) poderiam dar prosseguimento a partir da transferência em curso com a coordenadora da Casa. “Eu vou pra rua, mas você sabe que eu volto” (sic). Foi importante suportarmos, muitas vezes, suas idas e vindas e essa retomada das conversas. No dia das mães ele lhe deu um cartão agradecendo pelas coisas que foram feitas, onde dizia:

“você poderia ser minha mãe” (sic). A coordenadora da Casa não poderia acreditar que estava ocupando o lugar da mãe de Lauro, porém, algum semblante de mãe era necessário para que algo operasse na transferência produzindo um lugar para ele. Lauro fazia este apelo ao Outro!

Foi acolhendo o movimento de Lauro na vida, e que também se repetia dentro da Casa nas suas relações com os outros adolescentes e com o uso de drogas que fazia escondido, que foi possível estabelecermos alguns limites entre a rua e o dentro da Casa. Ao longo do tempo foi possível transmitir a ele que há uma descontinuidade entre o fora e o dentro da Casa, ou seja, que existem leis comuns para todos os espaços e outras que são diferentes entre a Casa e a rua. Isso lhe demandaria certo esforço na relação com os outros adolescentes e com a Casa. Nossa aposta foi sustentar as consequências diante das transgressões sem produzirmos uma ruptura dele conosco. A possibilidade de ordenação dos espaços e da regulação das relações é um trabalho contínuo nas instituições onde trabalhamos com os adolescentes acolhidos e, para isso operar, precisamos instituir este lugar que funciona como uma referência destas leis. No caso de Lauro, este lugar partiu da transferência onde o objeto *a* se envolveu com as vestes imaginárias de uma mãe que ordenava a sua passagem pela Casa e regulava os excessos presentes nas relações com os outros adolescentes acolhidos.

Acolher aqui se apresenta de modo diferente de uma concepção humanista de acolhimento onde cada um pode se exercer à sua maneira, como quiser, já que “ser diferente é normal”. Entendemos que acolher é transmitir algo que está para todos nós, que há um Outro que regula as relações através de alguns pactos sociais de modo que transgredir esses pactos implica numa responsabilização do sujeito e de todos aqueles implicados neste processo. Diante desse Outro que regula o laço social, permanecemos do lado do sujeito, mas não para desimplicá-lo e sim para afirmar que todos nós estamos submetidos às leis da cidade. Com isso, tentávamos introduzir uma dimensão da palavra onde somente havia ato: roubar, cheirar, traficar, fumar, brigar, etc. Um lugar onde Lauro pudesse se exercer na palavra e significar estes atos.

Incluir um sujeito a partir da transferência não significa que trabalhamos em nome de um Bem que poderá apaziguá-lo a priori diante de seu movimento nas cenas de risco com o uso de drogas tentando suprir algo que o constitui a partir de suas marcas que lhe foram impressas ao longo da vida. Não sabemos a que caminhos percorreremos com cada sujeito a partir da transferência. Contudo, apostamos que há um trabalho a partir daí que inclui sua dimensão paradoxal, ou seja, convocamos também o que há de pior em cada um e que nos passa a ser endereçado muitas vezes nos fazendo pagar um preço por estarmos neste lugar.

Como observamos nesta passagem do caso de Lauro, o tratamento destinado a infância e a adolescência, incluindo também todos aqueles que usam drogas, não se restringe aos espaços restritos do setor da Saúde. Nosso trabalho é nos lançarmos no território buscando possibilidades de instituir lugares para o acolhimento destes sujeitos a partir a palavra. Neste momento do trabalho entendemos que ir ao território para fazer com que cada um deles chegue à instituição de saúde é reduzir essa problemática a um só setor dos cuidados sem considerar que já existe transferência destes sujeitos com os lugares por onde circulam e é isso que os pode tratar.

O trabalho intersetorial não se faz de parcerias pontuais entre os setores onde apenas um deles toma o problema com maior responsabilidade, esse trabalho precisa de uma implicação de todos e um trabalho contínuo em parceria, movimento diferente das parcerias que se realizam diante as urgências ou em situações pontuais.

Foi com os avanços recolhidos no caso de Lauro, e em outros casos acompanhados, que intensificamos nossa permanência nas instituições que não só as da saúde mental. Instituições onde estes sujeitos traçam seus itinerários. Percebemos que incluímos de saída os atendimentos dentro da sede do CAPS-ad (individuais e/ou coletivos) como um lugar de chegada deste itinerário equivale a permanecemos no entendimento de que o uso de drogas é um problema que, no final das contas, merece uma intervenção médico-psicológica, ou mesmo terapêutica. Talvez a maioria destes sujeitos jamais passe por tais atendimentos dentro da sede do CAPS-ad. Realizarmos uma forçagem neste sentido (colocando os atendimentos dentro do CAPS-ad como meta a ser alcançada) pode produzir efeitos iatrogênicos com estes sujeitos onde a droga ainda não está ligada à devastação do gozo. Pode também poupar-nos de um trabalho que precisa acontecer neste itinerário, nas próprias instituições que já os recebem há anos e que podem incidir sobre o tratar de outros aspectos da vida relacionados à ruptura dos laços sociais.

O que nos autoriza afirmar esta direção de trabalho da ERIJAD enquanto uma equipe que produz o dispositivo de tratamento clínico fora dos espaços oficiais de tratamento de transtornos mentais é justamente aquilo que se apresenta como condição da operação do discurso analítico, a transferência. Precisamos sair do enquadre nomeado por muitos psicanalistas de *setting* analítico para a afirmação de que esse discurso opera a partir de um dispositivo de trabalho que não está restrito ao consultório ou aos espaços terapêuticos da área da saúde mental. A transferência é um fenômeno da própria estrutura do sujeito e seu manejo pode se dar a partir de algumas coordenadas oferecidas pela psicanálise além dela não se

restringir a relação analista/paciente. Sustentamos essas afirmações com Lacan em seu *Seminário 11*:

[...] Isto não exclui de modo algum, onde não haja analista no horizonte, que ali possa haver, propriamente, efeitos de transferência exatamente estruturáveis como o jogo da transferência na análise. Simplesmente, a análise, ao descobri-los, permiti-lhes dar um modelo experimental que não será de modo algum forçosamente diferente do modelo que chamaremos natural (LACAN, 1964/1998, p.122).

Luciano Elia (2000, p.29) também fala do dispositivo analítico deslocando o exercício do psicanalista da restrição de uma prática clínica que se exerce em espaços físicos específicos cujo modelo principal é o consultório privado ou uma mera adaptação deste último a outros espaços institucionais de tratamento:

Nessa direção, Jacques Lacan, ao empreender sua famosa releitura dos textos freudianos, pela qual vigorou os princípios mesmos da psicanálise, que vinham perdendo sua virulência e radicalidade, introduziu um outro modo de conceber o lugar em que se pratica uma psicanálise, situando-o como lugar estrutural, em que um analista estabelece um modo inteiramente peculiar, definido pelo discurso analítico, de relacionar-se com um sujeito – o analisante – no trabalho de análise. Deu a esse lugar o nome de dispositivo analítico, que tem, sobre seu antecessor *setting*, a imensa vantagem de discernir o plano imaginário (físico, espacial, mas efetivamente marcado por critérios econômicos e ideologicamente construídos) da situação analítica do plano estrutural, que, como tal, não depende de uma configuração particular e circunstancial (transformada em necessidade técnica), mas, ao contrário, determina, por seus eixos simbólicos, toda configuração particular e circunstancial que se queira analítica: consultório, ambulatório, enfermaria ou qualquer outra configuração institucional.

A ERIJAD pôde também com isso afirmar que o tratamento desta problemática que é a do uso abusivo de drogas por crianças e adolescentes acontece com qualquer um que se ofereça à transferência, sendo a nossa função construir com eles um dispositivo de trabalho a partir de um manejo orientado pela clínica que acontece a partir da nossa presença nas variadas instituições ou até mesmo nas ruas.

Freud em sua Conferência XXVII (1915-16/1996, p.442) aborda a transferência afirmando que a capacidade de dirigir catexias libidinais às outras pessoas é uma atribuição comum da maioria das pessoas e que ela acontece também fora da psicanálise, ou seja, fora do enquadre específico de trabalho dos psicanalistas, a transferência é algo que se apresenta no mundo entre as pessoas.

Retomando a discussão do caso, é com essa mesma profissional da Casa de Passagem que Lauro, agora já com 18 anos, e depois de um longo trabalho, hoje aceitou pela primeira vez se dirigir ao CAPS, depois de permanecer pelas ruas fazendo uso de tiner durante muitos dias e de lhe pedir um tratamento. Ainda não sabemos quais os efeitos dessa aposta, entretanto, já foi possível recolhermos os efeitos de uma aposta (de intervenções com efeitos

clínicos) anterior e que se refere à produção de lugares de referência, um lugar de endereçamento da fala e que aposte no trabalho com ele a partir do manejo dessa transferência que se instalou. A regulação do gozo oferecida até então acontece nestes espaços marcados pelo mandato de cuidados sociais e essa passagem para o tratamento no CAPS, após três anos de trabalho, ainda não nos ofereceu elementos suficientes para afirmarmos que este será um possível destino para Lauro, o de se tornar um paciente do CAPS-ad que frequenta consultas e oficinas terapêuticas.

Para finalizarmos, os três momentos do trabalho da ERIJAD que aqui apresentamos, como afirmamos anteriormente, não são estanques entre si e, muitas vezes, se apresentam sobrepostos e em ordens distintas de acordo com as novas instituições junto às quais decidimos expandir nossas intervenções (Ministério Público, instituições de medidas socioeducativas, Atenção Básica, hospitais gerais, novos abrigos, etc.). As coordenadas que aqui apresentamos não poderão jamais ser confundidas com diretrizes gerais e regras rígidas aplicáveis a todos os lugares e em todos os casos acompanhados, sendo necessário, em cada local de trabalho e com cada caso, escutarmos as especificidades que estão em jogo de acordo com os mandatos institucionais e com a posição de cada sujeito diante do Outro, ou seja, tudo aquilo que faz parte do discurso do Outro sobre o sujeito (escolas, familiares, conselheiros tutelares, enfim, a cidade). Essa metodologia de trabalho busca encontrar uma maneira interessante de produzirmos as condições para a instalação do dispositivo clínico onde a transferência é o seu motor e o sujeito é tomado como único em suas questões.

3.2 Alguns operadores clínicos

Neste momento da história da Atenção Psicossocial há um apelo dos meios de comunicação, dos gestores, das gestões municipais, estaduais e do Distrito Federal, além de parte importante da população, por metodologias de tratamento eficazes para aqueles que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. A construção dos operadores de que trata esta seção não se destina a responder às demandas por metodologias eficazes, mas sim para demonstrar, a partir de uma dinâmica lógica, a dimensão estruturante com que lidamos na clínica com estes sujeitos além de uma direção de trabalho possível diante da complexidade deste problema. Estes operadores de trabalho irão interrogar justamente o ideal de tratamento e cura de usuários de drogas deslocando a problemática do fenômeno do uso para os impasses do sujeito em sua estruturação.

Estamos em um momento em que somente o levante de bandeiras pró Reforma Psiquiátrica é insuficiente para fazer oposição à onda conservadora que vem assolando o Brasil nos últimos anos em relação ao tratamento de usuários de drogas (recolhimentos compulsórios das ruas, investimentos em instituições religiosas para tratamento, internações compulsórias em massa, etc.).

Depois de mais de dez anos do início da implantação dos CAPS como uma proposta de política pública faz-se necessário demonstrar os efeitos das nossas apostas, ou seja, precisamos dizer a que viemos. Neste caminho, a psicanálise se constitui como uma ferramenta importante. A formulação destes operadores clínicos parte justamente deste objetivo: localizar os instrumentos de trabalho que temos conosco de modo que possamos traduzi-los através de estruturas mínimas de operação. Para tanto utilizamos a noção de sujeito, Outro, objeto e de transferência.

3.2.1 O sujeito e o campo do outro: a produção de lugares

Iniciemos com a extração de um primeiro ponto, um primeiro operador clínico, que se apresenta nestes três momentos do trabalho que descrevemos de modo que possamos elaborar uma base conceitual que sustenta as diferentes vias de intervenção da ERIJAD: diretamente com o paciente, com os atores da rede e com o modo como a cidade compreende a problemática do uso de drogas entre crianças e adolescentes, ou seja, estamos falando das várias faces e apresentações do Outro e sua relação com o sujeito e não sem o seu objeto.

Quanto ao sujeito, depois de tantas definições, em sua relação com a estrutura, propomos cernir dois elementos mínimos da estrutura como operadores para localizá-los: o Outro (A) e o objeto *a*. Se entendemos a partir da psicanálise que não há sujeito sem objeto *e*, com Lacan, que ele não se constitui sem referência ao Outro, esses elementos mínimos podem nortear nossa clínica.

O Outro como tesouro dos significantes a partir de onde pode se articular a linguagem: mas também como o campo obscuro do desejo. O Outro que pode ser esvaziado e sem contorno, ou presença consistente excessiva. Mas deve ser barrado, limitado em seu poder, e mesmo apaziguador, operando entre o simbólico e o real (FIGUEIREDO, FRARE, BURZTYN, MONTEIRO, 2008, p.282).

Todo o trabalho da ERIJAD fundamenta-se nessa aposta no sujeito que por consequência lógica está sempre referido a um Outro, seja esse Outro simbólico que no processo de constituição do sujeito, imprime nele traços primários de identificação ou este Outro cidade (que inclui todos aqueles que falam sobre os sujeitos na cidade) que pode também imprimir novas marcas ao sujeito produzindo novas identificações ou, de maneira retroativa, ratificar as já designadas a ele. É claro que o que estamos aqui designando como o

"Outro-cidade" já é uma configuração do Outro estrutural, simbólico, que contém elementos significativos, valorativos, culturais, mas que, do lugar de psicanalistas, não tomamos como prevalente em relação ao Outro simbólico que, este sim, detém a prevalência, sob pena do sujeito constituinte permanecer atrelado a marcas sociais valorativas, como se fosse um mero produto delas. A posição do sujeito depende de que o inconsciente não seja determinado pelo Outro-cidade (caso em que o estudo das coordenadas deste último poderiam constituir um saber prévio sobre como intervir com o sujeito, o que justamente não é possível), como vimos dizendo ao longo de toda a dissertação), mas o determine, tanto quanto ao sujeito. Será nesta relação com o Outro que poderemos apostar num sujeito do inconsciente que emergirá em meio ao funcionamento da cadeia significante nos dando pistas, a partir de um saber que advém dele próprio, ou seja, para onde poderemos nos orientar como direção de trabalho.

O Outro, como tesouro do significante, é o lugar onde um sujeito, numa operação entre a alienação e a separação, se constituirá de modo que seja localizável numa estrutura que nada mais é que o efeito desta operação.

Primeiro acentuei a repartição que constitui ao opor, em relação à entrada do inconsciente, os dois campos do sujeito e do Outro. O Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer.[...] Aqui os processos devem, certamente, ser articulados como circulares entre o sujeito e o Outro – do sujeito chamado ao Outro, ao sujeito pelo que ele viu a si mesmo aparecer no campo do Outro, do Outro que lá retorna (LACAN, 1964/1998, p. 195-96).

Desdobrando os ensinamentos de Lacan a partir de Luciano Elia (1999, p.14): “O inconsciente é, por assim dizer, o Outro tornado saber acessível ao sujeito, desde que este se entregue à experiências pela qual ele poderá saber a que ponto do inconsciente ele está assujeitado, que ponto o determina como sujeito do inconsciente”. Será nesta determinação do sujeito, que está assujeitado ao campo do Outro, que buscaremos intervir através do dispositivo analítico onde só a partir da transferência poderemos encontrar seu meio de operação extraindo um saber que lhe será útil em meio aos seus embaraços com o gozo.

Retomando Freud em seu *Projeto para uma psicologia científica* (1895), é na relação do bebê com a mãe – neste seu primeiro enlace com o Outro – que se produzirá para o sujeito o *Nebenmensch* (que podemos traduzir conceitualmente como o *adulto próximo*). Neste momento introduzem-se as marcas advindas deste Outro que apontará um modo específico deste bebê entrar no campo da moral, da cultura e numa ética (ALBERTI, 2009, p.126). Será a partir desta relação com seu primeiro Outro que o sujeito entra no laço social e poderemos, a partir daí, extrairmos uma posição de sujeito na estrutura. Destacamos que um sujeito, em hipótese alguma, pode ser confundido com um eu ou mesmo a uma essência de ser já que ele

não é uma evidência e sim um efeito de linguagem entre dois significantes. O sujeito é localizável na estrutura, o que faz da psicanálise uma teoria que oferece instrumentos de operação que difere radicalmente de qualquer forma de saber das chamadas ciências humanas que pretenda afirmar sobre a relação do sujeito, aqui tomado com o indivíduo psicológico ou sociológico, com a droga, antes e fora daquilo que o sujeito puder vir a enunciar sobre essa relação, produzindo, vale dizer, um saber que ele próprio desconhece, mas que só ele pode produzir, posto que lhe é inconsciente. Na clínica, a droga precisa ser localizada enquanto um significante inserido na relação do sujeito com o Outro.

Há uma posição de sujeito que está localizada a partir de uma posição de onde se demanda algo ao Outro – uma demanda que sempre passará pelos desfiladeiros do significante, o que a faz diferenciar-se de uma simples necessidade orgânica e localizável somente no campo da natureza, ou seja, que não pertence ao mundo dos seres falantes. É a partir desta operação em que o bebê demanda algo ao Outro materno – demanda que vem nomeada pelo próprio Outro como dirigida a objetos supostamente capazes de suprir uma necessidade – que encontramos as pistas sobre sua posição na estrutura, ou seja, no modo como em seus primeiros momentos de vida o Outro materno (na figura da mãe ou de outro que fez esta função) respondeu a à sua demanda e permitiu ou não uma escansão entre dois tempos (dois significantes) para a emergência de um sujeito. A partir desta relação fundamental localizaremos a entrada de um sujeito no laço social. Nesta operação, onde estes objetos da demanda são nomeados pelo Outro, há algo que resta (o objeto *a*) e que não poderá ser apreendido pelo significante. Esta operação faz com que haja uma condição de impossibilidade de correspondência plena entre sujeito da demanda e o Outro fazendo com que aquilo que não foi apreendido pelo significante reste e deslize metonimicamente através de outros objetos que estão no campo da realidade: balas, brinquedos, roupas, etc. Será a partir desta operação que se destaca do Outro um sujeito e o seu objeto, o objeto *a*, objeto causa de desejo.

Será em torno deste objeto que estas outras demandas se articularão e se endereçarão ao Outro, um objeto impossível de ser alcançado pelo sujeito e que o fará desejar, ou melhor, seguir sua vida desejando. Se estamos tratando de sujeitos neuróticos, há um Outro que marcado pelo significante do Nome-do-Pai, pela lei da castração, deseja que haja desejo, ou, mais do que isso, por estar marcado pela condição do desejo, pois que, barrado pelo significante Nome-do-pai, se constitui como faltoso, desprovido do falo e portanto desejante, só tem a transmitir esta condição estrutural de falta ao sujeito que se constitui na relação com este Outro desejante, lugar de origem de toda demanda inicialmente dirigida ao sujeito (e

podemos aqui formular a demanda de que o sujeito se constitua como uma primeira demanda do Outro), de tal modo que, para além e como gerador da demanda, o desejo se transmita ao sujeito. Na psicose a transmissão do desejo não se processa desta forma, pois o Nome-do-pai, não operando, não acarreta a transmissão da falta do falo, norma fálica. É neste ponto onde há presença deste significante operando ou não, que poderemos direcionar nossas apostas a partir de um diagnóstico estrutural entre a neurose e a psicose.

A droga, nesta relação do sujeito com o Outro, pode ocupar muitas funções e isto não está descolado de uma aposta diagnóstica com cada caso. Portanto, o diagnóstico estrutural é condição para que não nos percamos numa abordagem fenomenológica do problema, ou seja, precisamos localizar onde está o sujeito nesta relação com o Outro.

É unicamente no nível desse Outro, do Outro da lei propriamente dita, e de uma lei, vou insistir nisso, encarnada, que o mundo articulado, humano, pode adquirir sua dimensão própria. A experiência nos mostra a que ponto é indispensável o segundo plano de um Outro em relação ao Outro, sem o que não pode articular-se o universo da linguagem, tal como se mostra eficaz na estruturação não somente das necessidades, mas daquilo cuja dimensão original estou tentando demonstrar-lhe este ano, e que se chama desejo (LACAN, 1958/1999, p.474).

Esta dinâmica do sujeito com o Outro, que Freud demonstrou através do mito do Édipo, constitui para o sujeito sua entrada no campo da linguagem, ou seja, em que lugar está situado no campo do Outro. Sendo assim, todos nós estamos alienados a este campo, estamos inseridos na moral do Outro, e será através da clínica que poderemos encontrar um modo mais ou menos interessante de saber fazer com isso que por vezes nos produz sofrimento, já que nessa dinâmica com o Outro nunca somos totalmente bem sucedidos. Este fracasso estrutural, que é a busca do sujeito por este objeto inominável – um objeto inapreensível e que se constituiu na mesma operação em que se constitui um sujeito – se recoloca em muitos momentos da vida do sujeito, porém, na adolescência essa não correspondência entre o sujeito e o Outro se recoloca e ganha cores fortes. Quando isto acontece neste período da vida, muitas vezes, as identificações parentais são abaladas e há uma busca por novas identificações, ou seja, há um retorno do furo da significação do mundo e a castração pode se recolocar de maneira insuportável.

O adolescente, então, busca realizar uma espécie de tradução deste impasse e para isso precisa que um Outro lhe seja fiador deste processo. Se o sujeito não encontrar esse Outro que possa fazer função deste fiador, se este Outro o empurra ainda mais para esse abismo da falta de significação, o que não pôde ser traduzido pelo trabalho do significante pode retornar como ato, ocasionando a passagem ao ato. Isto se apresenta de diferentes maneiras, desde uma fuga em busca deste Outro que cumpra esta função com o sujeito oferecendo-lhe referências

(LACADÉE, 2011, p. 131) até o uso de drogas e a produção de marcas em seu próprio corpo. Neste trabalho, tentamos levar a sério o significante *referência* em meio a sigla ERIJAD de modo que é intervindo neste Outro – que oferece ou não pontos de ancoragem para o sujeito – que podemos produzir novas referências, novas marcas, ao sujeito.

A identificação *constituída* como ideal do eu, sempre já presente, caso o sujeito tenha assim consentido, representa para Freud o tempo necessário à saída do Édipo, que faz traço e é a referência com base na qual o sujeito se vê digno “de ser amado, e até amável” (Lacan, 1964: 231), permitindo-lhe ter uma ideia de si e orientar sua existência. Ele é o vetor sobre o qual a identificação constituinte se apoia (LACADÉE, 2011, p. 22) ²¹.

Este Outro a que nos referimos até aqui inclui as figuras parentais mas também está além delas. Se o campo do Outro é o campo do significante, ele inclui todos os atravessamentos históricos, culturais, éticos, estéticos em que um sujeito está inserido e isso, de um certo modo, responde por que a ERIJAD, por vezes, precisa operar não só com o sujeito mas também com este (s) Outro (s) que fala (m) a seu respeito na cidade. Não há uma transcendência de sua história privada e individual por uma história pública na qual está inserido, ele carrega este Outro consigo e este Outro se recoloca a cada vez. Seguindo as pistas de Philippe Lacadée (2011), há uma identificação que já está constituída e que estará sempre presente ainda que outras identificações constituintes se recolorem durante seu percurso de vida. Neste jogo de identificações, há uma articulação sempre específica (singular) entre este sujeito e o Outro, e este Outro se apresenta com muitas faces em sua história. Lembramos aqui de algo que já abordamos anteriormente a partir de Freud: não há uma separação entre a psicologia individual de uma psicologia social.

Lacan, ainda que fazendo isso integralmente baseado em Freud, vai além, e, com seu instrumental teórico-conceitual e discursivo, que inclui diversos campos de saber (que Freud com toda razão de desbravador tinha a prudência de evitar mas que Lacan, reconstituído do campo freudiano já desbravado e até mesmo já degradado, podia se dar à possibilidade de usar), afirma: *o inconsciente é o discurso do Outro*, e ainda: *a realidade do inconsciente é transindividual*. O sujeito é por tessitura, efeito do laço social, de uma estrutura que inclui o Outro, que é transindividual por excelência (ELIA, 2008).

²¹ Lacadée se refere a identificação *constituente* a uma identificação que se constitui a posteriori da identificação *constituída* (e que ele também chama de *ponto de onde*) e que se refere ao ideal do eu. Na identificação constituinte o sujeito, no momento da adolescência, está em busca de encontrar sua própria solução se tornando um ser que sabe fazer com o seu gozo demonstrando como conseguiu haver-se com ele. Na sequência Lacadée afirma: “O *ponto de onde* nos importa hoje, ou seja, neste tempo de solidão em que o ser está pronto a se ligar a qualquer outro objeto para satisfazer seu gozo, ainda que ao preço de se viciar. Esse *ponto de onde* nos importa também, pois lembra a função do ideal do eu, que situa o sujeito no eixo do que ele tem que fazer como homem ou como mulher, bem como a distância da pulsão de morte” (*Idem Ibidem*).

Na ERIJAD, precisamos manejar com os dizeres do Outro (em suas diferentes apresentações discursivas sobre o sujeito) para que um sujeito se presentifique, ou melhor, será a partir da nossa intervenção com um sujeito que, ao nos apresentar alguns significantes que lhe concernem (que produzem traços de referência para ele), que localizaremos o seu lugar no campo do Outro e a partir do nosso ato, que se dá através destes significantes, buscaremos efeitos de ressignificação e alguma retificação subjetiva.

Considerar o campo do Outro como nosso campo, por excelência, de intervenções nos faz refletir também sobre este Outro da cidade e do que chamamos de trabalho clínico-político. Este campo com o qual trabalhamos também está referido ao discurso produzido na cultura sobre o uso abusivo de drogas. Em outros termos, e como já abordamos no primeiro capítulo, podemos dizer que a segregação que acontece atualmente através dos discursos apresentados pelos atores sociais (pelo discurso do Outro social que produz marcas – algumas vezes irreparáveis – nos sujeitos), onde a internação se coloca como o único meio pelo qual é possível cuidarmos da problemática do uso abusivo de drogas entre crianças e adolescentes, surge *primeiramente* menos por uma força coercitiva do Estado e mais através de uma segregação que acontece dentro do próprio discurso sobre o uso de drogas. Um discurso fundado numa universalização conceitual sobre este fenômeno e que se reproduz via alguns significantes mestres impostos a estes sujeitos. São os significantes que vem do Outro social que marcam um sujeito lhe dando um lugar no campo Outro. Nesta segregação, que acontece primeiramente no campo do Outro, que encontramos o fundamento para as decisões no campo da realidade como a decisão de internação compulsória em massa de crianças e adolescentes.

Podemos dizer que primeiro há uma segregação através da designação de significantes que se colam a estes sujeitos a partir de um recorte sobre o modo de relação com o objeto droga, uma espécie de “etiquetamento” destes indivíduos. Com isso, se produz um **lugar** (que não é um lugar para a emergência do sujeito) que colapsa e impede o sujeito de emergir entre os significantes já que tudo permanece tragado/engolido pelo significante droga. Podemos aqui retornar ao caso Bianca e observar algumas consequências desta operação de fixação aos significantes “drogada” e a que “não-tem-jeito”. Também podemos extrair os efeitos do trabalho a partir de sua saída desta fixação, através do manejo clínico, onde a partir de um outro significante – o significante “mãe” – ela pode inventar um outro **lugar** no desdobrar de uma série de significantes, ou seja, o sujeito pode se representar por outros significantes numa série.

Sendo assim, primeiramente a segregação é discursiva e será somente num segundo momento que a segregação acontecerá *também* no campo da realidade produzindo **locais** de

reclusão, no que a segregação não abandona o campo discursivo, pois, como diz Lacan no Seminário XX, "não há nenhuma realidade pré-discursiva". A busca frenética por locais de interações para os nomeados de “dependentes químicos” são consequência da produção destes lugares de fixação no campo do Outro a partir da colagem de tais significantes, ou seja, estamos fazendo uma distinção entre os locais que produzem lugares de segregação dos indivíduos a partir de nomes ofertados a eles (delinquentes, drogados, etc.) e o lugar para um sujeito no campo do Outro.

Lacan, ao falar de suas preocupações referentes à transmissão da psicanálise no mundo, também nos fala da segregação a partir da nomeação:

A terceira facticidade, real, sumamente real, tão real que o real é mais hipócrita [*béqueule*] ao promovê-lo do que a língua, é o que torna dizível o termo campo de concentração, sobre o qual nos parece que nossos pensadores, vagando do humanismo ao terror, não se concentraram o bastante. Abreviemos dizendo que o que vimos emergir deles, para nosso horror, representou a reação de precursores em relação ao que se irá desenvolvendo como consequência do remanejamento dos grupos sociais pela ciência, e, **nominalmente**, da universalização que ela ali introduz. Nosso futuro de mercados comuns encontrará seu equilíbrio numa ampliação cada vez mais dura dos processos de segregação (LACAN, 1967/2003, p. 263, grifo nosso).

Para finalizarmos a apresentação deste operador clínico que se situa na relação do sujeito com o Outro, identificamos, mais uma vez, o modo *moebiano* de nossas intervenções onde a clínica e a política se entrelaçam indissociavelmente formando um único eixo, o eixo clínico-político. Será intervindo com um sujeito no campo do Outro, que poderemos inventar estratégias diante do momento político atual onde novas segregações se colocam aos sujeitos produzindo novos locais de captura da vida. Um discurso que se pretende universal, e que emerge a partir de falsos argumentos clínicos e científicos, porém, travestido de cuidados sociais e de saúde para todos aqueles que supostamente necessitam. Este discurso atualmente consegue produzir a adesão de grande parte da população que angustiada diante de modos específicos de se gozar com as drogas, urge por soluções.

3.2.2 A transferência como condição para uma metodologia de pesquisa em psicanálise

Partiremos de afirmação que já destacamos anteriormente: se cada psicanalista é convidado a reinventar a psicanálise, isso não equivale à invenção de uma nova base conceitual, uma nova teoria psicanalítica. Cada psicanalista irá partir de um modo específico de abordar o texto de Freud (e revisitado por Lacan) em seu rigor de maneira tal que se extraia de sua experiência clínica com cada sujeito algumas coordenadas de trabalho que comporão

um estilo de fazer a clínica. Este modo de se fazer sua operação clínica está relacionado também a um estilo localizado em seu percurso de análise e com a transmissão na qual ele está inserido (supervisões, cartéis, seminários e outros dispositivos presentes na Escola de Psicanálise a que porventura pertencer) que nada mais é que um modo de se manejar a transferência num certo dispositivo de trabalho a partir da psicanálise.

Sendo assim, será num certo modo de operar a psicanálise que a ERIJAD irá reinventá-la considerando os argumentos psicanalíticos em seu rigor a partir das especificidades destes sujeitos. Consideramos necessário um pequeno recorte teórico para localizarmos a psicanálise enquanto uma aposta de trabalho e que a partir da instalação de seu dispositivo de operação extrai efeitos. Queremos demonstrar que tais efeitos obedecem a uma metodologia de pesquisa específica e que se diferencia das demais metodologias encontradas hoje no campo da investigação dos problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e que aparecem sob o nome de pesquisas feitas por especialistas em dependência química através de pressupostos cientificistas.

O psicanalista por definição é aquele que opera somente através da transferência sobre um sujeito e este é tomado enquanto o efeito de uma lógica de funcionamento do significante. Trata-se de um dispositivo de trabalho que opera com o campo do inconsciente, que por definição é estruturado como uma linguagem, e é nele que encontraremos uma experiência de sujeito e que por fundamento não obedece às classificações pautadas em saberes universalizantes. Será a transferência e o conceito de sujeito que fará a diferenciação de outras metodologias de pesquisa como, por exemplo, as abordagens da psiquiatria contemporânea e da psicologia cognitivo-comportamental que através de seu método empírico-indutivo se dedica a classificação e a produção de uma suposta boa relação entre os indivíduos. Suas premissas não se desprendem da realidade e a tomam “tal como ela é” – e que também se oferece à tecnocracia, como nos diz Lacan (LACAN, 1965/1998, p.873-74), se prestando a instrumentos de polícia com suas taxonomias. Nosso método também se distingue do das ciências humanas.

Neste sentido, Lacan (1965/1998, p. 873) também afirmará que não há ciência do homem já que o homem da ciência não existe mas apenas seu sujeito – que neste cenário, onde o problema do uso de drogas e a miséria estão em pauta, fundamenta-se em leituras fenomenológicas dos grupos a partir de relações socioeconômicas onde os indivíduos permanecem sob os signos da exclusão e assim também reproduzem outros tipos de classificações que, ainda com nomes distintos das classificações da psiquiatria, não se

diferenciam enquanto uma lógica classificatória em que o sujeito não possui um lugar para sua emergência.

Nas palavras de Milner, formulando a hipótese de sujeito, ‘há algum sujeito, distinto de toda e qualquer forma de individualidade empírica’. As qualidades fariam do sujeito assim constituído um indivíduo, efeito de revestimentos identificatórios e imaginarizantes do sujeito. Tais revestimentos são via de regra aquilo que as ciências ditas ‘humanas’ tomam como objeto de estudo e investigação.

A ciência, por sua vez, por operar pela via do significante, tratando o real pelo simbólico, obriga à suposição de um sujeito (um sujeito é sempre o que é suposto pelo significante) (ELIA, 2000 p. 21).

Em relação à nossa prática no processo de Reforma Psiquiátrica, neste momento em que nos deparamos com seu retrocesso diante das internações forçadas de crianças e adolescentes em situação de rua (como na cidade do Rio de Janeiro), precisamos afirmar uma posição demonstrando por quais razões a Reforma Psiquiátrica ainda permite que façamos um trabalho com efeitos interessantes e reais na vida destes sujeitos, e a psicanálise é uma importante aliada através de sua via metodológica. Queremos dizer com isso que o discurso da Reforma Psiquiátrica, ainda que compartilhado por todos nós como um movimento que permite verdadeiramente um tratamento, este discurso por si só não nos garante um lugar para os dispositivos oriundos deste movimento. Precisamos demonstrar os efeitos clínicos deste trabalho. Após doze anos da implantação da lei 10.216 (lei Paulo Delgado), estamos no momento de apresentar ao público – como tentamos fazer ao longo deste trabalho – os efeitos que alcançamos a partir das nossas apostas (tratamentos territoriais dos CAPS, trabalhos orientados pela Redução de Danos, supervisões clínico-institucionais, etc.) e porque a psicanálise – uma prática bastante presente entre aqueles que sustentam o movimento de Reforma Psiquiátrica – não é uma tecnologia ultrapassada como, muitas vezes, ouvimos nas discussões com os considerados especialistas no assunto sobre drogas. A psicanálise pode e deve ser uma das vias pelas quais sustentamos uma posição com fundamentos consistentes neste cenário assim como os motivos pelos quais as diretrizes da Reforma Psiquiátrica nos permite um fazer interessante com o sujeito a partir da prática clínica.

A psicanálise é uma teoria da prática que permite tratar do sujeito em sua singularidade, do seu modo específico de se gozar podendo ser com a droga ou não. Portanto, não estamos no campo da especialidade já que apostamos num saber advindo do sujeito do inconsciente e que, por isso, não obedece às classificações e perfis universalizantes. Isso também não significa que somos contra um fazer científico onde muitos psicanalistas, equivocadamente, localizam o grande entrave atual apontando para o modo como a ciência aborda tal problemática do uso de drogas. O nosso problema de modo algum é o discurso

científico e sim os argumentos pouco científicos pautados em experimentos duvidosos com grupos pré-selecionados e que demonstram apenas os perfis e estatísticas sobre tratamentos pautados em internações prolongadas de modo massificado e sem efeitos clínicos interessantes²².

Neste mesmo lugar de argumentos cientificamente pouco consistentes, encontramos todo um aparato psiquiátrico traduzido pelo nome de DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – quarta versão, publicada em 1994) responsável atualmente por contribuir para redução desta complexa problemática psicossocial que é o uso abusivo de álcool e outras drogas como se fosse uma disfunção do padrão comportamental, biológico e psicológico. O DSM IV – um manual estatístico e desprovido inclusive de qualquer saber médico-psiquiátrico, "a-teórico", como dizem seus autores, que tenta trazer um pragmatismo à clínica psiquiátrica e que por ser baseado em estatísticas formuladas a partir da observação de comportamentos (e que são estatisticamente agrupados em classificações diagnósticas) –, sustenta argumentos frágeis através de signos gerais pautados unicamente no modo como observam a realidade, como se a realidade existisse *per se*. Uma tentativa de afirmar que se opera através de um olhar observador supostamente neutro. Todavia, temos notícias cotidianas em nossos serviços de saúde mental sobre os montantes de dinheiro que circulam na relação entre a indústria farmacêutica e alguns médicos: jantares oferecidos pelos laboratórios onde novos remédios são apresentados, amostras grátis de benzodiazepínicos e que produzem novos consumidores compulsivos, viagens a congressos caros para palestras sobre novas medicações, sofisticados equipamentos de informática dados de "presente" aos médicos no que eles próprios chamam de "parque de diversões" nos grandes congressos, *vouchers* de viagens e estadias em *resorts* caros que chegam pelo correio quando o médico atinge determinado limiar de prescrição de certos medicamentos em seu receituário controlado (pelo Estado e pelos laboratórios, pelo visto) etc. Luciano Elia em sua fala

²² Como podemos observar na pesquisa realizada por Olavo Franco Ferreira Filho, Marília Dalva Turchi, Ronaldo Laranjeira e Adauto Castelo cujo nome é *Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados* em Rev. Saúde Pública vol.37 no.6 São Paulo Dec. 2003 ([link: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000600010&script=sci_arttext&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000600010&script=sci_arttext&lng=es)). Nesta pesquisa não há elementos que demonstrem qualquer evidência clínica dos seus resultados com os tratamentos através de internações além de uma metodologia de pesquisa pouco clara. Observamos apenas recortes estatísticos onde se faz a injeção de perfis sociais e diagnósticos onde não há qualquer inferência sobre outras abordagens possíveis de tratamento, mas destacando o alto índice de internações de usuários de crack de classes menos favorecidas de modo que se reproduza a idéia de que os usuários de crack pertencentes a determinada classe social são sujeitos eleitos às internações. No item deste artigo nomeado de discussão, encontramos: "[...] Um possível viés do presente trabalho seria pelo fato de que o crack, levando a uma maior dependência química e a um maior consumo, aumentaria as chances de seu usuário ser internado e, conseqüentemente, ser incluído na pesquisa. Porém, outros trabalhos com pacientes institucionalizados também observam o mesmo fato".

intitulada *O DSM e a recusa da cientificidade*, no Laço Analítico Escola de Psicanálise, afirma que:

O projeto de neutralidade no saber só pode ser fruto de ingenuidade ou má-fé, haja vista a todo pensamento crítico que já se elaborou na história da ciência e dos saberes, seja de cunho epistemológico, seja da ordem da crítica materialista-dialética de Marx, seja sob a ótica da política e da genealogia de Foucault, seja do ponto de vista da relação entre saber, verdade e gozo, da Psicanálise.

Contudo, mais uma vez, destacamos que a psicanálise não se contrapõe a ciência – nossa oposição está localizada naquilo que se pretende ciência mas não o é, são práticas que apenas se sustentam por uma via cínica dos números e que fundamentam posições equivocadas sobre o tratamento do sofrimento psíquico – já que ela é derivada do método científico criado por Galileu (a psicanálise é uma práxis derivada da ciência galeleana). Foi através da operação lógica realizada por Descartes sobre o método de Galileu, e que funda o discurso científico, que podemos localizar um sujeito que resta de um saber produzido sobre a realidade exterior a ele. Portanto, a psicanálise tem sua filiação na gênese do discurso científico. Será este sujeito (que emerge a partir de uma operação significativa e que por isso não lhe pode ser atribuídos valores qualitativos individuais) que resta do corte cartesiano que irá nos interessar e somente a partir dos efeitos operados com alguém que se oferece a transferência com ele que conseguiremos demonstrar alguns efeitos de nossas apostas.

Com Descartes foi possível a construção de uma linguagem conceitual dentro da qual os objetos, que até então não haviam acedido à condição de existentes no plano conceitual, na medida que em a Ciência, não tendo ainda feito sua aparição discursiva no mundo, não havia portanto constituído sujeito e objeto como duas categorias conceituais a travarem, entre si, a relação fundamental de produção do conhecimento, passaram a ocupar um lugar proeminente entre as operações científicas (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 787).

Já Lacan nos dirá que: “O saber, portanto, é ali bem separado do sujeito, segundo a orientação correta, que não fórmula nenhuma hipótese sobre a insuficiência de seu desenvolvimento, a qual, aliás, ter-se-ia bastante dificuldade de demonstrar” (LACAN, 1965/1998, p. 876).

Esse correlato, como momento, é o desfilamento de um rechaço de todo saber, mas por isso pretende fundar para o sujeito um certo ancoramento no ser, o qual sustentamos constituir o sujeito da ciência em sua definição, devendo este termo ser tomado no sentido de porta estreita (LACAN, 1965/1998, p. 870).

A ciência não nega o sujeito, ela apenas o retira da cena, o foraclui. A função do psicanalista não pode ser a de reivindicar um lugar entre o grupo dos cientistas, mas sim a de reintroduzir um sujeito no discurso de modo que a realidade (empiricamente observada pela

percepção e traduzida pela matemática) possa ser tomada pelo avesso pelo próprio sujeito. Retomando Freud, a realidade é sempre psíquica e não pode ser transcrita perceptivamente como uma realidade exterior a nós (1927/1996). Contudo:

[...] se a realidade é sempre psíquica, interna-e-externa a um só tempo, a operação analítica, para incidir eficazmente sobre ela, não poderá apoiar-se na realidade psíquica do operante, isto é, o analista, e sim naquilo que, extraído desta realidade, a causa que a sustenta, é ex-sistente a ela (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 786).

O objeto da psicanálise não é um objeto externo ao sujeito, como no caso da pesquisa científica. "O sujeito está numa relação de exclusão interna ao seu objeto" (LACAN, 1966/1998, p. 875), o objeto *a*, objeto causa de desejo, o que mais uma vez afirma que a leitura de nossa operação só poderá se dar por uma via *moebiana*. "Esta importância reside no fato de que o discurso do psicanalista é o único que dá lugar de sujeito ao outro – o sujeito está na posição do outro e o psicanalista é mero objeto *a*" (ALBERTI, 2000 p. 46)²³.

Em nossa metodologia de trabalho (considerando as palavras de Freud de 1912 onde ele afirma que não há separação entre tratamento e investigação na execução de uma psicanálise), será através da transferência que conseguiremos produzir uma espécie de "subversão" discursiva que permitirá a inclusão do sujeito que a priori está foracluído.

O trabalho de pesquisa em psicanálise, portanto, difere do modo como se compreende a pesquisa científica. O campo de trabalho do pesquisador analista é o campo do inconsciente onde se situa um sujeito. Suas ferramentas de investigação partem da transferência e operam a partir do seu desejo e de seu ato. Ele pesquisa e opera a clínica ao mesmo tempo. Sua posição de pesquisador coincide com sua posição de analista, mas não se fixa nela. Para que haja uma elaboração sobre sua clínica, ou melhor, para extrair um saber sobre aquilo com o que opera (o sujeito), se faz necessário uma mudança de sua posição de analista para uma outra posição, a partir dessa torção, e que o levará mais próximo a posição do analisante, que extrai um saber a partir de sua experiência. A posição do pesquisador precisa elaborar algo sobre este saber extraído da experiência clínica.

Esta afirmação – a de que o lugar do pesquisador corresponderia ao do analista no dispositivo – requer, contudo, uma nova interrogação, uma volta a mais no sentido de seu rigor. Se o pesquisador é um psicanalista operando no dispositivo analítico a partir do seu lugar, de seu desejo e em seu ato, é no entanto, desde a posição de analisante que sua atividade de pesquisa propriamente dita terá lugar e atravessará os momentos de seu desenvolvimento. Nesse ponto, a estrutura do discurso tal como

²³ Lacan em seu *Seminário 17* (1969-1970) irá nos dizer que o discurso é como uma estrutura necessária, que ultrapassa em muito a palavra, ou seja, um discurso sem palavras. Ele situará quatro modos articulados deste discurso se apresentar a partir de torções de cada uma de suas posições dentro de lógica de posições (agente outro, verdade e produto) produzindo assim quatro diferentes discursos: mestre, histérica, universidade e analista.

Lacan a concebeu permite o giro pelo qual, em uma mesma disposição discursiva, que estabelece lugares e letras que os ocupam, é possível ocupar mais de uma posição (ELIA, 2000 p. 23-24)

Todo trabalho da ERIJAD apresentado aqui pauta-se nesta via metodológica de pesquisa através da instalação de dispositivo de tratamento do sujeito. Como consideramos no primeiro capítulo deste texto, ainda que com algumas perguntas colocadas a partir da portaria que fundou a ERIJAD, não sabíamos ao certo qual caminho percorreríamos *a priori*. O tratamento destes sujeitos só nos foi possível a partir de um saber advindo de cada um para que fossem construídas coordenadas gerais de trabalho pautadas em princípios psicanalíticos como o tomar cada caso como se fosse o primeiro e considerando que nossa investigação coincidissem com a prática clínica. Foi a partir daí que chegamos aos dois operadores clínicos aqui apresentados – a relação do sujeito com o Outro e a transferência enquanto condição para a realização de uma metodologia de pesquisa em psicanálise.

Nestas últimas linhas deste capítulo, não pretendemos esgotar esta discussão, mas sim afirmar que há caminhos nesta teorização da prática que podem nos auxiliar na fundamentação de nossa aposta enquanto trabalhadores da Atenção Psicossocial que a partir da psicanálise direcionam suas intervenções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há como afirmarmos que chegamos neste ponto do texto com uma conclusão que satisfaça através de respostas simples as expectativas dos nossos parceiros de trabalho, da população em geral e da gestão pública. O processo clínico-político que apresentamos ao longo deste percurso demonstra que a problemática do uso de drogas entre crianças e adolescentes requer ações complexas e que transbordam um único campo do cuidado, além de incluir as vicissitudes existentes entre o sujeito e o campo do Outro. Contudo, podemos afirmar que chegamos à algumas respostas dentre elas aquela já apresentada por Freud em 1930 em relação ao mal-estar na civilização e à vida dos sujeitos no laço social – sejam crianças, adolescentes, adultos, idosos, homens, mulheres –, além de outras como a impossibilidade de fazer esse enfrentamento sem uma transferência intequipes, sem uma posição discursiva de não saber a priori, sem visar à escuta do sujeito em sua discursividade, sua de vida, sua posição, etc.

Há algo do mal-estar que insiste no laço social e na vida de cada um onde a droga pode advir como uma solução possível, algo de que se pode “lançar mão” diante do insuportável da vida. Ela pode aparecer na cena do laço social como um dentre os muitos recursos ofertados pela cultura diante do mal-estar ou mesmo como o único recurso eleito (no caso dos sujeitos toxicômanos). Diante dos impasses na relação com o Outro o sujeito pode ou não escolher a droga como recurso e no caso de crianças e adolescentes, verificamos que há um processo em jogo onde podemos construir com cada um a possibilidade de escolha e de sua responsabilização por isso. Aliás, o que é a Redução de Danos senão a construção de uma responsabilização de cada um pelos cuidados de si mesmo?

Sendo o recurso exclusivo ou não para cumprir esta função apaziguadora, sabemos que ele sempre será um recurso não-todo e que sua desregulação na economia de gozo pode levar alguns sujeitos à morte. Há algo do mal-estar na cultura – principalmente no mal-estar da relação com o próximo que segundo Freud é a principal fonte de mal-estar – de que não temos como nos esquivar. Além disso, nunca foi possível pensar nas sociedades existentes ao longo da história sem a presença deste recurso apaziguador, as substâncias tóxicas, ainda que ele se fizesse presente através de outras nomeações (artefatos mágicos, religiosos, recreativos, medicinais, etc.). Ao longo da história, todas as tentativas de extinção das drogas no mundo resultaram nos mais estrondosos fracassos assim como as incansáveis tentativas de solução para o mal-estar entre os sujeitos, uma promoção de harmonia definitiva entre todos os

homens. As drogas e o mal-estar insistem no mundo e não havendo solução possível para sua extinção, trabalhamos com as possibilidades que inventamos a cada momento.

Outro ponto que identificamos neste percurso de trabalho partiu da nossa metodologia de pesquisa, onde a instalação de um dispositivo clínico, cujo motor é a transferência, foi necessário para recolhermos os elementos com cada sujeito e que de modo geral nos apresentou um diagnóstico ampliado (que não se refere aos diagnósticos a partir da estrutura de cada sujeito: neurose, psicose ou perversão) sobre a população com a qual trabalhamos: o principal problema com que lidamos ao abordarmos a problemática de crianças e adolescentes que usam drogas de modo abusivo não é redutível à expressão “dependência química”, como muitos preferem nomear (principalmente os especialistas no assunto). O que afirmamos é que o grave problema do uso abusivo de drogas entre crianças e adolescentes não se traduz pela presença de um produto químico dentro dos corpos, ou seja, um problema bioquímico resumido ao nome de “dependência química”. Ainda que o uso abusivo de drogas tenha efeitos devastadores para muitos dos nossos pacientes em acompanhamento, ele não é o cerne do problema com o qual lidamos, a química está à margem daquilo de que precisamos tratar com cada um. Há impasses colocados para cada sujeito anteriormente aos efeitos químicos das drogas sobre seus corpos, algo que neste trabalho, a partir deste diagnóstico ampliado, nomeamos de impasses psicossociais. Estes compreendem os impasses de cada sujeito no campo do Outro – campo estruturado como uma linguagem onde o sujeito comparece na fenda presente na estruturação significativa e que inclui atravessamentos de traços promotores de diferentes identificações ao longo da vida e marcas oriundas de suas trajetórias históricas, afetivas, familiares, de suas questões sociais, econômicas, etc. Contudo, isto não é óbvio para a maior parte da população e não interessa aos ditos “especialistas em dependência química” que, equivocadamente, preferem investir seus interesses menos no sujeito diante destes impasses, onde o real se apresenta, e mais nos circuitos neuroquímicos das drogas e nos aspectos individuais (*indivisos*) e grupais (de indivíduos identificados uns aos outros através de um traço imaginário que compartilham entre todos) que caracterizam sua suposta doença, a “dependência química”. O sujeito da psicanálise é por definição inclassificável e não pode ser apreendido através dos termos com os quais os especialistas de diferentes campos tentam dizê-lo. O sujeito é efeito do discurso e emerge a partir de uma operação lógica com o Outro.

Em *A ciência e a verdade* (p.890) Lacan afirma que:

Em suma, reencontramos aqui o sujeito do significante, tal como o articulamos no ano passado. Veiculado pelo significante em sua relação com outro significante, ele deve ser severamente distinguido tanto do indivíduo biológico quanto de qualquer evolução psicológica classificável como objeto da compreensão.

Neste sentido, Luciano Elia em seu texto chamado *Inconsciente e Cidade* afirma:

O sujeito freudiano, no entanto, é por excelência o que há de mais distinto da noção de indivíduo. Sua primeira condição é a de *sujeito dividido*, pelo que se deve entender que ele é constituído como contendo (não poderia dizer no mais íntimo do seu ser, porque isso não se aplica ao sujeito freudiano – seu ser não é dotado de intimidade), o elemento que o torna *não idêntico a si mesmo*. O sujeito não é idêntico a si mesmo, contém o estranho, o irreduzível, o alteritário, em si. Sua identificação, portanto, aquilo que ele precisa fazer para tornar-se um, para inscrever-se no campo do um, é calcada sobre *um traço único*, dito *traço unário*, que ele toma do Outro. Não há unidade do sujeito, mas *unariade* distinto do indivíduo, que se crê uno (ELIA, 2008).

Sendo assim, uma das considerações finais que podemos destacar neste trabalho é a afirmação de que a ideia de “dependência química” (nome pelo qual muitas vezes fomos convocados ao trabalho com estes sujeitos) não inclui a complexa problemática com a qual estamos lidando e que diz respeito mais ao campo das questões psicossociais – desde que estas questões considerem o campo do Outro como nosso campo de trabalho – e menos com os problemas relacionados a dimensão orgânico-psicológica onde uma substância química atuaria como causadora de possíveis desordens ou transtornos mentais. Verificamos que um dos principais trabalhos da ERIJAD, ao ser convocada através das demandas, foi justamente possibilitar um deslocamento do significante que fixa o sujeito no nome de “dependente químico” para um outro lugar onde ele possa inventar, a partir de sua fala, possibilidades de lidar com o mal-estar que advém da sua relação com o Outro e que o faça escapar de uma fixação significativa relacionada a imagem de “um doente a ser tratado”.

A dependência com a qual lidamos é menos uma dependência química e mais uma dependência ao significante produzida pelas nomeações advindas deste Outro que os fixam ao nome de “dependentes químicos, drogados, cracudos, etc.” Caso acreditemos neste engodo que atribui qualidades ao sujeito, corremos o risco de conduzi-los a uma espécie de aprisionamento, ou melhor, produzirmos marcas que, impressas, jamais poderão liberá-los para inventarem outras possibilidades, outros lugares no mundo que não este (algo importante de se considerar na clínica com cada caso principalmente quando decidimos se um adolescente será encaminhado para o CAPS-i ou o CAPS-ad. já que acreditamos que os significantes acoplados à sigla CAPS promovem marcas e produz consequências). Este é o risco de entendermos que o problema de cada um está na sua relação com as drogas, somente alguns poucos sujeitos localizam nela o motivo de seus sofrimentos! Este modo equivocado de apreensão desta problemática produz na vida dos sujeitos uma espécie de caminho já trilhado para uma suposta solução dos problemas, caminho este que não permite que cada um construa, ao seu modo, as saídas possíveis diante de um gozo que se apresenta mortífero

podendo ser com a droga ou mesmo com as situações de risco que experimenta na vida. Não foi raro percebermos que na repetição de busca pela droga, o caminho até a boca de fumo ou o encontro com o tráfico era mais atrativa ao adolescente do que o uso de drogas em si. A repetição está no ato de buscar a droga e se expor aos riscos e não no ato de se drogar (de se intoxicar com uma substância química), ainda que este último feche um ciclo para uma nova repetição. Nestas situações não era o drogar-se que estava em jogo e sim os riscos que corria e que lhe tinha uma função.

Como verificamos ao longo do caso Bianca (segundo capítulo) e dos outros dois fragmentos de caso (Lauro e Lara no terceiro capítulo), em suas histórias existem atravessamentos e acontecimentos anteriores à entrada do uso de drogas em suas vidas e que se refere a sua relação com o Outro: familiares que padecem com suas mazelas psicossociais e sem acesso às instituições do Estado, escolas que não acolhem aqueles que não correspondam às expectativas de “bom comportamento” (engendrando assim evasões escolares), Conselhos Tutelares que funcionam de modo burocratizado e que por isso não operam enquanto garantidores do direito, instituições públicas de saúde que não promovem acesso e que possuem tecnologias de cuidado precárias diante dos problemas relacionados ao uso de drogas, um sistema de medidas socioeducativas ainda marcado pela institucionalização mantendo seus usuários aliados de seus territórios de vida, etc. Este percurso por tais instituições, que teoricamente seriam as responsáveis pela oferta de cuidados, é o percurso que muitos de nossos pacientes fizeram até alcançar a idade adulta. O que para alguns resultou na produção de novos candidatos ao sistema penitenciário ou à morte precoce. Este percurso que desenhamos sobre suas trajetórias, imprime marcas relacionadas ao fracasso.

A importância que vemos nisso é a de demonstrar que a falta de um trabalho estruturado através de dispositivos como os que são aqui propostos e examinados pode significar a nulidade dos efeitos de práticas assistenciais voltadas unicamente para um assistencialismo tão inócuo quanto incapaz de ler, nas situações psicossociais que lhe chegam, os indicadores de uma posição subjetiva que, quando bem lidos, prenunciam caminhos bastante desfavoráveis na vida dos sujeitos. Não se trata de acusar os Conselhos Tutelares, por exemplo, de “não ter detectado” determinados indícios de uma problemática já emergente. O achado desta pesquisa – cujo valor é tão maior quanto podemos afirmar que ele não era visado de modo patente em nossos propósitos – revela que o sistema assistencial é inócuo em sua estrutura: se uma criança passa pelo Conselho Tutelar, um prontuário é aberto (cumprindo, senão sua função assistencial, pelo menos sua função simbólica de um registro formal que poderá ser resgatado, como foi, em pesquisas porventura realizadas ali em um futuro

indeterminado), nada do que é feito modifica o futuro daquela criança e, quando ela já tem mais idade ou é adolescente, ela mesma retorna apresentando uma problemática infinitamente maior e mais grave, então alguma coisa no sistema assistencial está profundamente errada, e não é exatamente a inacessibilidade à rede, posto que esta existira. Consideramos este achado valioso por que: a) não sendo inicialmente visado, traz a verdadeira dimensão de achado, comum nas práticas científicas (o pesquisador encontra algo importante e decisivo que no entanto não estava procurando); b) revela uma falha no sistema assistencial que consiste em que, mesmo havendo acessibilidade da população aos equipamentos, mesmo cumprida esta diretriz fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), podemos nos deparar com a mais completa inoperância da rede em modificar o rumo da vida do sujeito, no caso criança; c) isso não deve ser interpretado como uma precariedade profissional dos atores envolvidos, pois além de uma tal afirmação correr o risco de grande injustiça individual para com os operadores do sistema de assistência, ela se revela inócua quanto às verdadeiras causas da inoperância verificada, que apontam antes para a importância decisiva, em termos não apenas clínicos como também epidemiológicos e de prevenção em saúde, de uma práxis clínico-assistencial atenta (por falar em atenção) ao sujeito, sua posição e as indicações que ele, quando considerado, posto em cena e ouvido, dá quando aos rumos que sua problemática poderá imprimir à sua vida, permitindo uma modificação nesses rumos.

Diante disso, como ainda poderão afirmar que a principal causa destas vidas devastadas está localizada no uso de uma substância química? A droga neste cenário aparece muito mais como signo do que como causa. As devastações impressas nestas histórias estão muito mais relacionadas às negligências produzidas pelo Estado do que nos efeitos químicos de qualquer droga sobre um corpo. Um Outro (Estado) que se omite e que não produz qualquer regulação de gozo ofertando como referência apenas significantes relacionados ao *fracasso*. Deposita-se no sujeito a culpa pelo lugar em que está ocupando e, de maneira perversa, produz-se socialmente o entendimento de que usar ou não usar drogas esteja relacionado simplesmente a uma escolha consciente.

Assim, alguns homens de Estado manipulam a língua e deslizam de um enunciado para outro, o que permite passar de “são planta brava” a “não são jovens”, incitando a crença de que se a tarefa educativa fracassa, restará considerar esses jovens, que deixaram de sê-lo, simples manchas a serem limpas e, em seguida, evacuadas (LACADÉE, 2011, p.13).

Afirmamos com isso que o trabalho – e que podemos também chamar de uma Redução de Danos possível – com crianças e adolescentes é justamente a possibilidade de intervirmos neste circuito, nestas instituições (neste campo do Outro) de modo que elas

sirvam para promover outras marcas que não apenas aquelas relacionadas ao fracasso onde o uso de drogas pode se apresentar enquanto uma solução precária para os mal-estares de suas vidas. A Redução de Danos, em primeiro lugar, não pode ser compreendida de modo simplificado como conjunto de intervenções que reduzem os danos produzidos pela substância química num corpo biológico ou na diminuição de contágios pela DSTs – não se trata de uma estratégia apenas médico-sanitária. Ela é a possibilidade de intervirmos na redução dos danos promovidos pelo próprio Estado, por este Outro que surge sem regulação, não oferecendo aos sujeitos-cidadãos outro lugar que não o lugar do fracasso, de mais um delinquente a ocupar as vagas do sistema penitenciário. Entendemos que com crianças e adolescentes depende de nós construirmos com cada um outra possibilidade de lugar, assim como inserir a *dimensão do escolher*. Um sujeito que pode escolher entre o uso de drogas e outros recursos oferecidos pela cultura diante do seu mal-estar é diferente de outro onde a dimensão do escolher não está colocada – e não é raro escutarmos que determinado adolescente virou traficante e usuário de drogas porque o pai era usuário de drogas, discurso que se apresenta também na fala do próprio adolescente como a única possibilidade identificatória que lhe foi oferecida desde os primeiros anos de vida. Precisamos promover alguma marca diferencial diante destas marcas impressas pelo Outro - começando por permitir que ao sujeito se revele que isto não se dá sem o seu consentimento inconsciente no ato mesmo da identificação, sem o que o processo de identificação com marcas que lhe seriam meramente impressas como numa massa de modelar - expressaria uma passividade diante do Outro insustentável na psicanálise - onde, muitas vezes, só lhe resta um caminho possível, o de reproduzir essas marcas sem o recurso da escolha, que requer o trabalho clínico da assunção de sua posição de sujeito, ativa, porém, por ele mesmo desconhecida. É isso que significa responsabilização em psicanálise. Nossa função é a produção de novas referências na cidade para estes sujeitos diferentes daquelas que os restringem a fixação em alguns significantes pré-estabelecidos pelo campo social (traficantes, moradores de rua, drogados, prostitutas, etc.).

Neste sentido, podemos entender a direção de um trabalho onde a intervenção também passa por uma operação sobre os discursos promovidos pelo Outro-cidade, ou seja, pelas instituições que compõem o cenário da cidade e que discursam sobre estes sujeitos ou pelos traços promovidos na dinâmica familiar – metodologia de trabalho que foi ilustrada através do caso Bianca no segundo capítulo. Por isso, a clínica com a qual operamos (os cuidados oferecidos pela Atenção Psicossocial em sua dimensão que inclui o campo do Outro, o inconsciente) precisa transbordar os muros das instituições específicas de cuidados em saúde

mental, ela pode ser um atravessamento de todas estas outras instituições que compõem uma rede intersetorial de trabalho promovendo nos discursos um lugar que imprime marcas em suas vidas diferentes daquelas comumente oferecidas.

Como verificamos nos capítulos um e três, esta direção de trabalho pode ser construída a cada vez e a cada caso diante das diferentes demandas endereçadas à ERIJAD. Esta direção de trabalho não estava dada desde o princípio e só pôde ser construída a partir de um tensionamento entre o que era demandado e as respostas que oferecemos, ou seja, não nos foi possível pouparmo-nos de um tensionamento entre a demanda que chegava e o que era possível responder. Não foram raras as situações de mal-estar no início do trabalho durante a aproximação com as instituições que nos solicitavam tratamentos para seus acolhidos – principalmente dos Conselhos Tutelares diante das diferentes situações onde estes atores ansiavam por respostas urgentes e milagrosas para o uso de drogas – principalmente porque as expectativas por respostas objetivas e solucionadoras dos problemas não eram cumpridas. Falas como “[...] então vocês não servem para nada!” (sic) ou “[...] então vocês não funcionam” (sic) eram cotidianas. Apesar deste efeito emergir nos primeiros momentos diante da ausência de respostas de nossa parte que satisfizessem as expectativas (muitas das vezes em tom hostil como se tivéssemos respostas que não queríamos oferecer), foi justamente suportando estes endereçamentos e não rompendo as relações com os nossos demandantes que foi possível fazer um retorno do fracasso contido na pressa por soluções impossíveis. Além do que, numa certa medida, aqueles que denunciavam a ERIJAD de “não funcionar” tinham razão. Havia algo que não funcionava em cada caso e era justamente este o ponto no qual deveríamos nos deter. Como nos diz Lacan (2005, p. 63): “O que funciona é o mundo. O real é o que não funciona”, e como ele mesmo afirma, este é o ponto que desperta o interesse dos analistas.

Foi preciso um tempo de trabalho para que a transferência permitisse a transmissão desse impossível de se solucionar e que estava em jogo para cada sujeito, o impossível de solução para o mal-estar da relação do sujeito com o Outro, ponto no qual se localiza justamente o uso de drogas para alguns. Ainda assim, não nos é garantido que esta transmissão continue acontecendo. Este dispositivo clínico de trabalho é inventado a cada vez e diante de cada caso. Casos que apontam para esta fenda irreparável entre o sujeito e o Outro e que aqueles que os acolhem resistem em reconhecer. Por isso nossa estratégia não consiste em uma oferta de informações sobre as complicações do uso de drogas ou uma pedagogia especializada para esta população, sabemos que não se trata de convencermos e sim de transmitirmos uma posição que promova um lugar ao sujeito e será ele que precisará, com o

nosso auxílio, inventar uma fórmula própria para isso. “Buscar ‘o lugar e a fórmula’ onde ser autenticado, o seu nome de gozo, na falta de ter encontrado um *não* ao gozo arruinador que surge no momento da puberdade, continua a ser a busca central do adolescente” (LACADÉE, 2011, p. 20).

Esta posição de trabalho que tentamos transmitir segue na direção de fazer com que nossos parceiros de trabalho possam considerar que há um real em jogo e que diante dos ideais de salvação, este real sempre se fará presente afirmando que há algo que já fracassou na vida de cada um e que o ideal é inalcançável para todos nós. “A clínica do ato se liga a um real que até então não era tomado como evidência: cabe a nós sermos sensíveis à parte de impossível de suportar, à qual, de maneira paradoxal, o sujeito se liga” (LACADÉE, 2011, p. 21).

Este fracasso – este impossível de se solucionar –, não significa que não tenhamos o que fazer, pelo contrário, ele é o que possibilita trabalharmos nossas estratégias e manejos transferenciais de modo mais preciso sem que nos percamos em doces sonhos de finais felizes. Os finais dos acompanhamentos poderão ou não ser razoavelmente felizes (ainda que sejam acompanhamentos inacabados já que tratamos de crianças e de adolescentes), ainda assim, isto não significa que não trabalhamos da melhor maneira possível e que os efeitos não possam ser recolhidos. (Por falar nisso, depois de passar algum tempo tivemos notícias que Lara está grávida e morando com um rapaz em outra favela além de ajudar o companheiro numa barraca de frutas na Zona Sul da cidade. Seu uso de drogas diminuiu consideravelmente e está cumprindo seu pré-natal na medida do possível²⁴).

Até aqui chegamos a algumas formulações importantes a partir deste dispositivo clínico-político inventado pela ERIJAD. Além de isolarmos elementos fundamentais para nossa teorização – o que pode demonstrar que nesta clínica as questões do sujeito, e que se referem a este período da vida (a infância e a adolescência), estão mais em jogo do que aquelas que se referem ao funcionamento toxicomaniaco –, no terceiro capítulo, foi possível também extrairmos duas estruturas mínimas de operação que demos o nome de *operadores clínicos*: o sujeito e o campo do Outro e a transferência enquanto uma condição metodológica. Destacamos também que poderá haver outros operadores que até aqui não foi possível situarmos, o que deverá servir de material para um próximo trabalho.

²⁴ Uma constatação clínica identificada a partir do acompanhamento de algumas adolescentes é a gestação e a maternidade como um recurso que faz barreira ao uso abusivo de drogas. No caso Lara, assim como no caso Bianca (e outros casos em acompanhamento pela ERIJAD), percebemos que após descobrirem sua gravidez, estabeleceram outras posições subjetivas produzindo uma espécie de barreira diante do gozo com a droga. Aqui deixaremos esta constatação clínica em suspenso para futuras pesquisas e desdobramentos.

Além destes operadores clínicos, colocamos como um desafio para futuras elaborações teóricas a construção de *indicadores clínicos* que poderão nos servir de balizas para formularmos os efeitos de nossas operações. Chamamos de indicadores clínicos justamente a formalização e a possibilidade de transmitirmos os efeitos operados clinicamente, sempre verificados de modo singular com cada sujeito, mas que poderão também ser verificados numa perspectiva mais ampla com muitos daqueles que acompanhamos: os efeitos a partir de um lugar menos mortífero no campo do Outro e que permita novas referências e movimentos na vida; os efeitos das apostas em que as passagens ao ato possam ser endereçadas ao Outro e que pela via da transferência possibilite alguma regulação do gozo; a construção de pontos de ancoramento para as errâncias (pelas ruas, nas cenas de uso de drogas, com a prostituição, etc.); a formulação de uma demanda que permita que um gozo localizado exclusivamente no próprio corpo possa passar pelo significante, etc.

Estes indicadores se fazem necessários na medida em que, cada vez mais, somos convocados a apresentar os efeitos de nossas apostas no campo da Atenção Psicossocial de modo que sustentemos as direções conquistadas até então pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, apesar da ERIJAD ter sido construída após o surgimento dos CAPS no município de Niterói, sua metodologia de trabalho reafirma uma direção já contida na própria portaria de fundação dos CAPS na condição de ordenadores da rede, pólo de convocação ao trabalho territorial e responsável pela porta de entrada, o que não acarreta necessariamente, como numa leitura protocolar e burocratizante da condição do CAPS como porta de entrada do sistema, que só se possa acessar a rede de atenção psicossocial através de um CAPS, mas que a lógica da entrada e do acesso deva ser a mesma que ele operacionaliza e encarna no território.

Entendemos que regular a rede de cuidados é permitir que, a partir da construção de cada caso, seja construído um trabalho entre vários onde todos cumpram uma função de cuidado entre muitos mandatos. Já no que se refere à porta de entrada, ela serve para acolher os casos (estando ou não o paciente presente em carne e osso, já que um caso não é igual ao paciente e sim ao conjunto de elementos e atores envolvidos na vida de um sujeito) através de um dispositivo de trabalho capaz de alcançar e operar no território e isso pode ser na rua, nas comunidades e nas diferentes redes de cuidado intra e intersetoriais. Precisamos com esta população reinventar a psicanálise e os nossos dispositivos da Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Sonia. *Psicanálise: a última flor da medicina*. In *Clínica e pesquisa em Psicanálise* – ALBERTI, S. e ELIA, L. (org.) – Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2000.

_____. *O adolescente e o Outro*. Rio de Janeiro, Zahar, 2010.

_____. *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2009.

ALBERTI Sonia, FIGUEIREDO Ana C. (org.). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2006.

ALBERTI, Sonia., ELIA, Luciano. *Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos* In *Revista Mal-estar e Subjetividade* – Vol. VIII – nº3 (p. 779-802). Fortaleza, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. IV. ed. Text Revision. Washington, DC, APA, 1994.

ANDRADE, Tarcísio M. *Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil* (p.4665-4683). In *Revista Ciência e Saúde Coletiva* vol. 16 n. 12. Associação Brasileira de pós-Graduação em saúde Coletiva, 2011.

ANTONIETTI, Maximiliano. *El tóxico en los márgenes del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Lazos, 2008.

ARAÚJO, Anelize T., LATGÉ, Paula K. *Notas sobre a intersectorialidade: uma estratégia* In *Desinstitucionalização e psicose* – Berenger, M. E., Sá, R., Fonseca, S. M. A., Bezz, S., e Azevedo, S. (Orgs.) – Niterói, Ed.: UFF, 2008.

BARROS, Romildo R. *A urgência subjetiva*. In *Urgência sem emergência?* Rio de Janeiro, Instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro, 2008.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* / coordenado por Franco Basaglia; tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985.

BRASIL. Presidência da República, 2011: *Crack, é possível vencer*. link: <http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/crack-e-possivel-vencer-1/view>

BRASIL. *Lei Federal nº 8.069 de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF), Presidência da República, 1990.

BRASIL. *Lei 10.216 de 01 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF), Presidência da República, 2001.

BRASIL. *Portaria nº336/GM de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília (DF), Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília (DF), Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. *Portaria nº 1.059/GM de 04 de julho de 2005*. Brasília (DF), Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. *Portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009*. Brasília (DF), Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. *Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília (DF), Presidência da República, 2010.

BRASIL. *Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2012*. Brasília (DF), Ministério da Saúde, 2012.

CARNEIRO, Henrique. *Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna*. São Paulo, Editora SENAC São Paulo, 2010.

COSTA Ana M., POLI, Maria C. *Sexuação na Adolescência: Um Ato Performativo*. In *Debates sobre a adolescência contemporânea e o laço social*. GURSKY, ROSA & POLI (org.). Curitiba, Juruá, 2012.

DELGADO, Pedro G., VENTURA Maria. C. *Intersectorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial* In *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS: contribuições para uma prática responsável* – Edith Lauridsen-Ribeiro & Oswaldo Yoshimi Tanaka (orgs.) – São Paulo, Editora Hucitec, 2010.

DIDIER-WEILL Alain. *A questão da formação do psicanalista para Lacan* In *Lacan e a formação do psicanalista* – Coutinho Jorge, M. A. (org.) – Rio de Janeiro, Contra Capa, 2006.

ELIA, Luciano., NICODEMOS, Julio. C.O. *A psicanálise diante do totalitarismo dos saberes: uma prática com crianças e adolescentes usuários de drogas*. Texto apresentado no I Congresso latino-americano da psicanálise na universidade, (CONLAPSA) realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) no dia 31 de agosto de 2011.

ELIA, Luciano. *O “Averso da Psicanálise” e a formação do psicanalista* In *Saber, verdade e gozo, Leituras de O Seminário, livro 17 de Jacques Lacan* – Doris Rinaldi e Marco Antônio Coutinho Jorge (orgs.) – Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2002.

_____. *A transferência na pesquisa em Psicanálise: lugar ou excesso?* In *Psicologia, Reflexão e Crítica* vol. 12 nº3. Porto Alegre, UFRGS, 1999.

_____. *Estrutura e Contemporaneidade: o pai e o sintoma no tempo social e no tempo de análise*. Trabalho apresentado no II Colóquio Franco-Brasileiro de Psicanálise na cidade de Lyon, França, 2011.

_____. *Inconsciente e delito*. Tese de pós-doutorado dirigida ao Programa de pós-graduação e pesquisa em Psicologia clínica do departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), 1999

_____. *Psicanálise: clínica & pesquisa* In *Clínica e pesquisa em Psicanálise* – Alberti, S. e Elia, L. (org.) – Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2000.

ELIA, Luciano. *Inconsciente e cidade*. Texto da comunicação feita na Jornada de saúde mental da Infância e da Adolescência de Novo Hamburgo (RS), organizada pelo CAPSi Saca Aí, desta cidade, em 18 de setembro de 2008.

_____. *Por uma psicanálise desavergonhada diante da ciência* In *Psicanálise, Universidade e Sociedade* – Heloísa Caldas e Sonia Altoé (orgs.) – Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2009.

_____. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2010.

_____. *O DSM e a recusa da cientificidade*. Texto apresentado oralmente no Laço Analítico Escola de Psicanálise. Rio de Janeiro.

FIGUEREDO, Ana C., FRARE Ana P, BURSZTYN Daniela, MONTEIRO Wagner E. *Sujeito, estrutura e rede: a psicanálise na atenção psicossocial* In *Estrutura e Psicanálise* – Elia, L., & Manso, R. (org.). Rio de Janeiro, Cia de Freud, 2008.

FIGUEREDO, Ana C. *Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental* In *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social* – Andréa Máris Campos Guerra e Jacqueline de Oliveira Moreira (orgs.) – Curitiba, Editora CRV, 2010.

FREUD, Sigmund. *Projeto para uma psicologia científica* (1895), ESB, v I. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. Carta 52 (6 de dezembro de 1896), ESB, v I. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *Contribuições para uma discussão acerca do suicídio* (1910), ESB, v XI. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *A dinâmica da transferência* (1912), ESB, v. XII. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912), ESB, v. XII. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *Totem e tabu* (1913), ESB, v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar* (1914), ESB, v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1915), ESB, v. XIV. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *Os instintos e suas vicissitudes* (1915), ESB, v. XIV. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *Psicanálise e Psiquiatria* (1917), ESB, v. XVI. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *Linhas de progresso na terapia analítica* (1919), ESB, v. XVII. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Conferência XXVII. Transferência* (1915-16), ESB, v. XVI. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades* (1919), ESB, v. XVII. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *Além do princípio de prazer* (1920), ESB, v. XVIII. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *Psicologia de grupo e a análise do ego* (1921), ESB, v. XVIII. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *Inibições, sintoma e ansiedade* (1925), ESB, v. XX. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *A questão da análise leiga. Conversações com uma pessoa imparcial* (1926), ESB, v. XX. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *O futuro de uma ilusão* (1927), ESB, v. XXI. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *O humor* (1927), ESB, v. XXI. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *O mal estar na civilização* (1930), ESB, v. XXI. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. *Por que a guerra?* (1933), ESB, v. XXII. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

GUERRA, Andréa M. C. *A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência*. Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

_____. *Profanação e resistência: psicanálise, pesquisa e intervenção social*. In *Psicanálise, Universidade e Sociedade* – Heloísa Caldas e Sonia Altoé (orgs.) – Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2009.

_____. *Quando um crime surpreende o sujeito: a psicanálise na política de defesa social*. In *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social* – Andréa Máris Campos Guerra e Jacqueline de Oliveira Moreira (orgs.) – Curitiba, Editora CRV, 2010.

GREISER, Irene. *Psicoanálisis sin diván: los fundamentos de la práctica analítica em los dispositivos jurídico-asistenciales*. Buenos Aires, Paidós, 2012.

JORNAL DO BRASIL. 10 de janeiro de 2013 (on line). *Menino atropelado ao fugir de uma operação contra o crack é enterrado*. <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2013/01/10/menino-atropelado-ao-fugir-de-uma-operacao-contra-o-crack-e-enterrado/>

LACADÉE, Philippe. *O despertar e o exílio: ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência*. Tradução: Cássia Rumenos Guardado e Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, 2011.

LACAN, Jacques. *A significação do falo* (1958). In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, Jacques. *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958). In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud* (1954). In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *Situação da psicanálise e formação do analista em 1956*. In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *Subversão do sujeito e dialética do desejo* (1960). In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e estrutura da personalidade* (1960). In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.

_____. *A ciência e a verdade* (1966). In *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *Proposição de 09 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*. In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2003.

_____. *Ato de Fundação* (1971). In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2003.

_____. *Prefácio a O despertar da primavera* (1974). In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2003.

_____. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente* (1957-58). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1999.

_____. *El Seminario, livro 7: La Etica del Psicoanálisis* (1959-60). Buenos Aires, Paidós, 2009.

_____. *O seminário, livro 10: a angústia* (1962-63). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* (1969-70). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1992.

_____. *O seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante* (1971). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2009.

_____. *O seminário, livro 20: mais, ainda* (1972-73). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1985.

_____. *O triunfo da religião, precedido de, Discurso aos católicos*. Rio de Janeiro, Zahar, 2005.

LARANJEIRA, Ronaldo., FILHO Olavo F. F., TURCHI Marília D. & CASTELO Adauto. Rev. Saúde Pública vol.37 no.6 São Paulo Dec. 2003: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000600010&script=sci_arttext&tlng=es

LAURENT, Éric. *El goce sin rostro: psicoanálisis y política de las identidades*. Buenos Aires, Tres Haches, 2010.

_____. *O analista cidadão*. In *Psicanálise e Saúde Mental / Curinga – Escola Brasileira de Psicanálise (EBP)*. Belo Horizonte, 1999.

_____. Virtualia #2 (2002). In Revista digital de la Escuela de la Orinetación Lacaniana: <http://www.eol.org.ar/virtualia/002/notas/index-002.html>

LEITE, Sônia. *O cartel e o desejo de saber na escola*. In *Lacan e a formação do psicanalista – Marco Antônio Coutinho Jorge (org.) – Rio de Janeiro, Contra Capa*, 2006.

MARON, Glória. *Urgência sem emergência?* In *Urgência sem emergência?* Rio de Janeiro, Instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro, 2008.

MILLER, Jacques-Alain. *El banquete de los analistas: los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller*. Buenos Aires, Paidós, 2011.

_____. *Perspectivas dos escritos e outros escritos de Lacan, entre o desejo e o gozo*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2011.

NITERÓI (RJ). *Portaria conjunta Secretaria Municipal de Assistência Social/ Secretaria Municipal de Saúde nº 01 de 11 de dezembro de 2008*. Niterói (RJ), Prefeitura Municipal de Niterói, 2008.

OURY, Jean. *O Coletivo*. São Paulo, Hucitec, 2009.

POMMIER, Gerard. *Freud apolítico?* Tradução: Patrícia Chiatonni Ramos. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. *A institucionalização de crianças no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Puc-Rio; São Paulo, Editora Loyola, 2004.

BARROS, Romildo. *A urgência subjetiva* In *Urgência sem emergência?* Rio de Janeiro, Instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro, 2008.

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

SOLER, Colette. *La querella de los diagnósticos*. Buenos Aires, Letra Viva, 2009.

STEVENS, Alexandre. *El error del toxicómano*. In *Pharmakon n.10, efectos de tratamientos de toxicómanos en instituciones*. Editado por TyA e Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004.

ZENONI, Alfredo. *Qual instituição para o sujeito psicótico?* Belo Horizonte Abrecampos ano 01, n.0: 2000.

ZIZEK, Slavoj. *Em defesa das causas perdidas*. Tradução: Maria Beatriz de Medina. São Paulo, Boitempo, 2011.