

impasses de uma Clínica-escola operada à luz da psicanálise

Rainner Montezano Lopes de Oliveira¹

Marcela Ribeiro Pacheco Paiva²

RESUMO

Diante do processo formativo de Psicologia, ao final da graduação, torna-se necessária a implicação do estudante no estágio clínico, visando a uma ancoragem na sustentação de escuta e criando condições para que ele construa um vigor ético. A partir disso, o texto examina alguns dos impasses existentes no processo institucional de uma Clínica-escola que vivencia o período pandêmico e, nesse caso, opera com o dispositivo metodológico de orientação psicanalítica. A fim de seguir o caminho até a constituição de tal modelo clínico, viu-se necessário recorrer ao percurso arqueológico de Foucault, com desdobramentos entre as obras “O nascimento da clínica” (1963), “As palavras e as coisas” (1966), “Arqueologia do saber” (1969) e o percurso de construção da clínica freudiana, que indicou, simultaneamente à experiência de estágio, a importância da transferência como a mola central de um tratamento, independente da configuração do *setting* terapêutico.

Palavras-chave: clínica-escola; clínica psicanalítica; estudante-analista

ABSTRACT

In view of the formative process of Psychology, at the end of graduation, it is necessary to implicate the student in the clinical stage, aiming at an anchorage in the support of listening and creating conditions for him to build an ethical vigor. From this, the text examines some of the existing impasses in the institutional process of a School Clinic that experiences the pandemic period and, in this case, operates with the methodological device of psychoanalytic orientation. In order to follow the path to the constitution of such a clinical model, it was necessary to resort to Foucault's archaeological path, with developments between the works “The birth of the clinic” (1963), “Words and things” (1966), “Archaeology of knowledge” (1969) and the construction path of the Freudian clinic, which indicated, simultaneously to the internship experience, the importance of transfer as the central spring of a treatment, independent of the configuration of the therapeutic setting.

Keywords: school clinic; psychoanalytic clinic; student analyst

Introdução

A Clínica-escola representa uma extensão universitária que fomenta e viabiliza, na formação do profissional em saúde, uma atuação prática do Cuidado em Rede. É uma das poucas instituições que integra prestação de serviço de atendimentos clínicos, podendo ofertar consultas médicas, nutricionais, fisioterapêuticas, farmacológicas e psicológicas para a população, e está ligada estritamente aos programas de uma universidade. Esses serviços, sobretudo o de acompanhamento psicológico, são acessíveis financeiramente a uma grande parcela da população brasileira, podendo ser ofertados de forma gratuita ou a partir de um valor simbólico; além disso, trata-se de um consolidado projeto pedagógico que atende às proposições para a formação do Psicólogo.

Contudo, nesse serviço de saúde mental operado pelos acadêmicos e trabalhadores da universidade encontram-se impasses similares aos de outros serviços ambulatoriais públicos,

¹Graduando do Curso de Psicologia do UniSales Centro Universitário Salesiano. E-mail: rainermontezano@gmail.com

² Prof.^a Dr.^a do curso de Psicologia do UniSales Centro Universitário Salesiano. E-mail: marcelapaiva01@gmail.com

visto que enfrentam a elaboração de uma lista de espera, o manejo de uma triagem, a relação de encaminhamentos, entre outros. Ainda existem particularidades da Clínica-escola, caracterizada pela clientela atendida, pelas modalidades do atendimento oferecido e pelo próprio modo de funcionamento do serviço.

Dito isso, a possibilidade de compreender o processo de caracterização da clientela passa por um lugar socioeconômico e urge por novas concepções, posto que o compromisso firmado entre a pessoa atendida e o acadêmico do serviço constrói-se pela emergência de um contexto singular, transformando todo trabalho institucional em um ato clínico de ordenação subjetiva. (SILVA, 2018).

As modalidades de atendimento de uma Clínica-escola de Psicologia se configuram para oferecer técnicas avaliativas como testes psicológicos, psicodiagnóstico e psicoterapia. De todo modo, a psicanálise é um operador que atua no tratamento da realidade angustiante de um sujeito e está servida, no contexto institucional, como estrutura para um plano psicoterapêutico.

Neste sentido, será priorizado o atendimento clínico de orientação psicanalítica. Segundo Santos, Dauer e Martins (2018), a aliança do acadêmico com as indicações teóricas e discussões de caso fazem parte da construção do lugar na clínica, sendo possível sua prática, a priori, institucional, a partir do seu próprio desejo. Para as autoras, a experiência na clínica-escola aponta algumas modificações das regras sugeridas por Freud, dado seu funcionamento institucional próprio no âmbito universitário e de uma “[...] prática em psicanálise nos serviços de psicologia, em ambulatórios, escolas, e outras instituições.” (2018, p.16), que enunciam tal necessidade de deslocamento. Esse funcionamento próprio, diferencia-se do contexto tradicional de uma prática psicanalítica de consultório particular, havendo ainda poucos textos que trazem relatos desse gênero da experiência interventiva numa clínica-escola. Dessa forma, viabiliza-se uma lacuna para o presente artigo, no intuito de interrogar, sobretudo, os impasses vivenciados na prática da Psicanálise numa Clínica-escola.

Breve relato

A contextualização do artigo incita o leitor a fôlego e disposição, e para iniciar a primeira seção indico meu breve percurso no último ano da graduação e noções diante da clínica-escola orientadas pelo pensamento freudiano.

O serviço integrado da Clínica-escola presta serviço à comunidade oferecendo atendimentos e acompanhamentos em diversas áreas: psicologia, nutrição, fisioterapia e farmácia. O público atendido constitui-se prioritariamente por crianças, adolescentes, adultos e idosos que não possuam renda para contratar tais serviços de modo particular, que foram encaminhados por outros serviços ou que queiram integrar-se a um modelo alternativo de cuidado multidisciplinar. O serviço de saúde mental prestado pela Clínica-escola tem à sua disposição graduandos do curso de Psicologia e suas respectivas supervisoras. Seu funcionamento, a priori, parte da vinculação desses alunos com o serviço, no que se refere a etapas documentais para triar e acompanhar um paciente recém-chegado, reconhecimento de salas disponíveis para realização do atendimento, vínculo com as Trabalhadoras da instituição, como a Recepcionista, a Auxiliar de Serviços Gerais, outras Professoras da área da saúde etc. Já em um segundo momento, o vínculo passa a ser articulado entre o grupo de supervisão e com os pacientes acompanhados. Tal modelo de atendimento instituído tende a oferecer condições dignas e apropriadas à natureza dos serviços e ao sigilo profissional, conforme Código de Ética Profissional do Psicólogo.

O início de 2022 continuava marcado pela dor e sofrimento, e fui implicado a falar em saúde mental com mais ética e ardor. Ao refletir o atual cenário vivenciado; isto é, a pandemia do novo Coronavírus, que vitimou centenas de milhares de pessoas pelo mundo e assinalou um período que certamente ficará marcado na história da humanidade, percebi que o ser humano precisou rever as relações individuais e coletivas e, sobretudo, revisitar conceitos mais íntimos sobre si. Esse é um assunto delicado e dedicado aos que fizeram parte de toda sustentação salutar da sociedade.

A Clínica-escola de que faço parte configurou-se para aliar a prevenção e resistir à Pandemia, com a distribuição de álcool em gel, obrigatoriedade das máscaras, bebedouros articulados, entre outras. Ela oferece atendimentos psicológicos gratuitos há mais de 11 anos, e, conforme pessoas se inscrevem para tais atendimentos, se cria uma lista de espera, porém, em face da complexidade pandêmica, por sugestão, interromperam as inscrições e fui direcionado para a função de atendimento às pessoas registradas na lista de espera. No contato telefônico com estas pessoas, no intuito de comunicá-las sobre a possibilidade de participarem da triagem institucional, havia desinteresse de algumas e pleno interesse de outras. Importante dizer que na cidade de Vitória-ES existem 4 clínicas-escolas integradas a instituições de ensino e que dispõem de serviços psicológicos; além disso, estão endereçadas ao público regional e estudantil.

A experiência do estágio clínico, sumariamente, foi preenchida pelas interfaces de encontro, mantidas pelos pacientes atendidos e pelo circuito afetivo ambientado por cada supervisão. Formam-se grupos de supervisão, mediados por estudantes e pela professora. Consensualmente, entabulamos as reuniões duas vezes por semana, discutimos a ética, pontuamos características do serviço, trocamos análises textuais, partilhamos da escuta e discutimos casos. Habitamos o lugar institucional e produzimos um espaço de escuta.

De todo modo, ainda tenho o desafio de manejar duas situações clínicas até que o fim do ano chegue, ou até que o desejo destes pacientes tome outro destino que não a continuidade. Em decorrência de alguns meses de reconhecimento, tive o privilégio de conhecer o primeiro paciente e escutá-lo um pouco mais. Nesta composição clínica, passamos pela triagem e decidimos manter o acompanhamento organizado semanalmente.

Embora minha escuta esteja imersa a seu processo de amadurecimento, bem como minha condição de confiar e por assim legitimar um acolhimento qualificado, estou diante de uma grande síntese de aprendizado. Os relatos da experiência de escuta me transformam e me fazem pensar o quão responsável tem sido cada olhar e palavra trocada. É um conhecimento que se estende à própria clínica.

Desde o primeiro dia de supervisão, tive alinhamentos fundamentais para lidar com o manejo clínico e com enquadres institucionais. A triagem de cada paciente tomou um tempo maior de compreensão, visto que cada triagem era (re)pensada durante os encontros de supervisão e passar a queixa de um paciente para o sintoma analítico consistia em dar início ao tratamento com aquele sujeito e se responsabilizar por cada gesto de autonomia acometido no *setting*. No início do semestre, pouco antes de iniciar os atendimentos estava refletindo através de algumas leituras, como a de Bleger (2001) que diz sobre as instituições, os grupos, a psicologia e a psicanálise. Para o autor cada instituição é uma parte da personalidade do indivíduo, nesse sentido a relação estabelecida com os usuários do serviço era primariamente institucional.

Para fortalecimento teórico, fui indicado a conduzir leituras de abordagem lacaniana, o que até certo ponto sustentou minhas angústias e preocupações no sentido de instrumentalizar meu raciocínio clínico após lidar com o sujeito à minha frente. Bruce Fink (2017) em “Fundamentos da Técnica psicanalítica: uma abordagem lacaniana para praticantes” faz convergir

pensamentos tácitos para se articular a clínica. Com efeito, os tipos de fala, a maneira como escutamos, as formas de identificação, a empatia versus convivência, a relação entre dois egos, entre outros temas foram abordados pelo texto que justapôs decisões de tratar o ato da escuta com a ética psicanalítica, dando espaço para que o paciente fale livremente e assim associe seu desejo de estar ali. Com o autor pude compreender que além do conhecimento linguístico como a análise dos sons, fonemas, palavras, locuções, frases, pausas, escansões, cortes, pontos finais e paralelismo, precisamos acolher o sujeito, a pessoa que está a nossa frente urgindo por aquela escuta. Obtive um alento sob o Tratado Ético das supervisões e um olhar teórico.

São 3 tipos de abordagens psicoterapêuticas que orientam estudantes durante o estágio clínico nesta instituição, baseadas na própria matriz curricular – as ditas 3 forças da Psicologia: Psicanálise, Behaviorismo e Humanismo.

Apesar de a história da Psicanálise convergir em alguns pontos com a própria história da Psicologia, intercambiar tal distinção epistemológica se fez necessário no processo formativo, visto que, observar o saber atravessando a experiência de escuta é como um descolamento da própria noção de saber. Se via, em uma clínica-popular, o sofrimento queurgia e a necessidade de construção ética também.

A partir da breve contextualização, corroboro com Steinmetz (2018) que a clínica-escola de Psicologia traduz as necessidades e desejos da prática clínica enquanto modelo de intervenção ética em face dos pares institucionais e pacientes do serviço. A partir das experiências na clínica-escola, a autora percebe a importância da neutralidade e a relevância de mantermo-nos supervisionados, bem como amparados num procedimento de análise pessoal, pois as possíveis interpretações das falas dos pacientes têm relação direta com a intimidade que temos com a análise pessoal.

Clínica

O nascimento da clínica médica e psiquiátrica

Para Foucault (2008), as condições que possibilitam a existência de um conhecimento possuem uma história e a estas condições dão-se o nome de episteme, a ela podemos definir como:

o dispositivo estratégico que permite selecionar entre todos os enunciados possíveis os que vão poder ser aceitáveis no interior, não digo de uma teoria científica, mas de um campo de cientificidade, e do qual se poderá dizer: este é verdadeiro ou falso. (FOUCAULT, 2008a, p. 48).

Uma episteme é o fundo prévio de todo saber, não obstante, o de uma experiência do trabalho psicanalítico na clínica-escola. Todos os que falam a partir de uma mesma episteme, isto é, nas relações que unem às práticas discursivas, obedecem às mesmas regras de formação dos enunciados que poderão servir tanto à ciência como à literatura e à filosofia. (ARAÚJO, 2008). Para Marlene Guirado (2009), a episteme configura na interface dos discursos psicanalíticos um olhar daquilo que já tomou formas íntimas e conhecidas e opera cortes e moldes linguísticos bem sedimentados.

Nesse sentido, voltemos um pouco, nos séculos passados, quando existiam práticas de cuidado que alimentavam o rigor de um método investigativo para a cura. O movimento iluminista inquiriu grandes demarcações para a sociedade, subscreveu o discurso da razão e sinalizou

franca possibilidade de criticar os poderes institucionais totalitários, como a apropriação do conhecimento pela Igreja.

No entanto, na prática clínica somos conduzidos do envolvimento metodológico às noções de cuidado em saúde. O significado etimológico do “termo “clínico” provém do grego *klinikós* e tem como elemento composição *klíno*, inclinar, ou *klíne*, leito.” (BREDIKOW, CAMPOS, 2011, p. 610). Este saber está intimamente conectado às práticas de cuidado e desdobrado a variadas experiências de tratamento.

O filósofo francês Michael Foucault (1977) apresentou a emergência da clínica como uma instituição e identificou nesse saber a necessidade de uma reorganização epistêmica nas pesquisas médicas e em sua produção de conhecimento no fim do século XVIII, chegando a uma nervura histórica em que o autor esclarece o processo do olhar clínico diante do sofrimento.

Com o nascimento da clínica no século das luzes, nas vias da medicina moderna, Foucault tratou este lugar “[...] como projeto recente, ligado à finitude dos corpos e à produção da verdade.” (LINS, 2007, p. 150). A varíola, o sarampo e a febre amarela foram doenças epidêmicas e endêmicas do século XVIII que tiveram força singular para a constituição deste lugar de cuidado, no sentido de que o problema do contágio - sua transmissão - seria uma espécie de individualidade histórica. O período nocivo assinalado pelo autor precedeu a noção da razão prática de clínica nos termos em que a entendemos hoje, formada, nesse sentido, como um campo constitucionalmente estruturado. (FOUCAULT, 1977, p. 65).

A finitude dos corpos, evidente em um modelo de atlas anatômico, era postulada a partir da comunicação entre o corpo essencial da doença e o corpo real, entre a normalidade e a anormalidade - dualismo esse representado pela medicina como função classificatória, operável à luz da localização e do efeito durável destes corpos. Essa função estabelecia a relação de sinais e sintomas, e o saber médico produzia conhecimento que, cada vez mais, afastava a antiga ideia do efeito divino do corpo. A doença se tornou a dissociação entre a vida e a morte; e a clínica, um método complexo de observação. Esse tipo de olhar clínico foi moldado e absorvido pela padronização descritiva, que vigora ainda hoje nos modelos de tratamento, justamente por uma autorização de diferenciar estados de saúde e doença.

as instituições médicas europeias passaram da estrita utilização da teoria dos humores para a compreensão do corpo como máquina, incorporaram os conhecimentos da química na formulação dos medicamentos e começaram a observar o corpo doente no espaço próprio da clínica; (VIOTTI, 2012, p. 14)

É preciso ressaltar que o mesmo ocorreu em solo brasileiro, contudo, numa outra cadência. Viotti (2012, p. 10) ainda realça que alguns médicos brasileiros exerciam o método clínico aliado à experiência e à reflexão teórica, combatendo o mero empirismo. Percebeu-se a necessidade de compreender, não mais matematicamente, mas qualitativamente a intensidade dos fenômenos do sofrimento e a percepção sutil do olhar nas diferenças entre um caso e outro.

Com o surgimento das faculdades de medicina no Brasil, através de um projeto imperial de “[...] ‘aculturação’ da medicina local conforme as novas tendências do saber médico europeu” popularizou-se a cientificidade médica: tratando-a numa linguagem simples para corresponder ao cifrado da medicina acadêmica com o cotidiano da colônia. (GEWEHR et al, 2017, p. 13). A medicina moderna, orientada por um *background* tecnológico, mantinha a necessidade de aproximação ao laço social e constituiu, assim, uma prática que somente em um de seus aspectos tornava-se individualista, e em outros tantos valorativa da relação médico-paciente. (FOUCAULT, 1977, p. 79).

Embora nas clínicas espalhadas por hospitais e consultórios particulares houvesse condições especiais para o saber médico proporcionar uma noção de cuidado de si, a constituição da Psiquiatria juntamente à Psicopatologia dava forma à medicina mental, no que emergia uma outra tentativa de lidar com o sofrimento somático. O termo “alienismo” era empregado nos projetos de intervenção social da medicina, que tinham por objetivo remover os loucos de circulação. Philippe Pinel (1745-1826) já havia marcado a história ao subverter a ordem das coisas médicas articuladas entre o saber e a técnica: fundou uma nova maneira de tratar a loucura, dotando a internação, que nos antigos hospitais gerais tinha mera função de limpeza social, de uma finalidade e de uma racionalidade terapêutica, porém, é possível constatar a ineficácia do método ao longo do tempo.

A partir do surgimento da psiquiatria, sempre que a loucura aparece como problema no corpo social, de alguma maneira solicita-se a essa especialidade uma solução. E enquanto isso, na literatura brasileira, Machado de Assis trazia a questão no conto “O Alienista (1891)”, numa narrativa clássica, mas perfeitamente atual e pertinente. Sua crítica à instituição psiquiátrica vem antecipar questões que estudiosos do calibre de Foucault, Goffman, Basaglia entre outros, desenvolveram anos depois. Por efeito deste movimento crítico, décadas depois, a Reforma Psiquiátrica se estabelece diante desta condição alienista deflagrada como lugares de contenção e silenciamento do paciente e da loucura.

Contexto histórico da Psicanálise

“Os poetas e filósofos descobriram antes de mim o inconsciente; o que eu descobri foi o método científico pelo qual o inconsciente pode ser estudado”.

Sigmund Freud

A articulação da psicanálise em uma Clínica-escola tem sido disposta em alguns dos campos universitários do Brasil, como possibilidade de intervenção. Alguns trabalhos institucionais articulados no contemporâneo, são configurações atualizadas do trabalho analítico feito no início do século XX, como apresenta Christian Dunker (2021, p. 52) ao relacionar o boom do saber psicanalítico e o que isso implicava à sociedade da época.

Se observarmos vários estudos recentes interculturais e históricos sobre o início da psicanálise, perceberemos que esta compreendia clínicas populares, inclusões em clínicas públicas e a combinação colaborativa com instituições do Estado, como a Clínica Tavistok, em Londres.

Sigmund Freud forjou um método particular e inédito de produzir ciência e conhecimento, se depara com os sintomas corporais de seus pacientes e a partir do trabalho analítico tenta dar conta dessa produção sintomática que lhes acometiam. No entanto, é na consistência da linguagem, da pulsão e da fantasia que este inventivo autor percebe enlances entre os sintomas corporais e a fala do sujeito. Ele inaugurou o pensamento psicanalítico, uma nova tradução sobre a psique humana, a fim de superar paradigmas médicos, sociais e religiosos de uma época e, fundamentalmente, tratar seus pacientes, dando voz ao sintoma. Essa ruptura com o pensamento tradicional ocidental faz com que Freud sustente sua perspectiva inédita operando no campo da vida inconsciente dos sujeitos. Os saberes influenciados pela obra deste autor variam sob as inequívocas grandezas da experiência humana, a Ciência, a Filosofia, as Artes, a Literatura, a Neurociências, a Psicologia, entre outras.

No fim do século XIX, havia outro médico implicado no desenvolvimento de um método terapêutico. Josef Breuer constatou que os sintomas eram resíduos das experiências emocionais, e o caráter particular de cada um dos sintomas se explicava pela relação com a cena traumática. O que levou Freud a concluir que o sofrimento histérico possuía íntima relação com as reminiscências do sujeito.

No texto em que há uma “Comunicação Preliminar” sobre a psicanálise, de 1893, Freud considerou a importância da pesquisa sobre a “neurose maior”, que assim era chamada pelos franceses a histeria. Para Freud, o trabalho de Jean-Martin Charcot ajudou a compreender as paralisias traumáticas que apareciam na histeria, e para promover tal compreensão, Charcot adotou o método hipnótico e o da sugestão, que posteriormente seriam abandonados; pois o investimento metodológico de Freud transformou a Psicanálise num modelo de tratamento não diretivo. (BREUER; FREUD, 1893/1990, p. 17)

Freud iniciou o percurso psicanalítico através do tratamento das neuroses clássicas, especificamente o da histeria. De todo modo, a Histeria “não se trata de uma afecção cerebral orgânica, mas desse enigmático estado que desde o tempo da medicina grega é denominado histeria e que pode simular todo um conjunto de graves perturbações” e tem a origem terminológica constituída através de um saber sobre o feminino. O sintoma, a partir da psicanálise, torna-se um resíduo que realça o conjunto de símbolos mnêmicos da experiência traumática. (FREUD, 1913/1996, p. 19).

Nos “Estudos sobre a Histeria” de 1895, o marco inicial da clínica freudiana e o único escrito em conjunto com Breuer, traduz com detalhes os sintomas e a evolução dos atendimentos realizados pelo próprio Breuer e Freud. Nesta obra, em uma época vitoriana que a Histeria era enigmática e mal compreendida, se menciona uma regra fundamental da relação analítica que a atendemos ainda hoje: associação livre.

A regra de associar livremente foi elaborada pela famosa paciente de Breuer, Anna O. O diagnóstico dado por Breuer era tido como Histeria e o tratamento partiu da técnica hipnótica e do método catártico. O método catártico era um convite para que a paciente (em estado hipnótico) recordasse o momento e a circunstância que o sintoma foi produzido pela primeira vez, e exigia o uso da hipnose profunda, pois neste estado a fronteira do normal e do patológico escapava a fala. “O caso da Srta. Anna O.”, em questão, se refere à história de uma mulher vienense de 21 anos, poliglota, judia, de família ortodoxa e que suportava um extremo controle dos pais. A queixa de perturbações físicas e psíquicas variavam que se desenvolviam a partir de paralisias, oculares, dificuldades em manter a cabeça erguida, tosses, repulsas a alimentos, redução da potencialidade de expressão verbal e que a levou, até mesmo, a uma impossibilidade de compreender a própria língua materna. O acontecimento a levá-la para os cuidados clínicos com Breuer foi precipitado quando seu pai caiu adoecido gravemente devido a tuberculose. (FREUD, 1895/2016, p.16).

Eu chegava ao anoitecer, quando a sabia em hipnose, e removia-lhe todo o estoque de fantasias que havia acumulado desde minha última visita. Isso devia efetuar-se de modo bastante completo se se quisesse obter um bom resultado. Ela então se acalmava inteiramente, no dia seguinte mostrava-se amável, dócil, diligente, até mesmo alegre; no segundo dia, cada vez mais temperamental, renitente, desagradável, o que recrudescia ainda mais no terceiro dia. Nessa disposição, mesmo na hipnose, nem sempre era fácil movê-la a se expressar, procedimento para o qual ela havia inventado o nome, apropriado e sério, de “talking cure” (cura pela fala) e o humorístico “chimney sweeping” (limpeza de chaminé). (FREUD, 1895/2016, p.36).

Os ditames médicos, em face dos fenômenos histéricos, extenuados pela anatomia, fisiologia e patologia tornaram-se insuficientes para a busca etiológica do sintoma histérico e fez com que Freud distanciasse o método psicanalítico do contexto médico, que muito era representado em sua época pela psiquiatria phineriana, no qual deslocavam e isolavam os que sofriam. Caso não fosse possível diagnosticar um distúrbio orgânico, de causas físicas, como as lesões cerebrais ou no sistema nervoso, eram denominadas, tais doenças nervosas, por neuroses.

Freud advogou em favor da Psicoterapia durante toda sustentação teórica da psicanálise, mesmo que para alguns profissionais parecesse um produto místico e, se comparada ao método prescritivo do uso das medicações, soava a-científica. Embora seja uma das práticas fundamentais da Clínica-escola, a psicoterapia é um planejamento prático sustentado durante o processo de acompanhamento psicológico. Para Freud (1905/1977), a psicoterapia não é um procedimento moderno, mas remonta a características da medicina primitiva e da medicina da antiguidade.

Os estudos freudianos não romperam com o percurso histórico conceitual da psicoterapia. Segundo Sauret (2008), decerto, acrescem um rigor ético que tanto se põe a repetir na formação clínica: escutar aquele que sofre.

Psicoterapia era, em 1904, um método de trabalho pertencente à medicina, que procurava curar as doenças ditas nervosas por meios psíquicos e não por meios físicos. Tais doenças eram a histeria, a neurastenia, a melancolia, entre outras. A própria classificação destas doenças era confusa; entre 1890 e 1910, Freud propôs diversas formas para estabelecê-la. (MEZAN, 1996, p. 95)

Esse novo saber constituído pela clínica, tomado pelo nome Psicanálise, propõe ocupar um lugar privilegiado na escuta do sujeito e encontra na psicoterapia o instrumento possível. O que Freud chamava de psicoterapia naquela época, já não se enquadra tanto ao que entendemos como psicoterapia hoje, visto que em meados do séc. XIX e XX era uma delimitação restrita à área médica e, no contemporâneo, corresponde a uma prática clínica que Profissionais da Psicologia exercem a partir de variadas abordagens psicológicas. Caso não fosse possível diagnosticar um distúrbio orgânico, de causas físicas, como as lesões cerebrais ou no sistema nervoso, eram denominadas, tais doenças nervosas, por neuroses.

Clínica e Psicanálise

Podemos compreender a Psicanálise neste discurso entrelaçado e sua relação com o sofrimento humano. Freud relaciona-a conforme

Psicanálise é o nome: 1) de um procedimento para a investigação de processos psíquicos que de outro modo são dificilmente acessíveis; 2) de um método de tratamento de distúrbios neuróticos, baseado nessa investigação; 3) de uma série de conhecimentos* psicológicos adquiridos dessa forma, que gradualmente passam a constituir uma nova disciplina científica. (FREUD, 1921/2011, p. 274).

Nesse sentido, a Psicanálise trata de alcançar a importância da pormenorização de uma experiência investigativa diante do que lhe é de objeto específico: os processos psíquicos, o método de tratamento e o subjetivo. A pesquisa freudiana permite abordar o conceito da linguagem das relações sociais, as quais atravessam o discurso formativo explorado no serviço da clínica-escola.

Enquanto a clínica particular é constituída por um *setting* específico e individual priorizando o atendimento, a clínica de ordenamento público, especificamente numa Clínica-escola, prioriza a feitura de pesquisa e a formação do futuro profissional. Essencialmente, estes dois modelos constitucionais surgem como efeito para dar suporte a escuta realizada. O objetivo dos atendimentos gratuitos, dentro de um contexto de extrema injustiça social do qual fazemos parte como brasileiros, é levar o tratamento psicológico às pessoas que antes eram impedidas de ter acesso a este processo pelo motivo de não possuírem condições financeiras suficientes para arcar.

Estar atento ao tempo histórico e às demandas atuais que chegam tanto na clínica quanto nos espaços públicos é parte deste desdobramento, pois, com o entrelace do sujeito e a sociedade se forja a matéria prima de uma estrutura dinâmica de cuidado. Neste sentido, a intervenção psicanalítica no estágio clínico de acompanhamento psicológico é fundamento para muitos formandos do curso de graduação em Psicologia que compõe um método de tratamento e toma por configurações cabais a tradução sintomática da própria experiência de sofrimento de um sujeito e de uma época.

A presença da Psicanálise em diversos setores sociais, como no atendimento desenvolvido no SUS, no SUAS, na educação, na promoção e garantia dos direitos humanos, na escuta de adolescentes em conflito com a lei, no atendimento à população de rua desenvolvido nas próprias ruas e em instituições, em clínicas gratuitas, na saúde mental, na luta antimanicomial, na formulação e implementação de políticas públicas etc., fortalece a interlocução com sua continuidade nas clínicas-escolas.

Foucault (1997, p. 121) irá nos mostrar que a clínica possui lugares de enunciados a qual, tomada pelos domínios do saber médico, necessita de uma outra lógica de operações, vide descrever o exercício concreto dessa percepção enunciativa. Neste sentido a observação clínica supõe a organização de dois domínios conjugados: os domínios hospitalar e pedagógico. “O domínio hospitalar é aquele em que o fator patológico aparece em sua singularidade de acontecimentos e na série que o cerca” (p. 123), e desse modo a experiência enviesada pelo ambiente institucional ancora saberes dispostos, bem como, estrutura seus aspectos de manifestação. A não existência, portanto, da “diferença de natureza entre a clínica como ciência e a clínica como pedagogia” (p. 125) tateia o próprio campo formativo.

Embora existam domínios elencados

a Clínica não se pode reduzir a local de “prática”, onde os alunos exercitem os métodos e técnicas ensinados no curso, para aprender a manejá-los mais adequadamente, nem se pode transformar em mais um “centro de saúde da comunidade”, que acolhe os excluídos do atendimento pela rede dos serviços de saúde, em detrimento da formação do futuro psicólogo. (BARROSO et al., 2009, p. 46)

Alguns estudos articulam impasses enfrentados pelas clínicas-escolas e tensionam o motivo de estarem calcados no globo institucional. Necessariamente, uma clínica-escola prestará serviços à formação discente e à comunidade, atravessando regências institucionais, como o calendário acadêmico e a limitação do tempo de supervisão, por exemplo. Trata-se de condições institucionais que devem ser levadas em consideração e pensadas como características das clínicas-escolas que se organizam a partir e em função de cada curso.

Para Guirado (1997) há um campo intersticial que transita em um mesmo tipo de pensamento em práticas diferentes seja de pesquisa ou atendimento clínico, e pelo qual precisaríamos trabalhar o recorte metodológico a permitir dar movimento para o sujeito institucional:

enquanto conceito dobradiça para à inserção institucional e à singularidade do sujeito. Nesse sentido, a clínica psicanalítica desenvolve-se como corpus privilegiado e não vetorizado a algum grau de pertença entre os lugares subjetivos, visto que as implicações subjacentes à escuta e sua produção subjetiva é dividida em duas ordens de funcionamento, relativas ao consciente e ao inconsciente, e essencialmente constituída pela sintaxe do inconsciente. Em contrapartida, para elucidarmos as diversas relações possíveis, a psicanálise em sua espessura, nos mostra que o sujeito que deseja – cada um a seu modo - revela uma posição subjetiva diferente.

A construção do enfrentamento de possíveis impasses vividos na instituição, além das trincheiras da supervisão que se articulam às urgências subjetivas do processo, foi preciso recorrer aos pontos cardiais da clínica constituída por Freud, o que surtiu efeito apriorístico e simultâneo aos acontecimentos clínicos levados à supervisão.

Lições da Psicanálise, Repetição e Transferência

Freud (1910/1996) apresenta em uma conferência 5 lições que seu processo semiológico e terapêutico pode delegar. A primeira lição pode ser destacada pelo processo de caracterização dos sintomas histéricos, dificuldades relativas à sua conjectura clínica e a tentativa de chegar a uma teoria psicológica que demarque o primeiro lugar dos processos afetivos.

Conforme opção de tratamento, a hipnose teve grande efeito inicial para a produção psicanalítica, porém, não foi a partir desta técnica que sucedeu o empenho analítico, mas sim pela descoberta clínica da associação livre, a qual segue como base para constituição psicanalítica.

A segunda lição é retratada pela descoberta do mecanismo da repressão. Freud considerava a inibição de certas memórias um fator visível de sua prática clínica e a recomendação para que seus pacientes conscientemente recordassem ao máximo momentos traumáticos da vida era dificultada pela força (resistência) que detinha tais reminiscências. Tal resistência ao surgimento do conteúdo das memórias escondidas é desfeita aos poucos, ao longo de um processo em que o manejo da transferência possibilita a emergência e leitura dos sintomas. A repressão, de todo modo, visa evitar o desprazer do indivíduo, como uma forma de proteção, ou de autoconservação. O princípio do prazer, projeção fundamental deste mecanismo, é elaborado melhor por Freud em “Além do princípio do prazer” de 1920.

Podemos situar que os conceitos trabalhados por Freud em “Além do princípio do prazer” ganham tons maiores, como o conceito de repetição, que recebe ênfase e desenvolvimento sobre sua característica de compulsão. A repetição já era um questionamento para o autor desde seus comentários sobre as neuroses de guerra, e em como os sonhos dos soldados repetiam ações dolorosas em que perdiam os membros do corpo ou reviviam situações extremamente desprazerosas.

A grande questão que parecia até então não ter solução era o motivo pelo qual os pacientes traziam queixas repetindo aquilo que lhes causava dor. Após sua tentativa de separação no que seriam influências de instintos de vida e de morte sobre o psiquismo, a compulsão a repetição surge nesse contexto ligada ao instinto de morte e como essa necessidade do organismo de voltar a um estado de tensão zero prevalecia nesse movimento.

Contudo, tornou-se cada vez mais claro que o objetivo que fora estabelecido – que o inconsciente deve tornar-se consciente – não era completamente atingível através desse método. Dessa maneira, ele não adquire nenhum sentimento de convicção da correção da construção teórica que lhe foi comunicada. É obrigado a repetir o material

reprimido como se fosse uma experiência contemporânea, em vez de, como o médico preferiria ver, recordá-lo como algo pertencente ao passado. Essas reproduções, que surgem com tal exatidão indesejada, sempre têm como tema alguma parte da vida sexual infantil, isto é, complexo de Édipo, e de seus derivativos, e são invariavelmente atuadas (acting out) na esfera da transferência, da relação do paciente com o médico (FREUD, 1920/1996, p.28).

A repetição, para Freud, aparece como um movimento de reprodução no caminho de que o passado deveria retornar ao presente, para que o material inconsciente pudesse então se tornar consciente, tendo esses conteúdos uma relação com o que colocava sobre o complexo de Édipo e a via de atuação na transferência com seu analista. O caráter temporal, nesse âmbito, introduz o primeiro ponto importante para pensar a repetição nesse momento e em como sua leitura se fazia para conduzir o caso que se apresentava. Aqui, a reprodução do passado era necessária para que houvesse uma tentativa de elaboração do conteúdo que foi reprimido.

Mas, como se acha a compulsão a repetição – a manifestação do poder do reprimido – relacionada com o princípio do prazer? É claro que a maior parte do que é reexperimentado sob a compulsão a repetição deve causar desprazer ao ego, pois traz à luz as atividades dos impulsos instintuais reprimidos (...) Contudo, chegamos agora a um fato novo e digno de nota, a saber, que a compulsão à repetição também rememora do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação, mesmo para impulsos instintuais que desde então foram reprimidos (FREUD, 1920/1996, p.30).

Freud se apoia na aposta que mantém em seu outro texto “Recordar, repetir e elaborar” (1914), que essa seria a saída para trabalhar a neurose, e inclusive guiar o analista em seu trabalho. Tratar-se-ia de repetir para então conseguir elaborar aquela determinada questão. Sua própria concepção de transferência, que podemos acompanhar em “A dinâmica da transferência” (1912) se apoia na tese de que a rememoração das imagos paternas e maternas vindas do passado seriam então transpostas à figura do analista e isso determinaria o caráter positivo ou negativo dessa relação dual transferencial.

Durante um processo psicanalítico o sujeito pode reencontrar o conteúdo que estava reprimido, porém, o acontecimento do conteúdo emergido sofre deformações devido a sua resistência que quanto maior for mais influencia a mutação de tal conteúdo. Devido a sua ligação com o princípio do prazer, a resistência tende realizar um processo de organização tensionada, ela serve de roupagem para o aparelho psíquico e dita a ordenação conflitiva do inconsciente.

A terceira lição da psicanálise refere-se a técnica como investimento na direção substitutiva dos elementos deformados - aqueles que foram reconduzidos pela linguagem, e nesse caminho, transformados pela composição da resistência -, e integra os atos propositais do inconsciente para o sintoma. A técnica (livre associação, interpretação dos sonhos, atos falhos e chistes) permite a interpretação dos sintomas. Constrói-se determinada configuração analítica perante o ato destas relações linguísticas e a transferência clínica finda o deslocamento empreendido pela escuta (do próprio sujeito enquanto disponibiliza fala). A técnica toma como princípio uma atitude que investiga o trauma original do sujeito a partir de seus lapsos de linguagem.

Nesse sentido, o convite do estudante-analista para que o paciente associe livremente é fundamental, para que o paciente crie sua própria condução e se depare com os seus desvios linguísticos. Através do chiste, o alcance ao reprimido é dado por escoamento do trauma, sem causar a dor da exposição de uma ferida não tratada. Freud recorre ao conceito do chiste de modo mais proeminente em “Chistes e suas relações com o inconsciente” de 1905.

Os atos falhos são fenômenos comuns que não se costumam atribuir-lhe importância. Segundo Freud (1910/1996, p. 20), os atos falhos são atitudes extraordinariamente significativas que dispõem de interpretações fáceis e seguras, tendo em vista a situação em que ocorre. Entende-se que estas atitudes representativas do desejo recalçado expande o alcance analítico e o sintoma do paciente, que com sua verve em rota para expelir-se pela fala ganha uma outra presença da realidade traumática.

Deste modo, enquanto o paciente alude, por meio do sintoma, ao que é procurado, a associação livre permite que suas queixas tomem um singular caminho à consciência.

A resistência tende a deformar expressões trazidas à consciência e corporificar a seu modo, quanto maior a resistência maior a deformação, quanto menor a resistência menor são as deformações e mais organizado se torna a busca do que está esquecido. O material dito pelo paciente, intervalado pela associação livre, está sob resistência, e aos escombros representativos do estudante-analista. Para Freud (1910/1996, p. 25), o psicanalista escuta a fala do sujeito de modo a representar o trabalho de extração de minério, para que haja a extração de um metal precioso.

Já em relação ao sonho, que compreende a realização disfarçada de um desejo reprimido e suspenso por raízes da vida infantil, podemos integrar a obra “A interpretação dos sonhos” de 1900 que atribui ao processo de interpretação e retoma o parâmetro que questiona o entendimento dos povos antigos sobre projeções do imenso arcabouço de fantasias, durante o sono e os transforma em uma espécie de profecia inconsciente. A interpretação dos sonhos é outro recurso para se sondar o psíquico. Freud fortalece a importância de lapidar-se pela análise onírica, tanto que em sua conferência de 1910, há uma menção sobre o fazer-se psicanalista, que até então era apenas pelos estudos dos próprios sonhos, porém, isso é ampliado no trabalho sobre “A questão da análise leiga” de 1926, onde as direções da prática clínica da psicanálise desencadeiam para uma versão ampliada e tripartida dessa relação de cuidado. Essas novas direções técnicas são decisivas através do tripé da análise pessoal, estudos sobre a teoria e prática clínica. No contexto da Clínica-escola podemos incluir a importância deste tripé conter o trabalho supervisionado.

Barroso et al., (2009) defendem que o caminhar é confeccionado artesanalmente, e a partir de sua articulação da prestação de serviço com o ensino e pesquisa numa universidade, pode resultar um território de genuína aprendizagem, já que ele não se propõe a uma mera transmissão de conteúdos e sim a prática de um fazer absolutamente particularizado e único para cada caso atendido. Neste sentido, a construção de uma postura analítica condiz com a caminhada do corpo ético do desejo e é regida primordialmente pela noção do inconsciente e pelos parâmetros do atendimento institucional que no contexto atribuído é arranjado pelo trabalho do tripé psicanalítico.

O tempo de duração da análise no contexto da clínica-escola é previamente determinado devido ao protocolo de estágio, delimitado pelo período de dois semestres. Com o fim da formação em Psicologia, o estudante-analista se desvincula ao processo do estágio clínico e deste modo, desvincula-se também a realização do acompanhamento psicológico com determinado paciente, a não ser que haja uma transferência estabelecida capaz de prolongar o processo analítico para fora da demarcação institucional. Geralmente, o que se faz ao fim do prazo de atendimento é o manejo de encaminhar a demanda acompanhada. Esse deslocamento é discutido entre o par clínico (estudante-analista e paciente) e nas supervisões. Cada caso demanda certo traquejo e desenvolvimento protocolar, bem como alguns dispositivos públicos de mesma ordem, visto que o registro desses acompanhamentos fica disposto para qualquer necessidade de acesso, principalmente para a pessoa atendida.

A construção de análise, tendo em vista o processo de vínculo com o serviço e com o paciente, pode ser considerada um trabalho preliminar. Freud (1937/1996, p. 284) elenca que “o caminho que parte da construção do analista deveria terminar na recordação do paciente” intitulando o percurso tão valioso quanto qualquer resultado e ainda completa esclarecendo a possibilidade de a análise produzir “uma convicção segura da verdade da construção, a qual alcança o mesmo resultado terapêutico que uma lembrança recapturada”. Nesse sentido, vale a pena mencionar que num contexto institucional dificilmente o sujeito chegará ao fim de uma análise, no entanto, é possível realizar um trabalho profícuo.

A quarta lição freudiana ministrada na conferência de 1910 é parte do esboço teórico que elege os fatos infantis como determinantes para a sensibilidade e traumatismos futuros, entretanto, com a participação subjetiva da análise é possível redescobrir os restos de lembranças e torná-los a consciência adquirindo poder para afastar os sintomas. Deste modo, o exame psicanalítico, adaptado aos moldes da clínica-escola, busca compreender a fixação dos traumas na psique e a implicação subjetiva no processo analítico.

A quinta lição parte do princípio edípico, construído pela relação primordial familiar, e da dinâmica da transferência.

A transferência cunha a importância de sentimentos como amor e ódio, que são parte do caminho, além do lugar que parece ter recebido nas relações de trabalho entre as instituições. Falas como “tenho uma boa transferência com fulano”, falando de certo par ou professor é comum de se escutar. Por falas assim parece que sem isso não haveria como trabalhar ou formar grupo, já que seria necessário transferir-se a alguém ou a uma instituição para que seja possível algum tipo de trabalho.

Cada pessoa estabelece um vínculo com outras ao longo de sua vida, sejam semelhantes ou não. Amigos, familiares, de trabalho etc. Estamos sempre nos relacionando em pares, diversas vezes nas instituições, buscando avançar em trabalhos – sejam atendimentos ou estudos teóricos –, onde por vezes o modelo é o de aprender com quem sabe mais. Transferência não se trata apenas de um dado clínico, já que há transferência fora de uma análise, porém é dentro dela que o estudante-analista pode se servir desse fenômeno para operar um tratamento através do manejo.

Partindo desse ponto, podemos pensar que se não há transferência, então não há demanda a ser trabalhada na clínica-escola, já que essa é uma de suas sustentações. Sua primeira definição enquanto conceito é nos escritos do posfácio do caso Dora (1905/1972):

Durante o tratamento psicanalítico, pode-se dizer com segurança que uma nova formação de sintomas fica regularmente sustada. A produtividade da neurose, porém, de modo algum se extingue, mas se exerce na criação de um gênero especial de formações de pensamento, em sua maioria inconscientes, às quais se pode dar o nome de “transferências”. (p.112-113)

E continua:

O que são as transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas dessas transferências em nada se diferenciam de seu modelo, no tocante ao conteúdo, senão por essa substituição. (p.113)

Algo que parece oriundo do vínculo atual estabelecido entre estudante-analista e paciente, na verdade, seria fruto da reprodução de experiências do passado desse paciente. Transferência então são reedições inconscientes que substituem uma pessoa, uma representação, pela pessoa do analista, atualizando certo vínculo através de uma repetição do passado. Há uma dinâmica aqui onde o paciente irá inserir o estudante-analista em uma das sequências psíquicas que foi formado pelo próprio paciente até aquele momento. A pessoa do analista passa a ser suporte para transferência e identificar esse movimento de repetição e deslocamento do material inconsciente é sua tarefa, pois “as únicas dificuldades realmente sérias são encontradas no manejo da transferência.” (FREUD, 1915/2017, p.165). A importância da transferência no tratamento também coincide com o momento em que podemos iniciar as interpretações para o paciente (FREUD, 1913/2017, p. 142):

A resposta a essa pergunta só pode ser uma: não antes de ter se instalado no paciente uma transferência produtiva, um rapport razoável. O primeiro objetivo do tratamento permanece o de atrelá-lo à terapia e à pessoa do médico. Nada mais precisa ser feito além de lhe-dar tempo. Se demonstrarmos interesse genuíno, afastarmos cuidadosamente resistências que surgiram inicialmente e evitarmos certos erros de conduta, o próprio paciente irá estabelecer esses laços, associando o médico a uma das imagos daquelas pessoas, das quais estava acostumado a receber carinho.

O estudante-analista precisa manejar a transferência para poder operar um tratamento. Desse modo, o trabalho transferencial percorre todo processo de inserção do estudante supervisionado ao atendimento clínico e ao serviço propriamente dito. Precisa-se de tempo para criar uma relação propícia para a transferência se estabelecer, e em seguida deduzi-la, pois só a partir desse lugar pode começar a interpretação na tentativa de fazer o que é inconsciente passar para o consciente. Freud aponta que a análise não cria a transferência, mas sim que se serve dela, revelando-a.

A importância da transferência para os pares institucionais do serviço diz respeito ao tratamento. Dessa forma, em “Sobre o início do tratamento”, Freud (1913/2017) indica que, na análise, tal como no jogo de xadrez, apenas os lances iniciais e finais podem ser apresentados de forma sistemática, e que existe uma infinidade de jogadas que podem ser decididas a partir desse início. Nesse texto, quando discute as dificuldades sobre o início do tratamento, ele chama a atenção para questões transferenciais que podem se interpor, mas que à primeira vista parecem insignificantes. Para Freud, corre-se o risco de o paciente ir ao encontro do analista com uma “atitude transferencial já estabelecida” (p. 166).

Pensando nos pacientes da clínica-escola, que com frequência percorrem longos caminhos antes de chegar até o serviço, que às vezes já portam um diagnóstico que os identifica e com o qual também se identificam e que sabem descrever seus sintomas quase pedagogicamente. Muitas vezes são pacientes que vão até os serviços apenas para corroborar o que já sabem, e não encontram possibilidades de deslocar a sua queixa, de subjetivar o seu sintoma ou de se fazerem escutar para além deles. A chegada do paciente ao serviço de saúde mental se faz por diversas vias, mas invariavelmente a indicação não é nominal como nas clínicas particulares, e sim para o serviço. Com isso urge uma questão interposta sobre o estabelecimento da transferência: a necessidade do deslocamento da transferência em relação à instituição (passado) para o analista (presente) se faz necessária para que aconteça o tratamento analítico.

Diante disso, voltemos à noção da transferência mais uma vez, de modo que a atualização de questões passadas na relação com o estudante-analista seja desdobramento do próprio sujeito em busca de autonomia subjetiva.

Portanto, podemos pensar que o passado, poderia ser o percurso de tratamentos e diagnósticos que traz consigo o paciente, atualizando-se, muitas vezes, nesse encontro com a instituição e com quem o acolhe. É necessário que haja transparência entre o estudante-analista e paciente. Visto que a interlocução entre os dois, será traduzida por duas construções distintas.

Em qualquer situação, é condição indispensável para que o atendimento produza algum tipo de efeito do estabelecimento da transferência entre o paciente e o serviço, assim como entre o paciente e o futuro profissional. Pois se a transferência se constitui através de uma relação individual com o analista, essa relação passará também pelo agenciamento do próprio espaço coletivo como dispositivo, com o cuidado de criar condições para que se possa desdobrar em uma abordagem singular do sujeito. A transferência deve compor a mola central desse tratamento e possibilitar os efeitos da interpretação.

Considerações finais

Para concluir, resalto que apesar da impossibilidade de abranger toda a complexidade do tema, esse trabalho visou abrir e pontuar algumas questões que parecem ser decisivas para o fazer clínico em um serviço de saúde mental operado por acadêmicos e trabalhadores da universidade. Os impasses enfrentados no manejo de uma triagem e na estratégica relação de encaminhamentos foram discutidos na supervisão e configuraram o percurso interventivo deste ano na clínica-escola, e a intenção epistemológica dos estudos de Foucault e Freud foram balizares para o decorrer do trabalho, servindo-se de desdobramentos que permitiram a fala ao sujeito psíquico institucional, ou ainda, o matriciado em relações institucionais. (Guirado, 2010). Evidencia-se assim – pois isso demanda ser repetido – que compreender as noções operadas por um estudante-analista é fundamental para introduzir um pouco de disposição numa interrogação sobre a possibilidade da psicanálise em qualquer lugar, com o empenho supervisionado, seja numa clínica aberta, nos espaços públicos, ou no espaço institucional.

Mas Por fim, proponho ainda um questionamento: Que tipo de relações com os pares institucionais estamos tentando estabelecer? Temos um campo onde é difícil a criação do novo, assim talvez como em certas condições analíticas, mas não se pode esquecer que toda decisão é uma decisão política.

O que se repete em análise convoca o analista a estar atento ao percurso discursivo e, uma vez compreendida a dimensão produtiva propiciada pelas vias de uma análise, de antemão chegaremos a resultados, significativos ou catastróficos. Quanto mais entendermos a relevância e utilidade dos conceitos para utilizá-los em nossa prática de leitura clínica, mais estaremos advertidos de que o caminho se dará através deles, bem como de suas consequências ao longo do tratamento.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Inês Lacerda. **Foucault e a crítica do Sujeito**. 2. ed. Curitiba: Editora da UFPR, 2008.

BARROSO, Suzana Faleiro et al. A clínica de psicologia: Unidade Coração Eucarístico. **Psicologia em Revista**, ed. ouro, p. 41-52, 2009. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/370/367>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 610-613, 12 jan. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/pDT8dGNS6nZbZPLdKVVksQN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2022.

BLEGER, Jose. **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. **Comunicação Preliminar**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume II. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. **Estudos sobre a histeria**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume II. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, **Código de Ética Profissional do Psicólogo**, Brasília, agosto de 2005. Vieira MC. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/legislacao/codigo-de-etica> Acesso em: 20 abr. 2022.

CRUZ, Nina Velasco e; QUEIROZ, André. **Foucault hoje?**. 1. ed. rev. Rio de Janeiro: 7Letras, 2007. Disponível em: https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Artigo%20Michel%20Foucault%20e%20a%20Clinica_Estellita-Lins.pdf. Acesso em: 19 set. 2022.

FINK, Bruce. **Fundamentos da técnica psicanalítica: uma abordagem lacaniana para praticantes**, São Paulo: Editora Edgard Blucher, 2017. Disponível em: https://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Fundamentos_da_Tecnica_Psicanalitica.pdf. Acesso em: 02 mar. 2022.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

_____. **As Palavras e as Coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. 8. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. **O nascimento da clínica.**, Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4325478/mod_resource/content/1/FOUCAULT_M_O_Nascimento_da_Cl_237_nica.pdf Acesso em: 08 abr. 2022.

FREUD, Sigmund. **A dinâmica da transferência.** Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume XII. Rio de Janeiro: Imago. 1976.

_____. **Além do princípio do prazer.** Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume XVIII. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

_____. **Análise terminável e interminável.** Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, Volume XIX, 2018.

_____. **A questão da análise leiga.** Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume XI. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

_____. **Cinco lições de psicanálise.** Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume XI. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

_____. **Construções em análise.** Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume XXIII. Rio de Janeiro: Imago. 1975.

_____. **Deve-se ensinar a Psicanálise nas universidades?** São Paulo: Companhia das Letras, Volume XIV, 2011.

_____. **Fragmento da análise de um caso de histeria.** Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume VII. Rio de Janeiro: Imago. 1972.

_____. **Inibições, Sintoma e Ansiedade.** Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume XX. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

_____. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise.** Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume XII. Rio de Janeiro: Imago. 1976.

_____. **Recordar, repetir e elaborar:** novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume XII. Rio de Janeiro: Imago. 1976.

_____. **Sobre o Início do Tratamento.** Obras Incompletas de Sigmund Freud – Fundamentos da Clínica Psicanalítica. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017

_____. **Psicologia das Massas e Análise do Eu e outros textos.** São Paulo: Companhia das Letras, Volume XV, 2011.

GEWEHR, Rodrigo Barros et al. **Sobre as práticas tradicionais de cura:** subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. **Psicologia USP.** São Paulo, v. 28, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/130683/127063>. Acesso em: 22 ago. 2022.

GUIRADO, Marlene. **A Análise Institucional do Discurso como analítica da subjetividade.** 2009. 316 f. Tese para obtenção para o título de Livre-Docente – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em:

<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/47/tde-24082009-094342/pt-br.php> Acesso em: 01 jun. 2022.

GUIRADO, Marlene. Vértices da Pesquisa em Psicologia Clínica. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 8, n.1, p. 143-155. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/Sy9BbKk6CbGkV8fj6mLnjXB/?lang=pt#>. Acesso em: 05 jun. 2022.

LINS, Carlos Estellita. **Filosofia e clínica na arqueologia do saber**. In: QUEIROZ, André; CRUZ, Nina Velasco. 1. ed. rev. Rio de Janeiro: 7Letras, 2007. Disponível em: https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Artigo%20Michel%20Foucault%20e%20a%20Clinica_Estellita-Lins.pdf. Acesso em: 15 set. 2022

MARCOS, Cristina Moreira. Reflexões sobre a clínica-escola, a psicanálise e sua transmissão. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 205-220, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/7qXjFT53Nq7ykdcxkfnYkrs/?lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2022.

MEZAN, Renato. Psicanálise e psicoterapias. **Estudos Avançados**. 1996, v. 10, n. 27, pp. 95-108. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/FFh4wC8ZbYKTgzxNLrNy9HP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jul. 2022.

SANTOS, Jomábia; DAUER, Erika; MARTINS, Karla. UMA PSICANÁLISE POSSÍVEL: ENTRELACEMENTOS DE UMA PRÁTICA PSICANALÍTICA EM UMA CLÍNICA-ESCOLA NO SERTÃO CENTRAL DO CEARÁ. **Revista Expressão Católica Saúde**, Ceará, v. 2, ed. 1, p. 73-76, 28 abr. 2018. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/2100/pdf>. Acesso em: 26 abr. 2022.

SAURET, Marie-Jean. Psicanálise, psicoterapias, ainda... **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v.8, n.1, abr. 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000100004&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 03 nov. 2022.

SILVA, Wânia Suely Santos da et al. Das possibilidades de trabalho com a psicanálise no contexto de uma clínica-escola. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 143-156, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100009 Acesso em: 06 maio 2022.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. **AS PRÁTICAS E OS SABERES MÉDICOS NO BRASIL COLONIAL: (1677-1808)**. 2012. f. 180. Dissertação (Pós graduação em História) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca. Disponível em: https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/dissertacao-final_ana-carolina-viotti.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.