



PUC RIO

VALÉRIA RODRIGUES DIAS

NA PRÁTICA A TEORIA É OUTRA...
REFLEXÕES ACERCA DA PRÁTICA CLÍNICA PSICANALÍTICA EM
INSTITUIÇÕES UNIVERSITÁRIAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

RIO DE JANEIRO, 23 DE AGOSTO DE 1996

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea

CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil

<http://www.puc-rio.br>

150
D541m

N.Cham. 150 B541a TESE UC

Autor Dias, Valéria Rodrigues

Título Na prática a teoria é outra



PUC-Rio - PUCB

88007

00129372

88007

ue-00088541-7



TV

129372

150

D541m

TESE ue

VALÉRIA RODRIGUES DIAS

NA PRÁTICA A TEORIA É OUTRA...

**REFLEXÕES ACERCA DA PRÁTICA CLÍNICA PSICANALÍTICA EM
INSTITUIÇÕES UNIVERSITÁRIAS**

Dissertação apresentada ao
Departamento de Psicologia da
PUC/RJ, como parte dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Orientadora: Junia de Vilhena

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica

Rio de Janeiro, 23 de agosto de 1996.

A Ricardo, meu marido,
por tomar minha vida tão preciosa...

AGRADECIMENTOS

- à Junia Vilhena que em sua forma doce de ver a vida transformou o que seria uma formalidade acadêmica em mais uma deliciosa e gratificante jornada. Obrigada por sua afetuosa dedicação e por acreditar em mim.
- aos meus pais, Albano e Irene, parceiros dos meus vãos e rumos, referências de carinho, dignidade e dedicação.
- ao Fábio, irmão e companheiro, pela fidelidade de sua temura.
- à Alba que me ensinou o delicado manejo da vida, seus e horizontes no cotidiano da razão e do sonho.
- à Dirce, grande amiga, pelas importantes discussões e valiosas sugestões que de forma inestimável enriqueceram esta dissertação.
- à Lígia, sempre disponível, por contribuir carinhosamente na revisão desse trabalho.
- aos entrevistados que possibilitaram a realização desta dissertação, pela disponibilidade e confiança em mim depositada.
- aos professores, funcionários e colegas do Departamento de Psicologia que apoiaram a realização desta dissertação.
- ao CNPq, pelo apoio financeiro prestado durante a elaboração deste trabalho.

RESUMO

O objetivo principal dessa dissertação é identificar as especificidades do atendimento psicanalítico em instituições universitárias. Características institucionais tais como o limite de tempo de tratamento, diferentes formas de pagamento, o tipo de clientela, o aluno-terapeuta e a supervisão em grupo estabelecem diferenças na prática clínica que muitas vezes escapam às tradicionais formulações freudianas. Assim, através de dez entrevistas feitas com psicanalistas que trabalham como supervisores em duas instituições, procuro descrever as peculiaridades da prática clínica psicanalítica nesses locais. A partir da comparação entre as formulações freudianas e a prática clínica desses locais destaco alguns problemas que surgem nesse contexto. Para subsidiar essa discussão apresento uma revisão da literatura freudiana e alguns estudos realizados por autores brasileiros relativos à essa questão. Dessa forma, explico a necessidade da realização de uma pesquisa mais sistemática sobre o trabalho feito em tais instituições bem como uma maior reflexão sobre alguns procedimentos institucionais.

ABSTRACT

The primary purpose of this dissertation is to show the distinctness of the psychoanalytical treatment as practised in the university clinics. Institutional peculiarities, such as limited time of treatment, different forms of payment, kind of clientele, student-therapist roles and group supervision, impose a specificity that many times escapes the traditional freudian technique. We have interviewed ten psychoanalysts who work as therapists' supervisors in two different institutions in order to achieve a clear picture of the psychoanalytic technique as practised today in institutions of such kind. Comparing both the freudian formulations with the actual practice developed in those institutions we were able to single out the most problematic issues which arise in such context. We also reviewed the freudian literature and compared it with the recent academic production of Brazilian authors concerned with the same questions. Finally, through the answers we've got in our interviews, we were able to demonstrate the need for a more systematic research concerning the work that is being done in those institutions as well as the need to review some of the institutional procedures.

"O conhecimento ocidental caminha ao contrário da natureza: enquanto ele enfoca a certeza, o positivo e o objetivo, na natureza domina a incerteza, a contradição, o aleatório e o subjetivo."

Janus Moro

Palavras Chaves:

- 1. Psicanálise**
- 2. Instituições Universitárias**
- 3. Psicanálise e Cultura**
- 4. Transmissão da Psicanálise**
- 5. Assistência ambulatorial**

SUMÁRIO

I- Introdução	1
II- Psicanálise e Contexto Sócio-Cultural	7
III- A Psicanálise que se Pratica: O Atendimento Clínico nas Instituições	
Universitárias	23
1. Uma breve apresentação	23
2. Sobre a prática clínica ambulatorial	28
3. Sobre o limite de tempo de tratamento	53
4. Sobre o pagamento	72
5. Sobre a clientela	87
IV- Atendendo nas Instituições: O início da Formação Psicanalítica	104
1. Pensando sobre o aluno	107
2. Pensando sobre a supervisão	119
V- Conclusão	143
VI- Referências Bibliográficas	155

I- INTRODUÇÃO

Algumas interrogações certamente se fazem presente quando pensamos sobre a prática clínica psicanalítica em serviços ambulatoriais de instituições universitárias. De saída, percebe-se que as circunstâncias do trabalho nestes locais em muito se distanciam daquilo que no nosso imaginário definimos como o contexto ideal da psicanálise. Um atendimento clínico com data para terminar, uma instituição dividindo com o terapeuta o lugar de objeto de investimento, um terapeuta que não é procurado nominalmente, mas como membro da instituição, uma supervisão em grupo, diferenças na forma de pagamento, um terapeuta no início da sua formação, etc., todas essas especificidades determinadas pelas condições institucionais fazem emergir inúmeras problematizações: que efeitos essas especificidades trazem para a prática clínica desses locais? Como articular esta prática clínica aos preceitos da teoria freudiana? Afinal, a prática psicanalítica está sofrendo modificações? Que tipo de psicanálise está sendo praticada nos serviços ambulatoriais? São interrogações como estas que despertaram o interesse para a elaboração do presente estudo.

O objetivo deste trabalho, portanto, visou identificar e entender como as especificidades institucionais são incorporadas e tematizadas quando cotejadas com a teoria freudiana, e discutir as inflexões específicas que elas imprimem no trabalho ambulatorial. Meu interesse, assim, foi investigar como os psicanalistas percebem e teorizam sobre o trabalho feito nas instituições ambulatoriais tendo em vista o referencial teórico disponível nas elaborações freudianas. Por exemplo, o limite de tempo de tratamento designado pelas instituições universitárias apresenta-

se como teoricamente incompatível com a atemporalidade dos processos psíquicos. A indeterminação do tempo de tratamento é algo bastante enfatizado por Freud em seus artigos técnicos (1913). Uma outra especificidade desse tipo de atendimento refere-se ao investimento "transferencial" que o paciente também estabelece com a instituição. Assim, é curioso imaginar como os terapeutas dessas instituições lidam com esse tipo de investimento na própria relação transferencial que se estabelece com eles. Além disso, também se configura como um problema para essa rede de investimentos "transferenciais", o fato de, ao final do curso, haver uma troca de terapeuta. Pode-se também discutir, por exemplo, como o manejo do pagamento, assinalado por Freud (1913), pode ser realizado se este é feito na secretaria ou se o atendimento é oferecido por uma instituição pública onde essa questão apresentasse de uma outra forma. Esses são alguns dos problemas que aparecem quando se trata de um atendimento clínico em instituições universitárias. Problemas que sugerem algumas instigantes questões: como será que os profissionais vêem a relação desta prática com a teoria freudiana? Como os psicanalistas lidam com as especificidades institucionais e quais são os efeitos destas na prática clínica desses locais?

Note-se que meu intuito não foi apenas discutir teoricamente as especificidades de um atendimento clínico ambulatorial vinculado à instituições universitárias. Estava principalmente interessada em investigar a visão dos psicanalistas que trabalham como supervisores e/ou coordenadores desses locais. Meu interesse foi perceber a forma como eles lidam com as características institucionais considerando que a **maioria afirmou trabalhar psicanaliticamente nesses locais**. Gostaria de deixar claro que não dispensei o recurso à teoria, no entanto, a minha via de abordagem era outra. Assim, tomei como instrumento principal para meu estudo a realização de entrevistas com os profissionais que exercem um papel fundamental na formação desses alunos. Não só oferecem

respaldo teórico e acadêmico a essa prática institucional como também são, em geral, os primeiros a acompanharem os alunos no início de sua prática clínica.

Também fez parte da motivação desta pesquisa algumas questões desenvolvidas num trabalho anterior intitulado "*Da Definição da Psicanálise Possível num Ambulatório à Definição Possível de Psicanálise*"¹. Tal trabalho tratava da viabilidade do atendimento psicanalítico em serviços ambulatoriais vinculados à instituições universitárias onde procurei identificar: os conceitos centrais de uma definição de psicanálise, a forma como os profissionais definem a prática clínica nestes locais e, finalmente, a viabilidade da psicanálise em tais instituições. Em resumo, está prática clínica seria ou não psicanalítica? A partir daí, percebi que muito mais ainda poderia ser dito sobre as especificidades do contexto no qual essa clínica estava sendo praticada.

De forma bastante distinta de meu trabalho anterior (1994), a **definição da prática clínica ambulatorial** não foi o objetivo principal das minhas indagações atuais. Tentar denominar essa prática como psicanalítica (ou não) não forneceu uma maior clareza a respeito do que efetivamente se faz nesses locais. Assim, já tendo a experiência da complexidade dessa questão, não fez parte do objetivo das minhas entrevistas buscar a definição precisa desta prática clínica. Meu intuito estava agora muito mais voltado para **a forma como os profissionais que intencionam trabalhar psicanaliticamente lidam com as especificidades institucionais**. Isso não significa, no entanto, que a questão sobre a definição da prática ambulatorial perdeu sua importância e relevância. Apenas, o foco de visão foi desviado. Meu interesse maior era o de pesquisar sobre o que estava sendo dito e feito quando se tratava da clínica psicanalítica em instituições universitárias. Desta forma, a interrogação a que estive remetida no trabalho anterior: "é ou não é psicanálise?" serviu, na realidade, como suporte para a emergência e discussão de

¹ DIAS e OLIVEIRA: monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental (habilitação: ambulatório) concedido pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro em abril de 1994.

outras questões de extrema importância e, que, mais diretamente, tratavam das peculiaridades da clínica psicanalítica em instituições universitárias. Como foi acentuado por um entrevistado:

"Quando o aluno entra, em geral, vem com a seguinte questão: O que se faz no ambulatório é ou não psicanálise? Mas o que eu percebo é que muitas vezes isso encobre outras questões muito mais importantes e essenciais para o trabalho".

Portanto, essa importância refere-se ao contexto, no caso, uma instituição universitária, no qual a psicanálise se instala. A inserção da psicanálise em diferentes contextos traz efeitos sobre a forma e o conteúdo predominantes que ela irá assumir nos diversos locais (universidades, ambulatórios, serviços de psicologia, hospitais psiquiátricos, consultórios particulares, etc.). Só se pode pensar a psicanálise de forma contextualizada, ou seja, ela não é imune aos fatores culturais e históricos que a cercam. Sua existência é marcada pelas determinações sociais dos locais onde se instala, pelos problemas que é levada a pesquisar e resolver, e pelas instituições que se responsabilizam por representá-la. Logo, a maneira como a psicanálise é definida, a forma como é praticada e pensada está articulada com a sua própria história, a história da sua construção e transmissão. Não há possibilidade de se pensar a psicanálise como um corpo teórico e prático extra-mundano ou a-social, na verdade, ela é permanentemente marcada pelo que se passa em seus contornos exteriores, pelas determinações sociais e históricas de um dado contexto. Portanto, pensar a inserção da psicanálise em serviços ambulatoriais vinculados à instituições universitárias envolve problematizações bastante específicas que devem ser no mínimo identificadas e pesquisadas.

Dessa forma, considero relevante uma pesquisa que investigue como essas marcas institucionais se refletem na prática clínica. Em outras palavras, como

os profissionais lidam com tais especificidades que escapam ao modelo freudiano. Provavelmente algumas modificações estão sendo feitas em função das determinações do contexto no qual a psicanálise se instala. Que modificações são essas? De que psicanálise se trata? Será que se pode falar de uma nova psicanálise?

À medida em que realizava as entrevistas pude perceber que discutir as especificidades institucionais envolvia outras problematizações. Em primeiro lugar, nem sempre aquilo que um profissional considerava uma marca institucional era visto por outro como alguma questão relevante para a prática clínica. Em segundo, raramente podia ser observado alguma unanimidade de opiniões a respeito de um determinado assunto. Assim, a todo instante deparava-me com uma grande heterogeneidade de relatos que indicavam que além da diversidade de opiniões sobre um determinado assunto, também havia diferenças sobre quais as especificidades institucionais eram tidas como mais ou menos relevantes. Em função disso, fez-se necessária uma breve discussão a respeito da própria heterogeneidade que a concepção de psicanálise pode apresentar.

Diante dessa diversidade de opiniões sobre o trabalho institucional, que muitas vezes indicava a existência de diferenças contidas na própria concepção que cada profissional possui acerca do que é psicanálise, resolvi fazer um recorte de alguns aspectos que percebi como fundamentais para pensar a prática clínica psicanalítica nas instituições universitárias. Optei por investigar os seguintes aspectos: limite de tempo de tratamento, a forma de pagamento, a especificidade da clientela que procura esses locais, o aluno-terapeuta e a supervisão oferecidas por esses cursos. Dessa forma, acredito que, apesar da complexidade que envolve essas discussões, essa pesquisa possibilitou discutir algumas impressões e explorar os problemas que surgem quando se pensa na inserção da psicanálise nas instituições universitárias.

Primeiramente apresentarei as discussões de alguns autores que enfocam a inserção da psicanálise em diferentes contextos sócio-culturais e sua conseqüente heterogeneidade. Essa parte serviu como um subsídio teórico para a elaboração da análise das entrevistas.

Em seguida passarei para a apresentação e discussão das entrevistas propriamente ditas. Inicialmente, justifico a escolha do grupo entrevistado, exponho o roteiro das entrevistas, bem como todas as explicações metodológicas. Num segundo momento, apresento as formulações freudianas contrapondo-as com a análise dos relatos dos profissionais sobre os seguintes aspectos: a prática clínica ambulatorial, o limite de tempo de tratamento, a forma de pagamento e a clientela.

Dando continuidade à análise das entrevistas, o capítulo seguinte destina-se a discussão teórica e à apresentação das entrevistas que enfatizam dois outros aspectos: o aluno-terapeuta (qual é o perfil do aluno e qual a importância da análise pessoal) e a supervisão oferecida por estas instituições.

Finalmente, na conclusão, retomarei de forma breve o que foi anteriormente discutido, e apresentarei algumas considerações sobre o que essa pesquisa pode sinalizar.

"A coisa mais bela que o homem pode experimentar é o mistério. É esta a emoção fundamental que está na raiz de toda a ciência e arte. O homem que desconhece esse encanto, incapaz de sentir admiração e estupefação, esse já está, por assim dizer, morto, e tem os olhos extintos".

Albert Einstein

II- PSICANÁLISE E CONTEXTO SÓCIO-CULTURAL

O surgimento da psicanálise e todo seu processo de elaboração feito por Freud sempre esteve ancorado na prática clínica em consultórios particulares. Isso, contudo, não impediu que a psicanálise se difundisse implantando-se em outros territórios ou em outros campos de atuação. Sua inserção em outros países e em outros segmentos profissionais – instituições psiquiátricas, universidades, serviços de psicologia, ambulatorios, etc. -- aos poucos provocou alterações no próprio dispositivo psicanalítico. Na medida em que a psicanálise rompe fronteiras culturais instalando-se em diferentes contextos sociais, ela recebe destes os reflexos de sua inserção. Esse fenômeno é inegável e vários trabalhos ressaltam as circunstâncias de alguns contextos nos quais a psicanálise se estabeleceu -- Nunes (1984) nos EUA, Turkle (1979) e Castel (1981) na França.

No Brasil vários autores como Bezerra Jr. (1991), Dantas Jr. (1991), Figueira (1985, 1991), Mezan (1988), além de outros, discutem as marcas que diversos segmentos sócio-culturais imprimem no dispositivo psicanalítico. Esses trabalhos evidenciam que a implantação da psicanálise em diferentes locais traz efeitos sobre a forma e o conteúdo que ela mesma assume nestes diversos contextos. Com isso, ressaltam que a psicanálise é um "fato cultural", ou seja, ela é sempre atravessada e, por isso, determinada pelos fatores culturais e históricos que a cercam.

Assim, na medida em que essa dissertação enfoca, explicitamente, a clínica psicanalítica em instituições universitárias do Rio de Janeiro, optei por utilizar somente autores brasileiros que discutem temas relacionados ao meu

objetivo. Com isso, vários autores de grande importância não serão citados, ainda que os tenha utilizado em meus estudos. Além disso, em função da abrangência desse tema, não será possível esgotar todos os aspectos concernentes à questão da prática psicanalítica nos diversos contextos que foram desenvolvidos, até hoje, por nossos teóricos.

Como já foi mencionado, Mezan (1988a) é um dos autores que discute os efeitos da inserção da psicanálise nos vários segmentos culturais. Sua abordagem parte da seguinte questão: por que existem tantas variedades de psicanálise? Ao tentar responder esta interrogação, Mezan discute a história da psicanálise. Inicialmente, analisa o que denomina de dispersão geográfica. A psicanálise, segundo o autor, sofreu um deslocamento da cultura que lhe deu origem para mergulhar em outras latitudes, idiomas e contextos culturais. Logo, uma diversidade de fatores culturais provocou mudanças nas próprias produções psicanalíticas. Citando Laplanche e Pontalis (1967) Mezan enfatiza :

"o "movimento" psicanalítico conheceu uma história longa e atormentada; grupos de psicanalistas foram criados em numerosos países, nos quais a diversidade de fatores culturais não pôde deixar de ter eco sobre as próprias concepções" (1988a, p.17).

No entanto, segundo o autor, poucas são as considerações feitas sobre os reflexos que estes deslocamentos exerceram sobre a teoria e a prática psicanalítica.

Aliada à dispersão geográfica, e como consequência desta, Mezan (1988a) assinala a existência de uma outra dispersão: a doutrinária. Hoje existem várias escolas de psicanálise que, muitas vezes, possuem referenciais teóricos

bastante diferentes. Logo, os referenciais do que se define como psicanálise, de como se deve praticá-la e pensá-la são extremamente diferentes nos diversos contextos, apesar da origem de todos estes referenciais teóricos ser a obra de Freud. Segundo o autor, não há como esse paradoxo ser entendido se não levamos em conta a idéia de uma história da psicanálise enquanto "algo intrínseco ao desenvolvimento teórico" (p.19) da disciplina fundada por Freud. Nas palavras do autor:

"a psicanálise não pode, e na verdade jamais pôde, permanecer imune ao que se passa em seus contornos exteriores" (1988a, p.28).

E, mesmo a idéia de contornos exteriores deveria ser repensada, na medida em que é a própria história, as determinações culturais, o solo no qual a psicanálise vai se implantar que determina a constituição do que se define por psicanálise. Como assinala no "Prefácio" de sua obra *A Vingança da Esfinge*:

"Quando doutrinas ou práticas de origem estrangeira se instalam num meio sócio-cultural, é evidente que sua implantação e sua difusão virão a se dar segundo prismas de refração específicos a este meio. Entendo por "prismas de refração" tanto as instituições formais e informais que servem de canal entre o que é importado e seus destinatários, quanto os sistemas de representações formais e informais que vão filtrar esse "algo", o qual deverá se impor face a tais sistemas e tais instituições, acomodar-se em parte a eles, reformulá-los parcialmente para os tornar compatíveis consigo próprio. Relativamente às instituições que a acolhem, não é indiferente que a psicanálise se difunda em determinado país através do vetor médico-psiquiátrico, ou da

universidade, ou dos meios literários e culturais em sentido amplo" (1988b, p.10).

Entender a psicanálise desse modo, no entanto, aponta para um outro problema que está vinculado com a terceira dispersão assinalada pelo autor: a institucional. Apesar da psicanálise ser vista como um constructo teórico-prático historicamente datado e socialmente determinado, várias instituições, responsáveis por sua representação e transmissão, ainda hoje, assumem posturas dogmáticas e cristalizadas em relação ao que definem como psicanálise.

"As várias instituições constituem-se em torno de uma determinada maneira de conceber a psicanálise como prática e como teoria, maneira que é assumida implícita ou explicitamente por seus membros, sob a forma de atitudes, crenças e evidências que paulatinamente vão se tornando inquestionáveis, apesar da retórica em contrário" (1988a, p.20).

Para o autor todas as escolas coincidem em um ponto:

"na representação -- falsa -- de que cada uma por si e com exclusão de todas as demais constituem a derivação -- adequada da raiz freudiana, idéia que implica na desqualificação das demais: "isto não é psicanálise" (1988a, p.22).

Desta forma, aquilo que não se identifica com o que é designado -- implícita ou explicitamente -- como psicanálise pelas instituições é facilmente desconsiderado como fazendo parte do campo psicanalítico. Isso, não só impediria

a discussão do que aparentemente se situa "fora" do que é considerado psicanálise como, também, dificulta um conhecimento mais crítico a respeito das bases que sustentam as concepções de uma instituição.

Esse tipo de postura que tais escolas assumem traz, evidentemente, várias consequências para a transmissão da psicanálise. Os psicanalistas e aqueles que se encontram em formação terminam por adotar ou recusar cegamente uma determinada referência teórica que, por sua vez, encontra-se desvinculada dos pressupostos que lhe deram origem. Assim, a escolha feita por uma filiação teórica se caracteriza pelo que Mezan denomina de "vulnerabilidade ao dogmatismo" (1988b).

"Pois se a demanda por formação surge de profissionais muitas vezes ávidos de certezas e propensos a ver na psicanálise um meio para atingi-las; se estes profissionais se deparam com uma oferta de formação de índole missionária, carregada por tensões transferenciais, e portanto propensa a apresentar o conteúdo de seu pensamento teórico-clínico como "o melhor", "o mais avançado", quando não como "o único verdadeiramente psicanalítico" (...), e se a essa situação se acrescenta a impossibilidade de efetuar a crítica destas teorias, (...) se estes três fatores se encontram, estão criadas as condições para que a formação psicanalítica tenha boas chances de se dar num clima de paixões exacerbadas, de assimilação fragmentada e parcial dos conhecimentos específicos, e de crença fanática na veracidade das proposições enunciadas pelo "mestre", seja ele de que escola for" (1988b, p.15).

Pertencer a uma instituição, nesse caso, seria reproduzir dogmaticamente uma teoria e uma prática idealizadas como verdadeiras em função

do que é designado por um determinado "mestre" que, por sua vez, também é idealizado. Assim, uma leitura crítica da teoria mostrar-se-ia secundária em detrimento da ilusão (e sedução) de se atingir a "verdadeira psicanálise". O que é interessante ressaltar é o fato desse movimento, em geral, se apresentar sempre disfarçado por um discurso pseudo-democrático onde as diferenças são aparentemente toleráveis.

Ainda sobre a diversidade de escolas existentes, o autor, no artigo "Uma arqueologia inacabada: Foucault e a psicanálise" (1988c), enfatiza que a homofonia das palavras mascara a diversidade de conteúdos que um conceito assume em cada escola. Assim, as diferentes escolas de psicanálise propõem, cada qual, um revestimento diferente para as vertentes indispensáveis a qualquer teoria psicanalítica, possuem cada qual uma idéia da relação que mantém com a obra fundadora de Freud e funcionam como pólo aglutinador para instituições onde tendem a ser aceitas como a **psicanálise**. Mas, continua,

"talvez descubramos que a psicanálise não existe, que este é o nome dado a um dispositivo histórico multifacetado, que, enraizando-se na cultura, na clínica, e na imaginação teorizante, também se refrata e se decompõe, incidindo de múltiplas formas sobre o social e dele recebendo, igualmente de múltiplas formas, as determinações de sua reflexão" (1988c, p.217).

Essa passagem denuncia o quanto é complexo tentar definir o campo psicanalítico. Para o autor, a implantação da psicanálise em diferentes contextos trará efeitos sobre a própria forma de entender e praticar a psicanálise. Seu desenvolvimento será sobredeterminado por condições que não podem ser consideradas irrelevantes. Tais condições provocam inevitavelmente modificações

na própria maneira de pensar e exercer a psicanálise. Como então delimitar as fronteiras da psicanálise sem marginalizar a história de sua inserção nos vários segmentos culturais? Quais são os elementos que servem como elos de coesão desse "dispositivo histórico multifacetado"? Será que existem?

Não pretendo, nesse momento, responder tais questões. Sua complexidade exige um aprofundamento que escapa à direção desse trabalho. Talvez, essa pesquisa possa até colaborar na medida em que procuro investigar as condições – que no caso estão vinculadas ao atendimento clínico em instituições universitárias – que provocam transformações no dispositivo psicanalítico e que não devem ser negligenciadas. Provavelmente, explicitar de que maneira essas condições estão integrando a prática clínica seja um primeiro passo.

Figueira (1991a, b, c, d) é um outro autor que em muito contribui para a discussão sobre as determinações sócio-culturais, políticas e históricas no corpo teórico e na prática clínica psicanalítica. Sua abordagem está apoiada na discussão acerca da pluralidade de "psicanálises". Ainda que tal discussão não seja o eixo principal da minha pesquisa, ela reflete uma das formas de se perceber e discutir os efeitos dos diversos contextos nos quais a psicanálise se instala.

Figueira (1991a) considera a existência de várias teorias e estilos clínicos psicanalíticos que convivem e competem uns com os outros. Essa variedade decorre de inúmeros fatores que serão abordados mais adiante como, por exemplo, a difusão do pensamento freudiano. Muitas dessas várias teorias e estilos se percebem e se definem como diferentes de outras em relação à posição teórica ou à maneira de trabalhar clinicamente. Suas diferenças podem ser claramente apontadas. No entanto, existem outras que não são sequer identificadas enquanto diferentes ou com identidade própria. Nas palavras do autor, "são diferentes sem que o saibam (...) não se preocupam ou não sabem de sua especificidade teórico-clínica" (1991a, p.18).

Diante de tal fragmentação da teoria psicanalítica, os profissionais irão se organizar de diferentes maneiras, ou seja, escolherão, conscientemente ou não, uma forma de lidar com esta pluralidade. Enquanto uns vivenciam uma grande desorientação causada por essa fragmentação ou pela apropriação sucessiva de diferentes referenciais, outros optam por um referencial único do que seja psicanálise, desconsiderando os demais como autênticos ou eficazes. Há ainda os que se prendem em exaustivas pesquisas que revelam uma incessante busca dos "verdadeiros" critérios que definem a psicanálise.

Essa pluralidade, no entanto, não é somente característica do nosso panorama contemporâneo, suas raízes estão situadas na própria obra de Freud. Como nos relata Figueira (1991d), Freud foi o primeiro a contribuir para a multiplicação da psicanálise. Após a sua morte, essa pluralidade perdurou mas, agora, encontra-se sem a referência das palavras do seu criador. Como resultado, temos a tão conhecida polaridade do que é / e do que não é psicanálise. Os sucessores de Freud tentaram, e tentam até hoje, em meio a toda a pluralidade crescente de psicanálises, determinar o que é a verdadeira psicanálise e o que não é. Tentativas que não se fundam na descoberta de novos domínios de estudo do psiquismo, e que terminam por negligenciar toda a historicidade do pensamento psicanalítico resultando, muitas vezes, em disputas de poder institucional. Figueira (1991b) acrescenta, também, que o problema com a polaridade: psicanálise distorcida e não distorcida (ou o que não é / e o que é psicanálise) é que ela é semi-verdadeira, pois distorções existem – o que não se pode encontrar é um Freud não distorcido.

"O que é percebido como *distorção* não é um acidente desagradável, mas parte essencial de qualquer processo comunicativo" (1991b, p.131).

O autor evidencia, com isso, que a própria definição oficial do que seja psicanálise (seja pelas matrizes internacionais, seja pelo próprio Freud) é um produto cultural. Assim, quando um determinado grupo se apropria de modelos e definições teóricas já difundidas, portanto providas de significações outras que dizem respeito ao contexto onde foram formuladas e são utilizadas, a psicanálise sofre outras transformações. Transformações que

"necessariamente este saber vai sofrer para funcionar num contexto cultural muito diferente do de origem, e que são transformações que não estão previstas nas definições originais deste saber" (1991d, p.55).

Como já foi mencionado, essas transformações iniciam-se no próprio campo psicanalítico em função, por exemplo, das contribuições de Freud, e de seus sucessores, para a popularização da psicanálise. Tal questão vincula-se a um outro ponto de minha discussão: a "cultura psicanalítica".

A intensa e extensa difusão do pensamento freudiano estendeu-se, e estende-se, até hoje, a diversos países. No entanto, ao contrário do que muitos pensam, o impacto do pensamento freudiano, de sua prática clínica e de sua própria personalidade (impacto que atinge diversos campos, como as artes, as outras ciências e a vida cotidiana), está presente desde a construção da própria teoria freudiana. Tendo essa consideração em vista, Figueira discute as dimensões que a difusão adquiriu no Brasil. O autor aponta que nos últimos 20 anos, esta difusão apresentou um novo contorno. A grande difusão da psicanálise no Brasil atingiu um ponto em que se transformou em "visão de mundo", produzindo, deste

modo, a "cultura psicanalítica". Assim, a psicanálise tornou-se um fenômeno cultural, **uma forma de entender o homem e traçar suas experiências.**

"A psicanálise difundida se organiza num *Weltanschauung*, ou numa visão de mundo que é partilhada por um número significativo das classes médias, que circula nos meios de comunicação, que influencia os vários setores do conhecimento acadêmico, as artes e o funcionamento das instituições" (1991c, p.104)².

No entanto, segundo Figueira, o papel da difusão na prática e na teoria psicanalítica é ainda muito pouco estudado e considerado pelos profissionais, assim como o papel da cultura psicanalítica. Tais aspectos, em geral, são considerados como elementos marginais que se situam fora do corpo teórico e técnico psicanalítico. Isto acontece, segundo o autor, porque o profissional ainda deseja reproduzir fielmente os modelos das matrizes psicanalíticas internacionais. O desejo de encontrar a **verdadeira psicanálise** e de ser reconhecido internacionalmente como produtores fidedignos da psicanálise, expulsa o fenômeno da difusão da teoria e da técnica psicanalítica. Deste modo, a influência da difusão, bem como a da cultura psicanalítica, frequentemente torna-se obstáculo, produzindo fracassos terapêuticos. E, vale acrescentar que o interesse em alcançar a "verdadeira psicanálise" deixa de lado as possíveis transformações que esse saber pode sofrer para ser apropriado pelos diferentes contextos históricos ou campos de atuação. Essa negligência termina por criar um *a priori* universalista do que se considera psicanálise, analista e paciente, desconsiderando as especificidades históricas e culturais da clientela e de seu modo de vida (1985). O

² A *weltanschauung* psicanalítica opera, segundo Figueira (1985, 1988, 1991c) em três dimensões: através de um *eidos* (modo de compreender, explicar a "natureza do homem"), de um *ethos* (código para a expressão das emoções) e um dialeto.

autor ressalta ainda que, a cada momento, corre-se o risco de não mais termos condições de discutir, criticar e reformular a prática clínica psicanalítica, pois as adaptações, as transformações, talvez, estejam sendo feitas fora do corpo teórico e técnico psicanalítico.

Como foi mencionado, manter essas modificações marginalizadas como se não fizessem parte do interesse da psicanálise em nada contribui para uma definição mais precisa da prática clínica. Ao contrário, fingir que essas transformações não existem impede o alcance de uma descrição mais pertinente do que se faz atualmente. Impede, inclusive, uma avaliação sobre se pertencem ou não ao campo psicanalítico. Foi, então, procurando entender essas possíveis transformações que pretendi investigar, através do discurso dos profissionais (supervisores e coordenadores), de que forma as especificidades institucionais estão integrando a prática clínica.

Dantas Jr. (1991), ao discutir a respeito da transmissão dos conceitos fundamentais da psicanálise, aponta uma preocupação que é decorrente da atual pluralidade do movimento psicanalítico em diversas correntes de diferentes concepções teóricas. Assinala que essa diversidade e heterogeneidade conceitual pode terminar por recair numa pulverização da psicanálise que, destituída de quaisquer elos de coesão e unificação teórica, simplesmente se traduziria num "espicaçamento da teoria analítica" (p.15). Essa pulverização gera, deste modo, graves consequências. Uma delas refere-se ao tipo de adesão que os psicanalistas fazem a uma determinada corrente teórica. Em função do espicaçamento do movimento psicanalítico, a escolha de um referencial teórico pode ser apenas suportada pela via identificatória que deixa de lado, muitas vezes, o ensino dos conceitos fundamentais. Dessa maneira, a forma como um conceito foi elaborado, suas modificações ao longo da obra de Freud, e de seus sucessores, perdem importância em detrimento do dogma e da fé que se estabelece em relação a um

conceito. A formulação de um conceito não é relevante desde que se acredite nele. Como resultado percebe-se a ocorrência de

"... um processo de adesão precoce a escolas definidas, uma urgência em aprender rapidamente a linguagem e as regras dessa escola, e finalmente, um crescente desinteresse pelos conceitos mais elementares e fundamentais (1991, p.18)".

Este processo, como foi ressaltado por Mezan (1988b), encontra-se suportado por tensões transferenciais e idealizações que somente contribuem para uma assimilação multifacetada e parcial dos principais conceitos psicanalíticos. Desta forma, tal movimento termina por exacerbar o "espicaçamento da teoria psicanalítica" fechando assim um ciclo improdutivo e ineficaz. Em outras palavras, percebe-se que a pluralidade da psicanálise poderia provocar um "espicaçamento da teoria psicanalítica". Este, por sua vez, faz com que as escolhas por uma filiação teórica sejam determinadas por paixões exacerbadas que impedem uma apropriação mais cuidadosa dos conceitos fundamentais da psicanálise. Assim, a assimilação da teoria se dá de forma fragmentada que conseqüentemente produzirá como resultado um aumento de tal "espicaçamento".

E, citando Pontalis, o autor ainda enfatiza que os psicanalistas, desta maneira, terminam por perder a noção da própria construção de uma linguagem. Afinal,

"A psicanálise não brotou toda armada na mente de Freud como Minerva, da cabeça de Júpter" (1991, p.16).

Finalmente é imprescindível ressaltar as importantes considerações de Bezerra Jr. (1991). Sua discussão parte da proliferação institucional. Assinala que o campo psicanalítico (suas teorias, seus agentes e suas instituições) é marcado pela heterogeneidade. Tal pluralidade não é algo a ser celebrado nem lastimado, mas sim, deve ser considerado como constitutivo do campo psicanalítico. Isso significa dizer que a psicanálise

"tem sua existência e seu desenvolvimento marcados pelos problemas ou questões que é solicitada a resolver, pelos homens que a utilizam e seus interesses, e finalmente pelas instituições que se criam em torno dela para representá-la, defendê-la e transmiti-la" (1991, p.40).

Logo, é bastante diferente para a psicanálise estar inserida num contexto institucional constituído, por exemplo, por médicos e psiquiatras ou estar sendo veiculada por filósofos e artistas. Por exemplo, pode-se perceber o tipo de apropriação feito por um segmento da psiquiatria no qual as noções mais nosográficas e classificatórias da psicanálise foram valorizadas e evidenciadas como conceitos fundamentais. De um outro lado, nota-se também uma psicanálise imbuída de construções mais poéticas que corresponde, de uma maneira geral, a assimilação feita por intelectuais e artistas. Esses são pequenos exemplos de como a existência da psicanálise é marcada pelos fatores históricos e culturais que a cercam.

Essa questão, no entanto, muitas vezes é encoberta pela querela acerca da verdadeira psicanálise, do legítimo herdeiro de Freud. Colocados nestes termos, os problemas que surgem em torno do que é ser psicanalista, do que é fazer psicanálise, de como definir uma prática analítica, parecem não ter solução.

Termina-se, assim, por cair ora numa completa pluralidade e fragmentação teóricas que não produz respostas úteis, ora numa postura dogmática que oferece, ilusoriamente, a verdadeira resposta. Como enfatiza Bezerra Jr., talvez se possa sair dessa improdutiva dualidade.

"Em primeiro lugar abdicando a idéia de que há uma e só uma maneira de ser psicanalista, maneira essa que se encontra travestida, deformada, desvirtuada em todos os outros que não pensam como nós. Em segundo lugar fazendo desta questão (o que é ser psicanalista) um instrumento que possibilite a abertura de novas problemáticas, de enfrentamento de novos desafios teóricos e clínicos, e de diálogo permanente com outras escolas, outras correntes, outras instituições" (1991, p.41).

Desta forma, poderemos tornar as questões mais úteis. Isso não significa dizer que as discordâncias e diferenças deixarão de existir ou que serão neutralizadas. Mas que, talvez, elas possam deixar de ser discutidas em termos do que é / e do que não é psicanálise.

O caminho que Bezerra Jr. indica sugere que se passe a substituir questões que busquem a verdadeira natureza, ou a essência das coisas por uma atividade que procure explorar ao máximo diferentes descrições que os vocabulários psicanalíticos podem apresentar para poder oferecer uma explicação mais útil para determinados problemas. Nas palavras do autor:

"Se pudermos abandonar a esperança de encontrar uma teoria, uma linguagem, um conceito com o poder de desvendar e expressar "o fato que existe", faremos bom negócio. Substituiremos a disputa escolástica acerca de

qual das teorias é divina (posto que expressa os segredos da Criação) e passaremos a lidar com elas enquanto ferramentas criadas por homens para resolver problemas humanos, descritos e explicados em palavras criadas para esse fim" (1991, p.41).

Reconhecer a heterogeneidade como constitutiva do campo psicanalítico significa dizer, isto sim, que ela é "*humana, demasiado humana*" (1991, p.43, grifos do autor). Não só no sentido de sua criação e prática estarem marcadas pelas determinações sociais e históricas, mas também "porque seu destino é incontrolável, atado que está à imprevisibilidade da história humana" (1991, p.43).

Assim sendo, a principal questão deve deixar de ser a busca pela essência da psicanálise, ou da psicanálise mais verdadeira. Essa postura, como foi visto, não colabora no alcance de uma definição mais pertinente das práticas existentes. Ela só incentiva a divinização de uma determinada concepção em detrimento de uma desqualificação da legitimidade das demais. E, a escolha de uma teoria logicamente não estará pautada num estudo crítico dos conceitos fundamentais que sustentam uma concepção, na sua pertinência e eficácia, mas sim, na crença de que se poderia atingir a "verdadeira" teoria. Consequentemente, a transmissão da psicanálise corre o risco de se situar num palco de paixões e relações idealizadas que são imensamente úteis no processo de divinização de uma teoria. Esses são alguns dos resultados da busca por uma definição que retrate a **essência** da psicanálise. Isso não significa, no entanto, que a saída seria adotar uma postura relativista do tipo: todas as formulações são válidas. Renunciar a busca da verdadeira natureza não é admitir que todas as definições e práticas são legítimas e eficazes. Reconhecer a diversidade da psicanálise, reconhecer sua história como fator constitutivo do campo psicanalítico, não deveria resultar numa

fragmentação completa deste saber. Acredito que esse limite entre o reconhecimento da heterogeneidade da psicanálise e o risco de qualquer prática poder ser designada como psicanalítica é extremamente tênue e, por isso, requer um estudo mais rigoroso. De qualquer forma, investigar a prática clínica psicanalítica inserida em instituições universitárias, investigar como determinadas características institucionais estão integrando a prática clínica ambulatorial, e de que maneira os profissionais tematizam e discutem suas influências é uma maneira de explicitar as possíveis transformações que o saber psicanalítico sofre. Com isso, será possível reunir elementos que permitam um estudo mais crítico dessa prática. Se a fragmentação da psicanálise é um risco que se corre, marginalizar o que se situa do lado de "fora" em nada contribui para uma descrição mais pertinente da prática clínica realizada em tais instituições.

"O homem erudito é um descobridor de fatos que já existem – mas o homem sábio é um criador de valores que não existem e que ele faz existir".

Albert Einstein

III- A PSICANÁLISE QUE SE PRÁTICA: O ATENDIMENTO CLÍNICO NAS INSTITUIÇÕES UNIVERSITÁRIAS

1. UMA BREVE APRESENTAÇÃO

Como já foi mencionado na introdução, através de entrevistas feitas com supervisores e coordenadores dos estágios oferecidos por duas instituições universitárias, pude perceber de que maneira esses profissionais lidavam e, algumas vezes, teorizavam a respeito das especificidades institucionais e seus efeitos na prática clínica psicanalítica. Considerando que a maioria afirma trabalhar psicanaliticamente nesses locais, procurei investigar que tipo de psicanálise está sendo realizada tendo em vista alguns pressupostos básicos da teoria freudiana. Logo, as características institucionais tais como, o limite de tempo de tratamento, a forma de pagamento, o tipo de clientela atendida, o perfil do aluno-terapeuta e a supervisão, foram selecionadas como objeto de estudo para essa pesquisa. A partir do que cada profissional relatava sobre esses aspectos procurei identificar algumas particularidades da clínica psicanalítica nas instituições universitárias.

Antes de iniciar a análise das entrevistas alguns comentários merecem destaque:

As duas instituições pesquisadas apresentam diferenças marcantes quanto ao funcionamento e a forma como se organizam para oferecer esses estágios. Uma dessas diferenças marcantes advém do fato de uma instituição ser privada e a outra ser pública. Além disso, tanto o curso de especialização quanto o estágio da graduação, que é oferecido por uma das instituições, estão vinculados

ao Departamento de Psicologia da mesma. Já o curso de especialização oferecido pela outra instituição é apenas um entre outros serviços, como hospital-dia e internação. Assim, a prática clínica terapêutica, nessa última instituição, está inserida num instituto de psiquiatria que possui características hospitalares marcantes.

Sendo assim, imaginava encontrar essas diferenças do funcionamento institucional refletidas no modo como cada profissional pensa seu trabalho na instituição. As diferenças entre as duas instituições -- instituição psiquiátrica x serviço de psicologia, instituição pública x instituição privada -- apareceriam no discurso dos profissionais repercutindo as peculiaridades de sua instituição. No entanto, o perfil específico de cada instituição, com pouquíssimas exceções, não ficou caracterizado nas entrevistas. Parecia que todos poderiam estar falando de um mesmo ambulatório. Fora o fato de o pagamento ser completamente diferente em cada uma dessas instituições, muito pouco foi dito sobre a "mentalidade" que as caracteriza. Sabe-se, no entanto, que as idéias que perpassam uma instituição pública, marcadamente psiquiátrica, são bastante diferentes das que circulam numa instituição privada.

É evidente que, por eu estar situada fora do funcionamento dessas instituições, seria mais fácil perceber todas essas diferenças. Afinal, os supervisores já trabalham há um longo período de tempo nas mesmas instituições, o que dificultaria a percepção destas características. Provavelmente, um aluno que tenha passado pelas duas instituições perceberá mais claramente os efeitos dessas diferenças. Isso talvez possa indicar que tais singularidades institucionais já devem ter sido incorporadas de tal forma à atividade clínica que suas influências deixaram de ser percebidas pelos supervisores. Assim, tornadas implícitas, essas influências correm o risco de não serem tematizadas, deixando, inclusive, de ser fonte de reflexão teórica.

Um outro aspecto assinalado pelas entrevistas e também constatado em meu trabalho anterior (1994), refere-se à heterogeneidade de respostas obtidas sobre os vários temas pesquisados. Deparei-me com uma profusão de respostas, fato este que dificultou a sistematização das entrevistas. Constatei, novamente, que a multiplicidade encontrada, não se referia somente as diversas filiações teóricas adotadas pelos supervisores, mas vinculava-se ao que cada profissional pensa sobre o trabalho psicanalítico nas instituições universitárias. Assim, as escolas não constituíram uma maneira específica de pensar e praticar a psicanálise. As respostas variavam de profissional para profissional. Sem dúvida, sistematizar relatos extremamente pessoais constitui-se uma tarefa bastante difícil. Esse fato provavelmente explica o caráter, às vezes, fragmentado e multifacetado que a exposição das entrevistas adquiriu.

Ainda em função dessa multiplicidade e da abrangência desse tema, optei por não apresentar uma revisão da literatura que concentrasse, num só bloco, todos os aspectos discutidos. As referências teóricas sobre cada aspecto investigado são apresentadas ao longo da análise das entrevistas.

A análise das entrevistas foi subdividida em seis partes que, por sua vez, vinculam-se às características institucionais pesquisadas: a prática clínica ambulatorial, o limite de tempo de tratamento, o pagamento, a clientela, o aluno-terapeuta e a supervisão.

Ao todo foram entrevistados 10 psicanalistas de duas instituições universitárias. Três psicanalistas trabalhavam no curso de especialização de uma instituição pública, enquanto os outros sete pertenciam à uma universidade privada. Destes últimos, dois trabalhavam no curso de graduação e os outros cinco eram professores do curso de especialização (dentre estes, um acumulava o cargo de coordenador do curso). Optei pelo enfoque dos profissionais supervisores tendo em

vista que eles são os responsáveis pelo trabalho acadêmico e clínico das instituições universitárias.

As entrevistas foram gravadas e seguiram o curso de um roteiro semi-estruturado. Tiveram em média a duração de uma hora e vinte minutos. Abaixo encontra-se o roteiro utilizado e que, muitas vezes, sofreu pequenas modificações em função do andamento próprio de cada entrevista.

1) Percurso profissional:

- qual a formação, há quanto tempo, instituições psicanalíticas pelas quais passou, instituição psicanalítica atual.
- filiação teórica, autores que sustentam a sua prática clínica.

2) Percurso na instituição onde trabalha:

- como foi seu ingresso, há quanto tempo, qual o tipo de vínculo, qual o cargo que ocupa, acumula mais de um cargo (professor, supervisor, orientador, coordenador).
- tipo de instituição, funcionamento institucional, história e estrutura atual da instituição

3) Clínica psicanalítica na instituição:

- como você denominaria o trabalho clínico nessa instituição?
- suscita alguma questão o tipo de clientela atendida?
- quais são os efeitos do limite de tempo de tratamento?
- sugere alguma questão o tipo de supervisão que é feita ?
- a forma de pagamento (ser feito na secretaria ou não haver pagamento) interfere na relação terapêutica? De que forma e quais as consequências?

4) Formação do aluno:

- qual o lugar (analista/terapeuta) que os alunos ocupam na clínica?

- o duplo estatuto que os alunos exercem nessas instituições -- por um lado é um aluno iniciante, por outro é terapeuta, responsável pelo caso
- sugere alguma questão?
- quais são as questões que surgem com relação a análise pessoal do aluno?

2. SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA AMBULATORIAL

Com o intuito de analisar cuidadosamente a forma como os psicanalistas lidam com as especificidades institucionais torna-se importante apresentar as formulações de Freud, em seus artigos técnicos, sobre os elementos fundamentais da prática clínica psicanalítica. Não caberia aqui uma discussão pormenorizada sobre cada conceito formulado por Freud, suas origens, e modificações ao longo de sua obra. Meu intuito, portanto, não é tratar das bases teóricas que apoiam as formulações sobre a técnica. Meu objetivo é expor alguns elementos fundamentais para subsidiar a discussão sobre as entrevistas.

Freud em 1912 apresenta algumas regras técnicas que, como ele mesmo salienta, foram elaboradas tomando por base sua própria experiência. Assim, a formulação dessas recomendações apoiou-se nas dificuldades ou peculiaridades da clínica e da personalidade de Freud. Comparando-as com um jogo de xadrez, Freud assegura a existência de uma infinidade de jogadas possíveis que até mesmo inviabiliza uma descrição completa e exaustiva (1913). Não é sua intenção que todas as recomendações sejam aceitas e seguidas incondicionalmente. Contudo, isso não desmerece a importância fundamental que adquirem no conjunto da clínica psicanalítica. Muitas vezes, funcionando como o que viabiliza a prática clínica, essas recomendações -- umas mais que outras -- estabelecem, até hoje, alguns padrões de procedimentos que tornam o tratamento eficaz. Não discutirei aqui todas as recomendações assinaladas por Freud mas, sobretudo, aquelas que mais diretamente se vinculam ao conteúdo das minhas entrevistas (e que estão assinaladas no próprio roteiro das entrevistas).

Um dos aspectos mais evidenciados nos artigos técnicos de Freud é o estabelecimento da transferência no processo psicanalítico. No início de sua obra a

noção de transferência ocupava um lugar limitado na prática clínica e muitas vezes era tida como um obstáculo para o processo de análise. Entretanto, a partir de 1911, Freud sustenta a idéia de que, se por um lado a transferência limita a análise, por outro ela revela conteúdos inconscientes e por isso torna-se indispensável ao processo. O trabalho transferencial passa a constituir, assim, o veículo de sucesso da psicanálise. Em 1914, no artigo "*Recordar, repetir e elaborar*", o fenômeno da transferência recobre definitivamente toda a dimensão do processo psicanalítico. A transferência, aos poucos, torna-se um dos pilares fundamentais que sustenta a prática psicanalítica. O manejo da técnica passa, então, a estar ancorado na relação transferencial que se estabelece entre o paciente e o analista. Em outras palavras, é a investigação e o manejo das diversas representações que essa relação assume que caracterizará a prática clínica psicanalítica.

Freud também salienta que é somente após a transferência ter se estabelecido que algo pode ser dito sobre o paciente. Na realidade, só se poderá trabalhar psicanaliticamente na medida em que elementos transferenciais já tenham sido estabelecidos. São esses elementos transferenciais que colocam em movimento o processo analítico.

"Mesmo nos estádios posteriores da análise, tem-se de ter cuidado em não fornecer ao paciente a solução de um sintoma ou a tradução de um desejo até que ele esteja tão próximo que só tenha de dar mais um passo para conseguir a explicação por si próprio" (1913, p.183).

Logo, o trabalho dos elementos transferenciais que se constituem como resistência possibilitará ao paciente um conhecimento de si mesmo. Somente quando a intensidade da transferência for utilizada para a superação das resistências é que o objetivo da análise poderá ser alcançado. O que o psicanalista diz só produzirá efeitos terapêuticos, ou seja, o paciente só poderá fazer uso do que

Ihe é dito na medida em que este tipo de comunicação estiver tomado pela transferência. Para que a transferência se estabeleça Freud assinala que nada é preciso ser feito a não ser conceder tempo ao paciente.

"Se se demonstra um interesse sério nele, se cuidadosamente se dissipam as resistências que vêm à tona no início e se evita cometer certos equívocos, o paciente por si só fará essa ligação..." (1913, p.182).

Caso o psicanalista não respeite esse tempo necessário e alguma interpretação for feita antes do vínculo transferencial estar assegurado, o que acontece é que:

"Via de regra, o efeito terapêutico será nenhum, mas o desencorajamento do paciente quanto à análise será definitivo" (1913, p.183).

Vale ressaltar que não faz parte de meu objetivo discutir sobre as formas de trabalho da transferência, seus efeitos e implicações terapêuticas. Esse tema, por si só, poderia constituir uma dissertação. No momento, é importante assinalar algumas regras formuladas por Freud como essenciais para a constituição e manutenção da relação transferencial.

Alguns procedimentos são adotados por Freud para favorecer o desenvolvimento da transferência e, conseqüentemente, do processo analítico. Ele assinala que em média dispõe de uma hora por dia para cada paciente exceto domingos e feriados. Quanto ao período de tratamento não há possibilidade de se determinar um tempo específico, mas pouco se pode fazer quando este é muito curto. Restrições ao tempo de tratamento, em geral, não trazem vantagens alguma para o processo psicanalítico. Como afirma Freud, a psicanálise levaria "de meio ano ou de anos inteiros" (1913, p.171). Enfatiza que abreviar o tempo de tratamento

torna-se desvantajoso e inútil, já que deve-se levar em conta um fator de extrema importância:

"a lentidão com que se realizam as mudanças profundas na mente – em última instância, (...) a "atemporalidade" de nossos processos inconscientes" (1913, p.172).

Assegura também que qualquer interrupção no tratamento fará com que o trabalho terapêutico não seja bem sucedido.

Por fim, Freud, por uma questão pessoal, costumava fazer com que seus pacientes deitassem num divã, evitando que suas expressões faciais influenciassem o que estes lhe contavam. Acreditava que, desta forma, os elementos resistenciais que integram a relação transferencial poderiam ser percebidos de forma mais clara.

Antes mesmo de passarmos para as entrevistas, vale pontuar que algumas dessas recomendações já sofreram modificações ao longo do tempo. Como exemplo, por razões econômicas e culturais o número de sessões semanais restringiu-se bastante e, hoje, poucas análises ocupam cinco dias da semana. Interessante é que essa modificação, no contexto em que nos encontramos, atualmente não mais ameaça a clínica psicanalítica. Já outras modificações, como veremos, ainda causam maiores problemas e outras são percebidas como incompatíveis com a prática psicanalítica. Imagino se, no futuro, provavelmente serão encontradas modificações de tal forma integradas à prática clínica que, assim como aconteceu com o número de sessões semanais, soará estranho o fato de terem sido, um dia, ameaça para a psicanálise.

Vejamos, então, como os psicanalistas que trabalham em instituições universitárias lidam com algumas especificidades institucionais que muitas vezes

esbarram, não só com o que foi formulado por Freud mas, também, com o que comumente se entende por prática clínica psicanalítica.

A maioria dos entrevistados relatou que seu trabalho nos ambulatórios é orientado pela leitura psicanalítica, ou seja, apesar das diferenças e especificidades de um atendimento numa instituição universitária, todos procuram trabalhar psicanaliticamente. Dos dez profissionais aos quais foi perguntado como denominava o trabalho clínico da sua equipe, apenas dois deram uma resposta categórica -- um afirmou que seu trabalho era "completamente psicanalítico" e o outro disse "não se trata, de modo algum, de uma clínica psicanalítica, mas sim psicoterápica". A maioria (oito) fez afirmações tais como:

"é um trabalho muito heterogêneo onde há uma orientação psicanalítica",

ou

"é muito difícil fazer psicanálise, mas toda a escuta, todo o trabalho, todo o entendimento é psicanalítico",

ou ainda

"eu acho que trabalhamos com psicanálise, mas talvez se possa colocar alguns atributos, psicanálise com alunos, psicanálise com limites institucionais".

Essas afirmações, mesmo que algumas vezes pouco precisas, possibilitaram um entendimento maior de como cada profissional lida com as especificidades institucionais e de que forma marcam a prática clínica desses locais. Em outras palavras, mais importante do que definir se era ou não

psicanálise, meu interesse estava voltado para investigar quais são os "atributos" de um atendimento institucional e porque é "difícil" ou "heterogêneo" se ter uma prática clínica psicanalítica.

Vejamos, então, o que aparece no relato dos entrevistados ao serem inquiridos sobre o que pensavam acerca do trabalho clínico nas instituições. Um deles afirma:

"Essas questões sobre a denominação da prática clínica -
- psicoterapia psicanalítica, terapia, psicanálise ou psicoterapia breve - são o espelho de determinados momentos de conflito no percurso do psicólogo. Eu não sei quais seriam as respostas se essa questão fosse colocada para os alunos, como eles se intitulam. A nossa reflexão é totalmente baseada pelo modelo psicanalítico. Eu acho que nós estamos trabalhando com psicanálise. Talvez, seja necessário colocar alguns atributos, psicanálise com alunos, psicanálise com limites institucionais, e tem mil limitações. Mas eu não daria um outro nome. Não é psicoterapia breve nem brincando. É claro que são muitos os limites institucionais. Um deles é o fato do paciente procurar a instituição e não um terapeuta específico, não é uma coisa pessoalizada. O estabelecimento da transferência aí fica diferenciado. Às vezes chega um paciente e diz: eu já fui analisado pelo Dr. "Fulano de Tal", e você, é formado? Ou seja, com um certo ar de que "estou caindo no INPS da vida". Não há uma pessoalização não só do profissional como do tipo de serviço que oferecermos. Isso tem como consequência a idéia de que a transferência não é com o terapeuta mas com a instituição. De qualquer forma, nada disso impede que se desenvolva uma implicação que é da ordem do que está nos livros. Você acaba por transformar numa análise, mas não é isso que se busca inicialmente. Por exemplo, tivemos um caso onde a terapeuta fez um bellissimo trabalho com uma moça, mas que ao fim do

curso não houve possibilidades de continuar o processo com a mesma terapeuta. A moça permaneceu na instituição, mas não conseguiu estabelecer um vínculo com outra pessoa. Até hoje essa troca é algo que está "engasgado". Isso mostra que houve todo um movimento pessoalizado em relação à primeira terapeuta. Mostra que procurar a instituição não impede o desenvolvimento de algo pessoalizado, de todo um jogo transferencial. Agora, existem impasses, por exemplo, do atendimento se restringir à 2 vezes por semana. Com muita raridade se vê um caso mais de 2 vezes. Além disso, os próprios alunos, como tem essa base de 2 vezes, estão ocupados, têm outros compromissos. Duas vezes dá, mas é uma coisa que vem um pouco de fora, não é estabelecido com cada paciente dependendo do caso. A minha clínica, de uma modo geral, funciona com 2 vezes por semana, antigamente eram 4 vezes. Mas com a falta de dinheiro e de tempo, já não se vê com tanta frequência uma análise com 4 vezes por semana. Talvez esse seja um limite da vida moderna, da clínica moderna, menos do que da instituição. Temos também o problema do pagamento, a questão do divã, não há divã nas salas, e o fato das férias serem muito longas. Não se pode negar que você está trabalhando dentro de uma instituição. Ninguém pode dizer: é igual ao consultório. É diferente. Lá você tem outra liberdade e outras coisas. Mas, ao meu ver, não há nada que impeça o desenvolvimento de um trabalho que justifique você dizer que não está fazendo uma coisa analítica. Bem, acho que o nó maior é o limite de dois anos. Pois você convida alguém, para ser bem concreto, para se entregar, para falar de si, para trazer suas coisas. E eu sou um dos que acreditam que uma análise, a transferência, também, viceja em cima de um solo de confiança, de toda uma montagem afetiva. Eu, afinal, não estou falando para as paredes, estou falando para uma pessoa a qual eu faço uma série de atribuições. Assim, mesmo que isso seja dito no contrato inicial: "olha, eu vou

estar aqui na instituição por 2 anos e etc...", o problema permanece. E isso é dito com toda a certeza, com todas as letras. Claro que depois eu acabo descobrindo, na supervisão, que um ou outro falou rapidinho, mas isso faz parte da singularidade de cada aluno e que a gente vai trabalhando. Mas, por mais que se explicita esse limite de tempo para o paciente, eu não tenho isso bem resolvido. Inclusive eu acho que teoricamente fica muito complicado. A solução que eu encontro no momento ainda é muito pouco formalizada. A expectativa é de que se as coisas vão bem, talvez esse paciente possa dar continuidade ao trabalho com o terapeuta num consultório particular".

Neste relato fica evidente que a característica institucional considerada mais problemática para a clínica psicanalítica desses locais é o limite de tempo de tratamento designado pelos cursos de tais instituições. (Essa questão será tratada mais detalhadamente adiante). Apesar de existirem outros "limites" tais como a impossibilidade de se escolher um terapeuta, a frequência semanal, as férias, o pagamento, nada é tão complicado quanto o tempo determinado. De qualquer forma, essas "limitações" – que eu prefiro denominar de especificidades – não são suficientes para impedir um trabalho psicanalítico. Para ele, a instituição instaura determinadas marcas no atendimento psicanalítico, características que compõem a prática clínica. Estas, algumas vezes, se constituem como limitações que atrapalham o desenvolvimento do trabalho. Assim, não se pode precisar ao certo quando é que as especificidades institucionais funcionam como limites à prática psicanalítica e quando elas se apresentam como diferenças, mas que não necessariamente apontariam para um problema. De início, o fato do cliente não procurar por um terapeuta específico é apresentado como uma dificuldade mas, ao longo da entrevista, pode-se perceber a existência da possibilidade da relação terapêutica se transformar numa análise. Parece que o mesmo se dá com a

frequência semanal, férias e divã. São especificidades que não são construídas pelo próprio campo psicanalítico, mas são determinações que vêm de fora e que esbarram com o que comumente se designa por clínica psicanalítica. É interessante perceber que inicialmente são apresentadas como impedimentos, mas logo essas especificidades institucionais, que não podem ser negadas, passam, mesmo que não muito claramente, a integrar o trabalho clínico. Como ele salienta, não se justifica afirmar que não se faz um "trabalho com psicanálise". Este é um termo comum entre os entrevistados que percebem os efeitos que as especificidades institucionais provocam na clínica, o quanto esse tipo de trabalho é diferente do que é feito num consultório particular, mas não sabem ao certo como classificá-los: tais especificidades são impedimentos ou apenas diferenças? Vejamos o que a continuidade das entrevistas indica.

Um outro profissional ao ser indagado sobre o atendimento clínico em instituições universitárias diz:

"Chegar a uma clareza dos problemas da instituição é uma tarefa e tanto, mas você nunca pode deixar de ver caso a caso. Eu acho possível o exercício da psicanálise nesse tipo de instituição. Acho que você consegue um setting, uma relação transferencial delimitada. Sem dúvida existe algum tipo de limitação, algum tipo de interferência, mas eu tenho a impressão que você pode operacionalizar ainda dentro do contexto psicanalítico. Você pode lidar com esses problemas que a instituição cria, com o atendimento que a instituição institui. Eu tenho a impressão que você conserva a possibilidade de operar com essas variáveis também psicanaliticamente. Não é muito simples. Por exemplo, se você pensar no contrato ideal, você percebe que o paciente não escolhe livremente o seu terapeuta na instituição, ele pode até recusar aquele, mas ele possivelmente vai receber um outro que ele também não escolheu. Isso já é uma

questão. Geralmente você tem uma limitação do número de sessões por semana. Eu estimo para que atendam duas vezes por semana, às vezes, se atende uma. Não é uma coisa muito estabelecida. O fato é que eu acho perfeitamente possível se fazer psicanálise com uma sessão semanal. Aquela história clássica de 4, 5 ou 6 vezes, Freud fazia 6 vezes por semana, não é condição para se fazer psicanálise. Mas na instituição, por exemplo, nem que você queira você não pode marcar 6 vezes. Outra coisa: em geral, os terapeutas são pessoas em treinamento, no início de sua formação, são jovens dedicados mas ainda imaturos pela própria idade. Isso é um complicador. Temos também a questão do tempo de dois anos. São muitas interferências instauradas pela instituição. Agora, eu tenho minhas dúvidas sobre se tudo o que se passa dentro da situação institucional pode ser chamado de transferência. Eu acho complicado esse conceito de transferência institucional. As pessoas não estarem transferidas diretamente com seu terapeuta, mas sim com a instituição. Eu acho que isso é forçar o conceito. Se você pegar o conceito estrito senso, se você circunscrever ao campo da metapsicologia é difícil você falar de transferência institucional. Mas sei que Freud mesmo fala que, nos hospícios, os psiquiatras, sem o saber, estavam lidando com situações transferenciais. Mas de qualquer modo não se perde a referência de que é com o psiquiatra".

Perguntei então como ele percebia esse atravessamento da instituição sobre o qual ele mesmo havia comentado anteriormente. Evidencia que:

"Você pode pensar em termos de transferência institucional como também de uma interferência, um ruído, um artefato que vai colorir especialmente aquela determinada relação transferencial que vai se dar ali,

diferente de como acontece no consultório. Tem esses dois caminhos para entender a coisa".

Note-se que, independente da forma como se conceitue -- "transferência institucional" ou "artefato", "ruído" -- é explícito a marca que as interferências institucionais imprimem nos atendimentos clínicos de forma distinta de um consultório particular. O fato do cliente não escolher seu terapeuta, a frequência semanal e o limite de tempo de tratamento, assim como para o entrevistado anterior, constituem alguns dos elementos institucionais que interferem na prática clínica. Pode-se acrescentar aí uma outra especificidade instaurada por essas instituições: o aluno iniciante que também cumpre a função de terapeuta. Esse fato, evidenciado por quase todos os profissionais, requer uma maior discussão que será feita mais adiante. De qualquer forma, percebe-se, novamente, que essas especificidades institucionais que atravessam o atendimento clínico não impedem um trabalho psicanalítico, ou melhor, que se opere com essas variáveis psicanaliticamente. Mais uma vez, torna-se clara a complexidade dessa questão: ora essas interferências são apresentadas como "limitações" e "problemas", ora são elementos que participam e integram a prática clínica produzindo **diferentes** efeitos na relação transferencial. Permanece a dúvida: **Diferença ou problema?** Será que toda e qualquer diferença deve ser considerada uma limitação? Parece-me que não. Então, em que circunstâncias uma diferença pode ser designada como um problema que impediria a eficácia de uma terapia? Essa é uma questão que ainda permanece sem resposta. Vale, neste momento, ressaltar o comentário de um outro profissional:

"Eu acredito que nenhuma dessas questões impede que se dê psicanálises. Não há possibilidade de ser perfeccionista. Se você quiser ter as condições ideais

para fazer psicanálise, acho que a psicanálise terminaria hoje, não só nas instituições".

Sem dúvida terminaria. Contudo, é extremamente importante tomar explícitas as várias situações que se apresentam como problemáticas. Somente assim poderemos, então, reconhecer o que, na realidade, está **limitando, interferindo ou constituindo** a prática clínica psicanalítica. Talvez, evidenciar algumas situações consideradas problemáticas para o atendimento psicanalítico já seja um primeiro passo.

Um outro psicanalista faz importantes considerações acerca do atendimento clínico em instituições universitárias. Enfatiza que é muito difícil fazer psicanálise, porque nem sempre se tem tempo suficiente, um engajamento suficiente para que haja efetivamente uma entrada em análise. Além disso, a instituição estabelece determinadas condições, diversos *a priori* que muitas vezes dificultam o trabalho analítico. No entanto, acrescenta, também, que toda a escuta, todo trabalho e entendimento são psicanalíticos. Ao fazer uma diferença entre o *consultório particular e essa prática ambulatorial destaca:*

"No consultório você pode cair mais facilmente na ilusão de que está fazendo psicanálise. E na clínica social, na instituição você pode perder a noção de que realmente está trabalhando psicanaliticamente. Por você ter que atender poucas vezes por semana, às vezes, até esporadicamente, e por seguir determinadas regras, atender por dois anos, você perde a noção de que realmente está havendo um tipo de investimento que é da ordem da psicanálise e que gera mudança de posição interna, uma reflexão sobre si. Às vezes, a gente até se surpreende com isso. E no consultório você fica iludido pois está atendendo mais vezes por semana, por um tempo indeterminado, o paciente se deita, e

aparentemente está tudo dentro dos conformes. É mais fácil a gente se enganar quando está controlando todas essas coisas".

É curioso notar como esse profissional inverte a questão salientando que no próprio consultório particular o controle desses elementos, que são problemáticos para uma prática clínica ambulatorial, não garante que um trabalho psicanalítico esteja sendo feito. Acredita, assim, na possibilidade de se atender psicanaliticamente nesses locais apesar de todas as determinações institucionais. Ainda sobre a interferência dos fatores institucionais, ressalta:

"Eu percebo que a transferência institucional é fortíssima. E muitas vezes existe uma demora para que esse investimento se dirija ao terapeuta. Inclusive eu acredito que se deve respeitar esse investimento institucional, pois é isso que permite que o paciente procure atendimento e dê continuidade ao trabalho mesmo que, por exemplo, haja uma mudança de terapeuta."

Nesse relato, e também em outros (como veremos mais adiante), foi *ênfaticamente* um aspecto positivo desse vínculo diferenciado que o paciente desses locais mantém com tais instituições. Percebe-se também o quanto esse vínculo ou transferência institucional muitas vezes é o que mantém o atendimento clínico. É o que suporta, de uma certa forma, o investimento do paciente na sua própria terapia. Assim, é fundamental não somente constatar mas, também, respeitar esse tipo de laço transferencial que é característico dessa prática clínica institucional. Talvez aí, tenhamos uma **diferença** que não necessariamente possa ser designada como um problema, uma vez que sua importância para a manutenção da terapia é salientada pelos profissionais. De qualquer forma, saber dividir com a instituição o lugar de objeto de um investimento transferencial não parece ser uma tarefa fácil. Em

primeiro lugar, se consideramos esse vínculo um investimento transferencial de fato, surgem as seguintes questões: quais serão os efeitos desse duplo vínculo para a terapia? O que na prática significa respeitar o vínculo institucional e incentivar a transferência para com o terapeuta? Será que o objetivo é transformar esse investimento numa transferência estritamente direcionada para o terapeuta? Provavelmente essas perguntas estão relacionadas com um outro aspecto que será analisado posteriormente: o limite de tempo de tratamento. Em outras palavras, parece que a direção dada ao investimento transferencial também está articulada ao destino que cada caso vai ter após o tempo determinado de tratamento, ou seja, como cada supervisor percebe esse limite de tempo. O investimento institucional será mais ou menos incentivado dependendo da forma como cada caso será encaminhado ao fim do tempo determinado de tratamento. Se, por exemplo, o objetivo é dar continuidade ao processo no consultório particular, claro está que o vínculo institucional deverá aos poucos ser destituído de sua importância para ser substituído, ao máximo, pela relação transferencial com o terapeuta.

Em segundo lugar, mesmo que não se considere esse tipo de vínculo um investimento transferencial mas, como disse o entrevistado anterior, "um artefato que vai colorir (...) aquela relação transferencial", parece que as questões apresentadas acima não perdem sua relevância. Assim, permanece a dúvida sobre a forma como o terapeuta deve lidar com esse investimento dirigido à instituição, ou ainda, o que significa respeitar esse investimento. Um outro psicanalista faz interessantes considerações sobre esse aspecto ao comentar sobre seu trabalho institucional.

"Eu costumo dizer que há uma transferência com a instituição. Mas será que a instituição é uma entidade que permite que você fale dela como um ser, para que se possa falar de uma transferência institucional? Isso é uma questão. Para nós ela não é, em si, uma entidade, mas

será que para o nosso cliente não terá ela uma significação tal que permita uma transferência? Eu diria que sim. E eu acho que mesmo com o investimento no terapeuta ela não se dilui, ela permanece. Isso é muito presente, ela permeia essa relação. Quando você está numa instituição o seu vínculo com seu cliente está perpassado pela instituição. Ou seja, você, como terapeuta, como analista, tem um vínculo com a instituição. Há que se prestar atenção numa série de coisas: tem a secretaria, você tem seus horários, pagamento, tempo de tratamento, etc. Isto está lá, ou melhor, eu acho que isso causa efeito, efeitos que tem que ser pensados. Inclusive, podem ser muitas vezes matéria prima para o tratamento. Nós estamos inseridos na instituição. É ela que permite que a gente desenvolva o nosso trabalho. E mais, a instituição tem uma mentalidade, tem uma cultura, então ela não pode ser desconhecida naquilo que ela faz circular. É um lugar onde trabalham psicólogos, psiquiatras e psicanalistas. E, às vezes, nós trabalhamos todos juntos”.

Prosseguindo o seu relato, conta o caso de um paciente que foi avaliado também pelo psiquiatra da instituição. Seu supervisionando, no entanto, apresenta esse mesmo caso dizendo que não gostaria de falar com o psiquiatra para não ficar contaminado com esse outro parecer. O entrevistado então relata o que disse para o supervisionando:

"E o que você vai fazer com isso? O que você vai fazer com o que o psiquiatra disse? Deixar do lado de fora?"

E, continuando sua entrevista, comenta:

"Isso se constitui, na verdade, como uma questão institucional. O que se faz quando tem um outro profissional tratando do mesmo paciente? Não dá para fechar os olhos ou dizer "eu não quero ficar contaminado". Temos que pensar no que é ficar contaminado. Não podemos nos esconder dos efeitos que são produzidos pelo fato de se estar trabalhando numa instituição".

Ao sinalizar, ainda, algumas interferências institucionais, como o tempo limitado do tratamento, salienta:

"Não temos que fugir das questões que a instituição nos coloca. A psicanálise tem que trabalhar com o limite de tempo de tratamento."

Assim, é evidente, para esse psicanalista, a permanência desse tipo de investimento "transferencial" dirigido para a instituição ao longo do tratamento, mesmo que a relação transferencial com o terapeuta seja incentivada. Por mais que a instituição não se constitua como uma entidade para os terapeutas, é essa a referência que os pacientes que a procuram possuem. Ressalta ainda o quanto é importante estar atento para a "mentalidade" que circula em tais instituições. Nada disso pode ser ignorado. Para esse entrevistado, os profissionais devem estar atentos para os efeitos produzidos pela instituição nos atendimentos clínicos. A prática clínica não deve marginalizar as especificidades institucionais como se, na realidade, fossem interferências a serem evitadas. "Fugir das questões que a instituição nos coloca", ou seja, negligenciar o fato de que todos estão inseridos numa instituição é tentar fazer daquele espaço um consultório particular. Isto, no mínimo, remete-nos ao processo de recalque onde aquilo que é diferente, que provoca incômodo deve ser "escondido", evitado. Como foi assinalado por Figueira

(1985) com relação à cultura psicanalítica, até que ponto esses aspectos estão sendo marginalizados em função de um desejo de encontrar e praticar a verdadeira psicanálise? No entanto, nem todos os profissionais compartilham dessa idéia. Antes de dar continuidade às entrevistas, resta evidenciar que esse foi o profissional que mais fez considerações acerca dos efeitos das especificidades institucionais na prática clínica. Esse foi o único psicanalista que abordou o fato de se trabalhar com outros profissionais da área de saúde mental. Ninguém mais comentou sobre o fato de trabalhar junto com psicólogos e psiquiatras. Cabe lembrar que uma das instituições é marcadamente psiquiátrica e oferece, inclusive, outros serviços, como hospital-dia, e consultas psiquiátricas.

Como já assinalei temos outros comentários que diferem dos apresentados anteriormente. Por exemplo, um psicanalista ao ser indagado sobre o trabalho clínico na instituição afirma simplesmente que este é "completamente psicanalítico". Perguntei, então se não havia alguma especificidade neste tipo de atendimento. Comenta que :

"Eu tenho uma certa dificuldade de pensar a especificidade desse atendimento. Afinal, o que é específico? É porque é pobre? É porque paga pouco? É o tempo? Eu acho que a própria idéia de se pensar uma especificidade já implica numa certa dicotomia, como se fossem duas espécies de atendimento. Uma no consultório e outra na instituição. O que eu proponho é desconstruir essa dicotomia, essa distinção".

Ao ser perguntado sobre o limite de tratamento -- a especificidade considerada mais problemática para a maioria -- afirma que é "complicado". Contudo, essa questão também se faz presente nos consultórios particulares, quando, por exemplo, o "analista" muda para outro estado ou país. Torna-se

evidente que para esse entrevistado o trabalho numa instituição não deve ser pensado como uma prática diferente do consultório particular. Essa "dicotomia" deveria ser desfeita. O que se pode fazer, então, com todas as diferenças ressaltadas pelos outros profissionais?

Com a continuidade da entrevista ele afirma que

"a maior resistência à psicanálise, o maior empecilho para que se dê um trabalho psicanalítico são os estagiários. Pois eles estão começando e ainda não são analistas. Eles são muito terapeutas, psicólogos e estão ainda no início de sua formação".

Pergunto, então, que tipo de questão o fato desse aluno iniciante exercer também a função de analista faz emergir. Responde, ao contrário do que havia dito, que isso não gera nenhum problema, pois sua concepção de formação é algo permanente, "não existe analista pronto". E acrescenta:

"O que vai realmente decidir se aquele trabalho é psicanalítico é a escuta do analista".

Um outro psicanalista ao comentar sobre o trabalho clínico na instituição afirma:

"Essa questão sobre a clínica psicanalítica na instituição não pode ser respondida de forma prática, mas somente de forma teórica, de acordo com cada teoria. Pois o que é a psicanálise a não ser o lugar que uma pessoa toma como analista? É isso psicanálise. Agora, teoricamente, eu dizer que um winnicotiano não é analista, ele o é, dizer que um kleiniano não é analista, ele o é. Assim só há possibilidade de responder teoricamente que se faz

psicanálise quando alguém toma o lugar do analista. Agora, eu acho muito vasta essa questão sobre a psicanálise na instituição, pois você também pode pensar o seguinte: o analista faz análise o tempo todo? Claro que não. É muito delicado dizer que não se faz psicanálise na instituição, como é tão delicado dizer que se faz. Existem momentos psicanalíticos. Como sempre, o momento analítico é o momento em que a psicanálise se dá. É claro que dentro da instituição a coisa é muito complicada. Temos que lidar com diversas variáveis, é diferente de uma prática de consultório. Muito diferente. Por exemplo, eu posso dizer que existe a transferência com a instituição. Que a relação está açambarcada por alguma coisa que é da ordem da instituição. Eu posso dizer que o tratamento em algum lugar é limitado há um ano".

No entanto, ao longo da entrevista, ao ser perguntado sobre os efeitos específicos que essas diferenças causavam no atendimento, ou seja, que tipo de questão surge em função do pagamento, de que forma ele lidava com o limite de tempo de tratamento, quais são as dificuldades que esse aluno iniciante enfrenta, responde que isso eram questões sobre a técnica psicanalítica e que dessa forma a discussão tornava-se mais complexa pois, segundo ele, devemos antes nos perguntar se existe uma técnica psicanalítica.

"Assim fica muito complexo, pois eu preferia falar que existem estilos. O estilo é como você formula seu desejo de ser analista".

Questionado, então, sobre o atravessamento da instituição na prática clínica levando em consideração o estilo de cada um, responde:

"Talvez o estilo seja a única coisa que a instituição não atravesse. Pois, o que é o estilo? Estilo é a forma de ser desejo".

Em seguida continua,

"Talvez você esteja colocando a instituição como base de alguma coisa, e eu, diferentemente, vejo a instituição como algo essencial para que se faça alguma coisa. São duas formas completamente diferentes de pensar a instituição. Para mim a instituição é onde eu simbolicamente me inscrevo. Eu não percebo essas coisas das quais você fala, como de que forma eu vou fazer aqui ou ali. Na realidade, eu me inscrevo na instituição. Eu estou a serviço e ela me serve, eu não vejo a instituição como aquela que forma, isso muda muito o olhar".

Num primeiro olhar, percebe-se, neste relato, a preocupação com os efeitos que as especificidades institucionais imprimem na prática clínica. É uma prática diferente de um consultório em função de diversas variáveis. Essa problemática, assim, reflete-se na seguinte questão: "o analista faz análise o tempo todo?" Talvez uma das formas de se pensar essa questão seja a de considerar a existência de "momentos psicanalíticos". No entanto, num segundo olhar, não fica muito claro de que forma esse profissional lida com as diversas variáveis institucionais, ou ainda, de que maneira o estilo de um analista pode ser preservado sem, no entanto, marginalizar as especificidades institucionais. Restam, portanto, algumas dúvidas quanto a diferença entre ver a instituição como base de alguma coisa e vê-la como essencial para que se faça algo.

Somente um profissional vinculou a definição de trabalho clínico ambulatorial à uma questão específica da instituição: a supervisão. Para este, essa

é a especificidade institucional mais complicada. Como não acredita ser possível fazer uma supervisão em grupo, diferente do relato da maioria dos profissionais, afirma que essa é a principal característica institucional que esbarra com a psicanálise. Esse tema foi especificamente investigado nas minhas entrevistas e por isso merece maiores discussões que serão feitas mais adiante.

Por fim, resta apresentar as considerações feitas pelo único profissional que não acredita na clínica psicanalítica em instituições universitárias.

"Eu não diria que o trabalho de minha equipe é uma clínica psicanalítica mas sim, psicoterápica. A maior impossibilidade é o limite de tempo de tratamento. Por isso o nosso trabalho é uma tentativa de detectar focos. Já que nós temos um tempo breve fazemos um trabalho focal. Fazemos uma avaliação do caso e aí são detectados determinados pontos que são interessantes de serem trabalhados. Assim, talvez se possa trazer algum alívio, algum progresso para aquele caso específico. É psicoterapia. (...) Eu trabalho dentro dos preceitos da psicoterapia breve levando em consideração a questão do foco e presto atenção para que as intervenções não estimulem a transferência. Mas, no fundo, a gente tem uma compreensão baseada na teoria psicanalítica que é a única que eu conheço. Então, não posso deixar de entender por aí".

Mais adiante ao ser perguntado sobre quais seriam os elementos mínimos que fazem com que um paciente esteja em análise, responde:

"Antes de tudo o desejo de estar em análise. É saber que é um jogo sofrido mas insistir naquilo em cima de uma relação que se estabelece. Acho que é muito importante a questão da transferência. Para mim o que sustenta a análise é a relação transferencial, então, se houver o

estabelecimento dessa relação, isso vai ajudar a sustentar o paciente no seu desejo de estar em análise. Como eu disse anteriormente, na instituição isso fica um pouco prejudicado, embora que, mesmo que não se nomeie de transferência, ela se estabelece. Tem pessoas que ficam realmente muito vinculadas à instituição. E o que a gente tenta fazer é não ficar trabalhando sistematicamente em cima disso como se poderia trabalhar numa análise sem limite de tempo. Mas tem que existir esse desejo, essa relação, essa relação de confiança, de perceber o terapeuta como uma pessoa que vai te ajudar, como um objeto bom. Eu acredito que a nossa escuta é psicanalítica, as intervenções é que procuram não ser. A escuta é ou não é. Mas você tem a chance de selecionar o que você vai responder a partir daquela escuta".

É interessante notar que, ao mesmo tempo em que esse profissional afirma não trabalhar a transferência, nem fazer intervenções que estimulem a relação transferencial, valoriza, como um elemento fundamental da prática clínica, o estabelecimento desse vínculo. Inclusive, ressalta que, por mais que não se possa denominar como transferência, a relação terapêutica é sempre marcada por esse tipo de vínculo. Este fato, de saída, reflete a complexidade dessa questão. O que significa não incentivar a transferência mas ao mesmo tempo considerá-la fundamental para o processo terapêutico? O que na prática significa escutar psicanaliticamente sem fazer intervenções psicanalíticas?

Ainda diferenciando psicanálise de psicoterapia, acrescenta:

"Acho que a expectativa das pessoas começa a ser diferente. Elas não querem mais aquela coisa a perder de vista, elas querem resultados mais imediatos, mais objetivos. Nesse caso temos que fazer uma distinção: essa pessoa talvez não queira uma psicanálise mas sim,

uma psicoterapia. Hoje em dia é muito mais difícil encontrar alguém que tenha a demanda de entrar num processo de análise de 10 anos, pelo menos dentro da noção clássica de psicanálise".

Comenta também que, talvez, esse aspecto esteja sofrendo modificações, assim como aconteceu com o número de sessões semanais. Relata que provavelmente devem existir várias formas de entender a psicanálise. Mas ao mesmo tempo afirma que o termo psicanálise deveria estar reservado para o que é classicamente definido como psicanálise.

A dúvida a respeito de uma prática clínica ser considerada psicoterapia ou psicanálise, já foi objeto de estudo de vários autores. Mezan (1988d) em seu artigo "*Psicanálise e psicoterapia*" busca fazer uma diferenciação nítida entre as duas. Ressalta, também, que na maioria das vezes essa tentativa mostra uma valorização implícita da psicanálise como forma modelo de trabalho sendo a psicoterapia uma forma substituta empregada nos casos em que, por uma razão ou por outra, uma psicanálise não pudesse ser realizada. Mezan ressalta ainda que talvez não se trate só de uma diferença de concepção ou do modo de atuar, mostrando que, muitas vezes, esta valorização da psicanálise aparece na dificuldade de uma definição da identidade profissional:

"O prestígio vinculado à psicanálise seria neste caso tão intenso que aquele a quem se dirige a demanda hesitaria em qualificar-se como psicanalista, preferindo, por estar inseguro, ou por pensar que sua maneira de agir não corresponde à imagem idealizada do "ser psicanalista", designar-se mais modestamente como psicoterapeuta" (p.22).

Acredito na importância de evidenciar a complexidade dessa questão e apontar o quanto outros aspectos podem estar envolvidos nessa tentativa de

diferenciação. Aspectos que dizem respeito, muitas vezes, à busca por uma definição da verdadeira psicanálise ou do que é classicamente definido por psicanálise. Ao se chamar de psicanálise somente aquilo que foi definido classicamente (lembrando que mesmo essa definição pode ser questionada), tudo o que difere disso passa a ser denominado de psicoterapia. Como consequência, não se procura definições que possibilitem uma forma de descrever uma prática mas sim, mais uma vez, marginaliza-se aquilo que é diferente. Por outro lado, é importante também salientar que se corre o risco da concepção de psicanálise tornar-se tão esgarçada que qualquer prática sem um rigor maior poderia ser definida como psicanalítica.

Como é evidenciado por um outro entrevistado, a questão relativa à definição da prática clínica nas instituições universitárias, também está vinculada à própria história do percurso do psicólogo, reflete, como um espelho, alguns momentos de conflito existentes no campo de relações político-profissionais do movimento psicanalítico. Conflitos que colocavam em questão o trabalho clínico psicanalítico feito por um psicólogo. Esses conflitos marcaram a história dos psicólogos e psicanalistas e até hoje, pode-se perceber seus efeitos na construção da clínica psicanalítica contemporânea, como é o caso deste último relato. Grandes contribuições sobre esse tema podem ser encontradas no trabalho de Figueiredo (1988). A autora sugere que o termo "psicoterapia breve de base analítica" (p.133) surgiu em função da impossibilidade que o psicólogo encontrava na década de 70 para ser reconhecido como psicanalista. Por um lado, sua formação estava toda voltada para a psicanálise (supervisão, seminários e análise pessoal) mas, por outro, as sociedades psicanalíticas oficiais não reconheciam a prática desse psicólogo como psicanalítica. A solução encontrada foi denominar essa prática de "psicoterapia breve de base analítica".

"... seria algo assim como tentar usar a psicanálise pela metade, o que se traduziria em dispensar o divã, não "trabalhar" a transferência, não interpretar conteúdos mais "profundos", não atender pacientes por tempo ilimitado e/ou diminuir o número de vezes por semana. (...) Os psicólogos, então, viam-se às voltas com a difícil tarefa de fazer uma não-psicanálise-psicanalítica" (1988, p.133).

Vale acrescentar duas observações: Em primeiro lugar é importante salientar que as considerações feitas por Figueiredo não se referiam à prática clínica em instituições universitárias. Mesmo assim, considero-as importantes para tentar situar de forma mais cuidadosa essa complexa discussão. Em segundo lugar essas considerações não retiram a relevância do espaço conquistado pela psicoterapia breve ao longo desses anos. Referindo-se ao trabalho de Hector Fiorini, Mezan (1988b) reconhece essa prática assinalando que a psicoterapia breve opera com recursos diferentes e visa objetivos diferentes da psicanálise.

Para finalizar essa discussão recorro às palavras de Figueiredo que, novamente, contribuem para um maior esclarecimento dessas questões:

"A possibilidade de uma profissionalização está aberta para todos. O que se constata agora é um deslocamento do problema e a pergunta, anteriormente formulada, "quem pode ser psicanalista?" dá lugar a uma outra: "o que é ser psicanalista?". Ora, esta última envolve uma outra ainda mais abrangente: "o que é psicanálise?". O problema agora reside em traçar um contorno para o próprio campo psicanalítico ampliado e salvaguardar a psicanálise dos "perigos" da descaracterização" (1988, p.138).

3. SOBRE O LIMITE DE TEMPO DE TRATAMENTO

O tempo limitado de tratamento foi o aspecto mais problematizado pela maioria dos profissionais. No entanto, sobre esse tema foi difícil obter considerações precisas que permitissem agrupar os profissionais em categorias distintas. Suas justificativas, assim como o que foi dito sobre o trabalho institucional de uma maneira geral, diferiram muito de profissional para profissional, mas nem por isso deixaram de tecer importantes considerações.

A grande maioria dos profissionais considera bastante problemático os efeitos que o limite de tempo de tratamento pode causar no atendimento clínico. Como foi evidenciado anteriormente, um deles afirma que teoricamente essa questão é bastante "complicada" por mais que se diga ao paciente, no início do tratamento, que seu atendimento na instituição está limitado a um determinado período de tempo. Como equacionar a atemporalidade dos processos inconscientes com o tempo determinado de tratamento? Como interromper o vínculo transferencial que demandou tempo para ser constituído, sem trazer efeitos desvantajosos para as eventuais conquistas terapêuticas? De que forma pode-se conciliar o estabelecimento de todo o processo transferencial com a determinação de um tempo para finalizar o trabalho terapêutico? Como tentativa de solucionar tal questão esse psicanalista relata que se a terapia está bem encaminhada existe a possibilidade de haver uma continuidade no consultório particular do terapeuta que fazia o atendimento na instituição. Assinala, contudo, que essa possibilidade não é dita no contrato.

"Eu acho que não se pode falar do consultório particular por várias razões. Eu não sei se o aluno depois vai fazer mestrado fora do país, ou vai resolver largar tudo e abrir

uma boutique, também não sei se o aluno quer atender só pessoas que paguem bem. Por isso tudo não pode haver esse compromisso. Agora, se o aluno quer atender, tem consultório e o caso está andando, a minha instrução é: que isso seja colocado de uma maneira tal que o paciente pergunte se ele poderia atendê-lo fora. É muito delicado isso. Por exemplo, um paciente chega faltando seis meses. Eu digo que após os 6 meses eu não estarei trabalhando mais aqui. E aí? Eu digo que acho que é necessário continuar a terapia e, se quiser, pode continuar aqui, com outra pessoa. Mas se você não quiser essa situação talvez você possa criar algumas condições de procurar um atendimento fora daqui. Mas eu não vou dizer: sou eu. Isso é um absurdo, além do mais cria uma cena de sedução. E se o paciente durante o atendimento criou condições para pagar um atendimento no consultório, ele tem o direito de escolher. Ele pode dizer: foi muito bom o trabalho aqui, mas agora eu quero alguém mais velho, ou agora eu quero me tratar com uma mulher. Ele pode escolher. Mas naturalmente a pessoa sempre pergunta: e você? Daí, eu acho melhor responder: eu posso então dar o meu telefone e o de um colega para você procurar. Outra coisa, eu não vou combinar preço aqui. Eu sou muito cuidadoso com essas mudanças. Acho que não podemos reproduzir uma cena nem de abandono nem de sedução. E a sedução é fortíssima, é a impressão de que eu estou levando o paciente para o meu consultório particular. De jeito nenhum. É possível, mas com muita "barra feita" como dizem os lacanianos, senão, é uma encrenca. Não pode ser uma coisa automática: sai daqui entra no consultório. Senão, não dá certo. Até porque essas pessoas são de um nível social bastante diferente dos pacientes que em geral procuram os consultórios particulares. E eu não sei se os alunos estão dispostos a atender em seus consultórios por um preço bem abaixo da média. Por exemplo, já aconteceu de pessoas levarem o caso e dois meses depois se encheram, tinham uma contratransferência negativa e

abandonaram o caso. Aquela pretinha encantadora que você atendia e achava o máximo se transformou na negrinha que paga pouco".

Note-se que essa possível continuidade no consultório pode servir, para alguns casos, como solução para o impasse criado pelo limite de tempo de tratamento. Dessa forma, a relação transferencial com o terapeuta deve sustentar essa passagem possibilitando a continuidade do processo analítico. Isso, contudo, não é tão simples, até mesmo pelo próprio vínculo institucional estabelecido pelo paciente que, como foi visto anteriormente, não desaparece com a continuidade da terapia. Além disso, deve-se levar em conta a posição que o aluno vai ocupar no término do curso, pois se inicialmente a instituição possibilitou tanto para o paciente quanto para o aluno o atendimento clínico, no consultório será o aluno/terapeuta que servirá como suporte desse tratamento. Também por isso essa passagem (da instituição para o consultório) não pode ser feita de forma automática. Essa passagem requer inúmeros cuidados para que não termine, como esse entrevistado relata, por se caracterizar nem por uma cena de abandono nem por uma de sedução. Se a passagem for suportada não por uma avaliação cuidadosa do caso mas apenas pela sedução que o fato de atender num consultório particular exerce, corre-se o risco desse atendimento não ser sustentado pelo próprio terapeuta. Não é somente o caso que deve ser avaliado, mas a disponibilidade do terapeuta de atender no consultório sem o suporte da instituição. Afinal, essas instituições cumprem também a função de proporcionar para os alunos o exercício de uma prática clínica. Ela oferece um espaço que é socialmente reconhecido -- daí se falar em "transferência institucional"--, oferece o estudo teórico acompanhado por um profissional da instituição, supervisão, enfim, todo um aparato que apoia o atendimento clínico. Quando o aluno se desliga ele está também se afastando dessa circunstância que ancora o seu atendimento. A passagem para o consultório

pode servir em alguns casos para amortecer o luto que o término do curso envolve. Nesse caso uma cena de sedução está criada. É mais importante não perder o paciente do que atendê-lo. Conseqüentemente, após um tempo, é bastante provável que este paciente se transforme num grande peso. "Aquela pretinha encantadora que você atendia e achava o máximo se transformou na negrinha que paga pouco".

Posições muito semelhantes são as de outro profissional que afirma:

"Eu gosto que eles comuniquem sobre o limite de tempo no início como fazendo parte do contrato. Isso é logo esquecido pelo cliente, mas eu peço que faça parte das combinações. Em geral é também costume começar a sinalizar o término para o paciente algum tempo antes, dois ou três meses antes. Agora, o final é sempre peculiar, o que se passa nesse final vai ser sempre um certo reflexo da situação transferencial, de como ela vem se desenrolando. Eu acho que esse final é uma espécie de fotografia instantânea de como estava aquela relação transferencial. Acontece de tudo, eventualmente os clientes trocam de terapeuta, outros não querem mais continuar a terapia, vão parar a terapia no momento em que seu terapeuta se desliga da instituição. Outros rompem um pouco antes, desaparecem e ficamos sem saber o que houve. E há também pessoas que querem continuar com o terapeuta no consultório. Interessante é que são poucos os casos em que isso dá certo. A mudança de setting é uma coisa importantíssima. Isso você vê até na clínica privada. Eu já troquei de consultório algumas vezes e é um desconforto. Alguns clientes não suportam essa mudança e saem. Só essa mudança de setting já é bastante complicada. Lá, além de você mudar de setting, é claro que a relação também muda muito. Eu tenho a impressão que uma questão transferencial que por exemplo pode existir é o cliente ter a fantasia de que tem uma instituição assegurando o

exercício terapêutico. E no consultório não, ele está entregue aos desígnios e a cabeça própria do terapeuta. Na instituição, de alguma maneira, ele pode ficar achando que aquele terapeuta tem um tipo de controle, um tipo de verificação, um aval, que a instituição dá uma garantia. Isso se passa também no consultório quando o cliente pergunta para outras pessoas "ele é bom?" Mas na instituição o terapeuta, de alguma forma, talvez se sinta mais seguro porque tem a supervisão, tem todo o acolhimento".

Novamente aparece aí a interferência da instituição na continuidade de um caso clínico. Ao se desligar da instituição o aluno não mais terá o suporte que a mesma oferece. Logo, fica evidente que se responsabilizar pelo atendimento na instituição é completamente diferente de sustentar esse trabalho no consultório particular. Além disso pode-se notar como esse profissional destaca a garantia, o aval que a instituição fornece para o próprio paciente. Associa, também, o destino que cada caso irá ter com a forma como a relação transferencial se desenrolou ao longo do tratamento. Assim, o tipo de encaminhamento que será feito (seja a continuidade no consultório particular, seja a permanência na instituição com outro terapeuta, seja a finalização do tratamento ou a desistência) constitui, na realidade, um retrato da relação transferencial que o paciente estabeleceu com a instituição e com o terapeuta. Resta saber, e isso constitui um grande problema, que tipo de encaminhamento é o mais desejável tendo em vista as especificidades institucionais.

Um outro psicanalista, que também tem mais ou menos o mesmo tipo de procedimento quanto a continuidade para o consultório, enfatiza a necessidade de se discutir muito sobre o destino de cada caso. Tenta com isso ser mais cuidadoso para poder inclusive avaliar a própria ansiedade dos alunos no término do curso.

"Não se pode passar um caso para o consultório porque o aluno está aflito com o término do curso, não pode haver continuidade porque se gosta do paciente. Às vezes é mais difícil quando você gosta do paciente propor que ele fique na instituição como uma possibilidade que pode ser interessante para aquele paciente. Além do mais, não se pode criar uma relação de posse com o paciente. Se ele fez um bom investimento no terapeuta e ele não puder levá-lo para seu consultório, esse investimento vai possibilitar a continuidade do trabalho com outra pessoa".

Embora comente sobre os vários destinos que um caso pode ter, o quanto a instituição é importante para suportar a troca de terapeuta, e assim poder dar continuidade no atendimento analítico, faz também as seguintes afirmações:

"Mas sem dúvida essa questão do limite do tempo é muito complicada. Por exemplo, uma coisa é saber que todos vão morrer, outra é saber que você possui uma doença grave e que tem pouco tempo de vida. É muito difícil interromper o processo analítico. O que eu penso então é que o mais importante para lidar com essa questão é que a psicanálise tem que ser uma coisa viva. Assim, você vai trabalhar, investir enquanto durar".

É interessante que ao mesmo tempo em que esse profissional percebe e trabalha com as várias possibilidades de destino para cada caso, também fica claro em seu discurso que a interrupção do processo analítico é muito difícil. Faz uma associação com a morte como se as possibilidades existentes para lidar com essa questão -- trocar de terapeuta, encerrar o caso no tempo determinado, dar continuidade no consultório -- fossem simplesmente paliativos utilizados diante de uma situação definitiva e insolúvel. Isso mostra o quanto o processo psicanalítico para esse profissional é incompatível com o tempo determinado de tratamento.

Dessa forma, corre-se o risco da passagem para o consultório ser percebida apenas como um paliativo e não como uma opção ou direção para o caso atendido.

Vejamos o que nos diz um outro profissional que trabalha com o limite de tempo de tratamento de maneira bastante distinta dos entrevistados acima. Vale ressaltar que esse é um dos profissionais que trabalham numa instituição pública, onde a questão do pagamento na passagem para o consultório necessariamente adquire uma outra relevância. Ao ser perguntado sobre a possibilidade de seus alunos ao término do curso levarem seus analisandos para seus consultórios particulares, responde que

"Primeiro, eu não sei se eles são analisandos, segundo, eu sou completamente contra isso. Não temos que fugir das questões que a instituição nos coloca. A psicanálise tem que trabalhar com o limite de tempo de tratamento. Por isso, eu costumo orientar meus alunos para que falem sobre esse tempo no início do tratamento. E se não falarem vão ter que dar conta disso na supervisão, de algum ponto cego que os fizeram agir desta forma. Não podemos negar que estamos numa instituição atendendo pessoas de um outro nível sócio-cultural diferente dos terapeutas. Esses, se não são de classe média-alta têm condições de uma ascensão, e as pessoas que nos procuram estão muito distante disso. As questões começam por aí. As diferenças dos projetos de vida, as diferenças sociais de cada um. Como é que podemos passar por cima disto e levar o paciente para o consultório? O que tem que está claro é que o terapeuta é perpassado pelos vínculos institucionais e atende pessoas que, por sua vez, procuraram uma instituição. Como eu, psicanalista, trabalhando numa instituição que define mil coisas vou enquistar um trabalho psicanalítico na instituição e não fazer isso ser permeado por ela? Acho que isso é uma loucura. Nada mais é do que

colocar em prática algo que tem haver com o ponto cego da gente. E que funciona como uma coisa completamente irreal. Por exemplo, eu tive um caso em que uma supervisionanda minha levou o paciente para o consultório, mas, para isso era necessário cobrar, e só isso já provocou mil enrolações. Pois quando você passa para o consultório e que se introduz o pagamento acaba surgindo para o paciente a seguinte questão: mas porque eu tenho que te pagar? Isso não estava no contrato, isso não foi posto. Em geral essas passagens terminam em belas confusões. E até quando o paciente paga pouco no consultório? O que eu tenho visto na minha experiência é que, na fantasia do analista, é até quando ele puder me pagar mais. Nunca vi um terapeuta que não tivesse essa fantasia, isto é um desejo, não de ser analista. Pois a melhora do paciente não significa que ele possa pagar mais. E, quem é que consegue com 2,00 reais continuar trabalhando e pagando todas as contas. Não há como sustentar a mesma condição da instituição".

Note-se que este profissional não acredita na possibilidade de uma continuidade eficaz no consultório particular. Associa essa postura às próprias condições e especificidade dos pacientes que procuram tais instituições. Além disso, considera que possibilitar uma continuidade no consultório é fugir de uma questão que a instituição instaura, é negar que o atendimento é perpassado e marcado por inúmeras especificidades institucionais. Logo, a psicanálise, para esse profissional, não deve evitar o confronto com questões desse tipo. Vale ressaltar que esse psicanalista foi o que mais fez considerações a respeito das influências que a instituição exerce nos atendimentos clínicos. Novamente, surge em seu relato a dificuldade do aluno sustentar um atendimento fora das condições fornecidas pela instituição. Dificuldades inclusive financeiras que podem terminar gerando expectativas sobre o paciente que não dizem respeito necessariamente à análise.

Poder receber um pagamento maior de um paciente que inicialmente buscou a instituição não pode ser um projeto do terapeuta. Antes disso, no caso das instituições públicas, como justificar o pagamento se este não fazia parte do contrato inicial? Por outro lado, ainda permanecem as questões: como efetivamente a psicanálise lida com o limite de tempo de tratamento? Como lidar com essa condição institucional sem prejudicar o atendimento analítico? O que fazer com o investimento transferencial que possibilita o desenrolar do trabalho analítico?

Um outro aspecto constante na maioria das entrevistas que chamou atenção foi o fato dos profissionais salientarem que, de maneira geral, essa passagem para o consultório não é eficiente. Ou seja, o paciente por um ou outro motivo termina abandonando o tratamento depois de ingressar no consultório particular. Assim, independente da forma que se considere o limite de tempo de tratamento vários profissionais fizeram comentários a respeito da ineficácia dessa passagem. Vejamos, a seguir, um relato que difere de todos os apresentados anteriormente e no qual esse problema permanece.

Ao ser perguntado sobre o tempo determinado de tratamento um profissional assegura que essa é uma questão que também está presente no consultório particular, quando, por exemplo, o analista viaja para outro estado ou país, ou ainda quando o paciente deixa de ter condições para pagar. Acredita, então, que isso não é uma especificidade da instituição mas sim, do atendimento psicanalítico. Conta, também, que não costuma falar do limite de tempo para os pacientes de sua equipe.

"Em geral, eles acabam sabendo, ou porque ouviram dizer, ou porque ouviram na secretaria. Eu acho que o limite de tempo pode servir como algo que é da ordem do real. Eu não havia pensado nisso antes, mas talvez se possa entender o limite de tempo como o real se inserindo naqueles atendimentos".

Afirma ainda que em geral, ao fim do curso, os pacientes acabam passando para os consultórios de seus alunos.

"Eu deixo bastante livre essa escolha de levar o paciente. Os analistas que querem dar continuidade levam para seus consultórios. Eu não coloco impedimento nenhum nesse processo. Tem pessoas que levaram e eu não tenho a menor idéia de que fim levou o caso, nem quero saber. Não tenho mais nada a ver com aquilo".

Apesar de não fazer nenhuma objeção quanto ao encaminhamento para o consultório e de deixar para o aluno a responsabilidade sobre o destino do caso, esse mesmo entrevistado assinala que essa passagem para o consultório em geral é mal sucedida.

"Em geral essas passagens não dão certo. Acho que isso deveria ser pensado, se é por parte do analista que não aguenta essa mudança de ter que sustentar o paciente. Eu percebo que eles ficam com uma certa raiva. Porque o que eles querem não é atender aquela pessoa, eles querem ter o consultório cheio, ganhar dinheiro. Acho que isso provoca uma transferência negativa. Uma vez, eu tive um supervisionando que teve um caso muito bem sucedido, funcionou de uma forma super produtiva. Bom, quando ele a levou para o consultório, ele me pediu supervisão. Mas já começou aí uma certa bagunça. Se ela não ia na sessão, ele ligava para mim e dizia, "eu não vou à supervisão". Por que? Porque ele estava pagando para mim sem ela ter comparecido. Logo ele estava tendo um prejuízo em atendê-la. Então, já que ela não tinha ido, ele se poupava do dinheiro da supervisão. Desmarcava a supervisão. Com isso a supervisão começou a esgarçar.

E da minha parte também ficou diferente. Porque lá na instituição, naquele grupo, eu ficava mais imbuído de um espírito de formação. Mas no consultório é ele que tinha que sustentar o atendimento mais do que eu. O caso que era maravilhoso foi indo, foi indo e sumiu. Acabou. E assim são muitos".

É curioso assinalar que esse foi o mesmo profissional que disse que tinha dificuldade de pensar na especificidade dos atendimentos em instituições universitárias e que preferia desconstruir essa dicotomia entre atendimento ambulatorial e consultório particular. Esse último relato mostra com clareza que sua postura em relação aos seus supervisionandos no consultório particular é bastante diferente de quando trabalha na universidade. Assim, sem que o próprio entrevistado perceba, seu exemplo mostra o quanto a instituição instaura suas marcas nos atendimentos clínicos. Se no consultório o atendimento é tido como diferente, tanto que é notado na própria supervisão particular, é porque existem especificidades institucionais que determinam condições para o atendimento clínico. Condições essas que diferem completamente de uma clínica particular. E que na visão da maioria dos entrevistados não devem ser negadas.

Percebe-se também que para esse profissional o tempo de tratamento não é considerado como uma especificidade institucional. Tanto que é comparado com algumas interrupções que podem ocorrer num consultório particular. No entanto, surge a seguinte questão: afinal, será que saber de antemão que o tempo de tratamento na instituição é de um ou dois anos não é diferente de atender no consultório onde a proposta inicial é de que o tempo seja indeterminado? Parece-me que por mais que o analista viaje ou desista de sua profissão, a princípio, ele oferece para o paciente o tempo que for necessário para o seu processo analítico. Mudanças sempre podem ocorrer mas, talvez, na instituição essas adquiram um novo contorno pois o aluno já sabe, desde o início, que deve trabalhar naquele

espaço por um tempo limitado. Pergunto-me ainda que efeitos dessa forma de lidar com o limite de tempo de tratamento pode ter no destino dos casos. Ou ainda, que efeitos esse não-dito pode ter na relação transferencial?

Outros dois entrevistados também consideram que o paciente deve dar continuidade no consultório mas fazem interessantes observações que diferem de tudo o que até agora foi apresentado. Um deles ao ser perguntado sobre como sua equipe lidava com o limite de tempo de tratamento, responde:

"Isso é complicado, porque aí é um ponto em que psicanálise e instituição batem de frente. Trata-se aí de uma questão ética. A maioria das instituições não permitem e não autorizam que você leve um paciente da instituição para o seu consultório particular. A meu ver isso esbarra frontalmente com qualquer ética, não digo nem uma ética da psicanálise, mas uma ética da transferência. Se você se oferece para efeito de transferência, você não pode pegar essa transferência e jogar pela janela porque passou dois anos. A primeira coisa que eu deixo claro para os supervisionandos é que para se prestar a esse lugar, ele tem que ter claro que não vai jogar essa pessoa fora. Ele tem que ter compromisso de dar continuidade ao trabalho".

Tendo em vista essa afirmativa pergunto, então, qual é o procedimento adotado quando não há disponibilidade do aluno no final do curso em dar continuidade ao atendimento, seja porque vai mudar de profissão, seja por impossibilidade financeira de abrir um consultório, ou seja porque vai viajar e instalar-se em outra cidade. Afirma que, em geral, quem decide por não ter consultório particular não chega a completar o curso. Acaba desistindo antes do seu término, muitas vezes até mesmo no início do curso quando se depara com esse compromisso. Note-se que essa postura é radicalmente diferente de outros entrevistados que, inclusive, disseram

que o aluno não deveria ter esse compromisso. Continuando sua entrevista ressalta:

"O compromisso é esse, se terminou os dois anos e o paciente está lá enganchado no trabalho com você, ele vai embora contigo. O que é muito curioso é que ocorre o inverso. Há pessoas que entram no atendimento no finalzinho do curso e aí a transferência não se estabelece com aquele analista, a transferência muitas vezes é com a própria instituição. Mas, quando o aluno de fato já está num engajamento com a psicanálise é óbvio que ele produz um efeito de transferência. Ele realmente acaba estabelecendo uma relação que o terapeuta que pode ir para qualquer lugar que o analisando vai atrás. É claro que é necessário um certo tempo para isso, mas ele consegue. Agora, tem aqueles alunos que não estão no momento de ocuparem este lugar. Existe também o próprio paciente que procurou a instituição pelo seu nome, ou seja, qualquer pessoa serve contanto que seja nessa instituição. Mas, o que é principal para mim, é que se houver um desligamento isso não se configure num abandono por parte daquele que se colocou no lugar de terapeuta. Se você se coloca neste lugar, se você se oferece nesse lugar, você tem o dever ético de sustentar esse lugar".

Segundo esse entrevistado, quando o aluno já se encontra em condições de ocupar e sustentar o lugar de analista e, conseqüentemente, produzir efeito de transferência, a passagem para o consultório é bem sucedida. Relata que a mudança de *setting* somente em alguns casos pode causar uma certa estranheza que por sua vez é logo diluída. No entanto, também comenta que há casos em que o terapeuta ainda não está pronto para sustentar esse lugar. É interessante perceber que para esse psicanalista a passagem para o consultório significa

também que o aluno já possui um engajamento mais intenso com a psicanálise, ou seja, significa um certo atestado de que o aluno é psicanalista. Logo, o fato de, em alguns casos, não haver continuidade também demonstra que o analista não estabeleceu efetivamente uma relação transferencial com seu paciente.

"O que acontece, nesses casos, em geral é que os paciente que seguem o terapeuta para o consultório, vão uma, duas ou três vezes e terminam abandonando, indo embora... Algumas vezes você até consegue perceber um pouco o que vai acontecer. Mas muitos casos permanecem e fazem boas análises. Até porque um efeito terapêutico que se espera de uma análise entre outras coisas é também uma melhoria de situação econômica. As pessoas frequentemente fazem uma pequena ascensão econômica. No mínimo se espera que saiam do buraco".

Afirmações muito semelhantes são encontradas no relato de um outro psicanalista que, vale ressaltar, não trabalha na mesma instituição do entrevistado anterior e nem é filiado à mesma sociedade psicanalítica.

"O fato do paciente acompanhar o terapeuta para o consultório é uma coisa que em termos de ética dos psicólogos não é muito permitido. Mas, se nós estamos apostando no trabalho psicanalítico temos que fazer valer um outro tipo de ética. A gente banca a possibilidade das passagens para os consultórios. Temos consciência que estamos agindo contra uma certa norma mas em nome de uma ética que é soberana. Até porque se a gente pensa a psicanálise como uma prática do particular, isso vai ser colocado caso a caso. A proposta é que o paciente dê continuidade nos consultórios particulares. Eu acho que isso termina por situar a questão do tempo de uma

maneira curiosa, a análise se inicia na instituição e prossegue nos consultórios. Agora, existem vários casos onde essa continuidade não é possível por vários motivos, desde o fato das pessoas não estarem pensando em abrir consultórios particulares, até o caso em que há uma vinculação institucional muito grande".

Mais adiante comenta:

"E eu realmente tenho uma aposta na possibilidade de um trabalho psicanalítico. Creio até que, nesta entrevista, eu dilua um pouco alguns dados institucionais. Sei que existem pessoas que pensam que paciente da instituição é paciente da instituição, que pedem para avisar sobre o tempo da instituição, não concordam em se levar para o consultório, etc. Tenho uma posição muito mais de bancar o trabalho psicanalítico, de apostar nesse trabalho".

Percebe-se, claramente, nesses relatos a forma como esses profissionais lidam com o limite de tempo de tratamento. Essa questão termina por tomar um outro rumo na medida em que, comumente, os pacientes dão continuidade ao tratamento nos consultórios particulares. Para eles trata-se de uma questão ética, da ética da psicanálise que se sobrepõe às regras da instituição. Seguir a determinação do tempo de tratamento seria romper com a ética da transferência reproduzindo uma cena de abandono. Não é profissional se desligar do paciente ao fim do curso, abandonar o tratamento depois de se oferecer como objeto de transferência. Existe aí um compromisso ético de não "jogar o paciente fora" que esbarra com as condições institucionais. É interessante observar que o que para alguns profissionais seria trabalhar sob a ética da psicanálise para outros (comentados anteriormente) isso seria negligenciar ou fugir das questões que a

instituição faz emergir. Trabalhar, desconsiderando o limite de tempo seria, para outros, "enquistar um trabalho psicanalítico na instituição" sem considerar os efeitos provocados por ela. Vale aqui repetir as palavras de um entrevistado que exemplifica bem esse aspecto:

"Acho que isso é uma loucura. Nada mais é do que colocar em prática algo que tem a ver com o ponto cego da gente. E que funciona como uma coisa completamente irreal. (...) Não temos que fugir das questões que a instituição nos coloca. A psicanálise tem que trabalhar com o limite de tempo de tratamento".

Indiscutivelmente isso mostra a complexidade dessa questão. Não temos aqui afirmações despropositadas ou descuidadas. O que se pode notar são posições absolutamente distintas, a maioria com relevantes justificativas. Conclui-se, assim, que o tema limite de tempo ainda suscita grandes interrogações.

É interessante notar também que para esses profissionais a instituição possui um outro estatuto, ou melhor, o vínculo institucional estabelecido pelo paciente não é percebido com tanta importância. Acreditam inclusive que após o estabelecimento da transferência com o terapeuta esse vínculo tende a diluir-se. Ficou evidente ao longo das entrevistas que esses profissionais não fizeram tantas considerações sobre as especificidades institucionais quanto os primeiros. Um exemplo disso pode ser encontrado ainda nesse mesmo tema. Em função do que consideram o trabalho psicanalítico e em função do destino dos casos, nenhum desses profissionais costuma avisar para os pacientes sobre o tempo determinado das instituições. Um deles explica:

"Há entrevistados que vêm uma ou duas vezes e vão embora. Para que a gente vai dizer para eles que vamos sair se não sabemos se eles vão ficar?"

No entanto, um deles ressaltou que essa passagem traz consequências que devem, inclusive, ser vistas na supervisão.

"Eu acho que essa passagem para o consultório reinstaura algo das entrevista preliminares. E, na minha avaliação, os alunos ficam assustados com essa passagem e acaba ocorrendo coisas do tipo: na primeira sessão pedir para a pessoa se deitar ou definir preço logo no primeiro contato. Inclusive, eu, ainda na supervisão da instituição, recomendo muita calma, procuro dar uma certa orientação nessa passagem, porque, muitas vezes, para o aluno este é o início de uma prática privada".

Para finalizar as interrogações a respeito desse tema vejamos o que nos diz um outro psicanalista, cujo enfoque se assemelha com o que foi dito pelos dois últimos entrevistados.

"Eu acho isso delicado, mas acho que a maneira como isso é feito é um absurdo. Veja bem, qual é a função básica de um aluno na instituição? É aprender. Ele tem que aprender bem o que é psicanálise. E existem formas verdadeiramente absurdas de aprender. Existem aí duas questões. Em primeiro lugar, você atende pacientes neuróticos, às vezes psicóticos, você se coloca à disposição, propõe determinados vínculos sabendo que vai ter que romper. Mas, no início, você não tem outra alternativa a não ser se oferecer ao máximo para aquele sujeito. E depois você rompe esse vínculo. O que se está ensinando neste caso? O que se ensina para o aluno? O que circula é a idéia de que com as pessoas das classes trabalhadoras, que frequentam ambulatórios, não há problema em se fazer isso. Fica a idéia de que tem mais é que aprender com essas pessoas para praticar no

consultório. Elas viram objeto de estudo para o aluno que não tem muito compromisso ético com elas. Os melhores casos, em geral, são aqueles nos quais se constitui uma demanda de análise, que há espaço para estimular a transferência. Mas, na instituição depois de um tempo você rompe com isso como se não houvesse problema nenhum. Eu acredito que isso acaba ensinando uma coisa muito perversa. Por outro lado, entra também a questão do pagamento. É perverso pois é como se o pagamento, o que o sujeito paga fosse o seu estudo. Veja bem, como o terapeuta não recebe nada, o que ele recebe afinal? O aprendizado. Fica assim: eu fico dois anos e vou embora, e aprendi. E vou praticar aquilo que efetivamente eu aprendi com pessoas, as pessoas que não me pagam. O pagamento que o terapeuta recebe é o aprendizado. Então, ele oferece aquilo pelo qual ele está recebendo. É isso que é ensinado para uma pessoa. Que você pode oferecer um trabalho de análise e interromper sem consequências. Esse tipo de coisa é bem específico da instituição de ensino. Acredito que talvez fosse melhor que as pessoas pegassem somente um caso. E uma vez pegando o caso, eles têm que saber que têm um compromisso ético com aquele caso. Eu estimulo para que sempre peguem poucos casos, na medida do possível, pois a demanda também é grande. Além disso, ao sair da instituição o aluno deve se comprometer em atender no consultório, ou se comprometer a ficar na instituição, enfim, ele tem que ter compromisso ético com aquele caso. Às vezes conseguimos estender um pouco o tempo de atendimento. Agora, é claro que muitas vezes as pessoas terminam os cursos e resolvem parar de atender, mudam de vida. Mas isso também acontece no consultório, esse rompimento contratual não é privilégio só da instituição. Agora, tornar isso uma prática curricular é que eu acho "complicado". Saber de antemão que isso vai acontecer quando eu sair do curso, que eu tenho o

direito de tratar de alguém para aprender, isso é muito "complicado" .

Note-se que com justificativas bastante interessantes este psicanalista salienta uma questão ética desse tipo de curso que é oferecido por tais instituições. Na realidade, o que se aprende quando não há um compromisso maior com a continuidade do caso? Para esse entrevistado isso retrata uma postura perversa, onde o aluno, por estar atendendo pessoas das classes trabalhadoras, pode aprender a atender sem nenhum compromisso com o vínculo transferencial que foi estabelecido. Mais uma vez temos posturas completamente distintas e bem fundamentadas que assinalam a complexidade dessa questão. Por um lado, é absolutamente necessário que a psicanálise não fuja das questões que a instituição faz emergir. Nessa perspectiva, o limite de tempo de tratamento deve ser uma especificidade institucional que deve ser melhor trabalhada para que não se negue as circunstâncias institucionais que permitem o atendimento clínico. Além disso é visível o fracasso das passagens para os consultórios particulares. Por outro lado, essa postura pode estar encobrendo um vínculo perverso que o aluno, incentivado pela própria instituição, estabelece com esses locais e, conseqüentemente, com esses pacientes. Como pensar as conseqüências éticas do atendimento clínico nessas instituições levando em consideração esses relatos tão distintos e ao mesmo tempo tão relevantes? Como foi visto, dependendo da postura que se assuma com relação ao limite de tempo, a relação transferencial poderá se estabelecer de diferentes formas. Assim, quais as conseqüências éticas do vínculo transferencial que é estabelecido, tendo em vista o tempo determinado de tratamento? Sem dúvida acredito que os efeitos do limite de tempo de tratamento sejam o maior impasse encontrado no trabalho clínico institucional. Essas entrevistas mostraram que esses efeitos geram questões fundamentais e absolutamente pertinentes que permanecem sem respostas.

4. SOBRE O PAGAMENTO

Outra especificidade do atendimento institucional, abordada nas entrevistas feitas, refere-se à forma de pagamento adotada pelas instituições. Vale lembrar que parte dos entrevistados pertence à instituição privada e outra trabalha em instituição pública onde o atendimento clínico é gratuito. Logo, as questões que se fazem presentes numa instituição pública necessariamente diferem daquelas que surgem quando se trata de uma instituição privada cuja regra define que o pagamento deve ser feito na secretaria (ainda que o preço seja discutido caso a caso de acordo com as possibilidades do cliente).

A forma de pagamento feita nas instituições e a repercussão disso no atendimento clínico foi tematizada pela maioria dos profissionais como um aspecto bastante importante. Em geral, destacaram a necessidade do manejo do dinheiro no tratamento e as complicações que surgem quando essa questão de alguma forma torna-se negligenciada. Para enfatizar a relevância do aspecto financeiro, antes de dar continuidade as entrevistas, lanço mão do artigo de Freud (1913) "*Sobre o início do tratamento*".

Freud, neste trabalho, chama atenção para os "poderosos fatores sexuais" (p.173) que se encontram envolvidos no preço da sessão, acentuando, assim, o valor libidinal que é atribuído ao dinheiro. Isso significa dizer que o valor e a forma de pagamento estão, necessariamente, atrelados às particularidades da relação transferencial que se instaura com cada paciente. Freud, nesse mesmo artigo, ao descrever algumas recomendações sobre o manejo do dinheiro tais como, não desempenhar papel de filantropo, abster-se de oferecer tratamento gratuito, reconhecer os próprios direitos e necessidades reais ao fixar o preço, tenta estabelecer algumas regras para o trabalho clínico. No entanto, o que considero

mais fundamental é o fato de Freud, com isso, exemplificar de que forma o dinheiro pode estar vinculado às questões transferenciais. Em outras palavras, desempenhar o papel de filantropo, por exemplo, pode levar o psicanalista a ocupar um lugar de menos-valia, sentindo-se "secretamente prejudicado" (p.174) e projetando esse sentimento de falta de consideração no paciente. Isso claramente torna-se um elemento contratransferencial que requer cuidado e trabalho para não servir como um entrave ao tratamento analítico. Poderíamos pensar também que uma atitude filantrópica pode ser encarada pelo paciente como um mero favor, o que da mesma forma pode gerar consequências que, se não forem detectadas, poderão constituir-se como resistência ao trabalho psicanalítico. Dessa forma, Freud assinala a importância dos efeitos que o pagamento gera na relação psicanalítica:

"A ausência do efeito regulador oferecido pelo pagamento de honorários ao médico torna-se, ela própria, muito penosamente sentida; todo o relacionamento é afastado do mundo real e o paciente é privado de um forte motivo para esforçar-se por dar fim ao tratamento" (p.175).

Freud, nesses exemplos, demonstra como o dinheiro, na relação analítica, adquire o estatuto de uma representação psíquica sujeita à interpretação como qualquer outra representação. Neste sentido, o valor psíquico que o dinheiro concentra apresenta-se de forma particular para cada sujeito, produzindo efeitos singulares em cada processo de análise. Dentro dessa perspectiva Freud também salienta que um atendimento gratuito pode aumentar algumas resistências e acrescenta que se o preço estipulado for muito baixo, provavelmente o paciente não reconhecerá o valor do tratamento. Contudo, devem ser ressaltadas as circunstâncias do trabalho de Freud que apoiava esse tipo de afirmação. Freud ao desenvolver essas considerações não estava pensando num atendimento

institucional, muito menos vinculado à instituições públicas. Suas formulações estavam dirigidas ao atendimento clínico em consultórios particulares. Assim, o contexto ao qual Freud se referia é bastante distinto das circunstâncias de um trabalho institucional.

Vejam agora como os profissionais entrevistados articulam a importância do aspecto financeiro na relação transferencial com as determinações institucionais. Como já foi assinalado, as instituições pesquisadas instauram pelo menos duas grandes diferenças. A primeira a ser discutida refere-se às instituições privadas onde o pagamento deve ser feito na secretaria. A outra, analisada mais adiante, refere-se ao atendimento gratuito oferecido pelas instituições públicas.

Do total de sete profissionais que trabalham em instituições privadas, três afirmam que não percebem nenhum problema com relação à forma de pagamento feita. Para esses, o fato do pagamento ser feito na secretaria não gera nenhum efeito ou suscita nenhuma questão. Seus comentários geralmente se referiam ao fato desse tipo de atendimento ser acessível às camadas sociais menos favorecidas.

"Eu não vejo problema, eu não acho que se paga análise só com dinheiro. Tem pessoas que pagam pouco mas pagam a passagem de ônibus. Eu não sou uma pessoa ligada ao dinheiro, mesmo no consultório. Em geral os alunos acertam com o paciente e estes pagam na secretaria".

Já o outro afirma que

"para o tipo de população que nós atendemos cobramos um preço simbólico, pois são pessoas realmente muito pobres. Não acho que essa questão seja uma problema".

Interessante também é a posição do terceiro entrevistado. Ao ser perguntado se haveria alguma questão importante sobre o pagamento nas instituições responde simplesmente que

"esses detalhes de se pagar para a secretária ou se pagar para o aluno são detalhes da técnica. Teoricamente eu acho que dinheiro é objeto. É objeto em si. É onde de alguma forma você vai poder espelhar um desejo. Agora, se paga aqui, ou se paga ali, o que importa é que dinheiro é objeto".

É interessante notar nesses relatos que, diferente da maioria dos entrevistados, pouco foi dito a respeito da relevância desse tema no atendimento clínico. Não houve maiores considerações sobre os efeitos que a forma de pagamento pode provocar na prática clínica desses locais, ou mesmo de como os alunos lidam com isso. Esses relatos, portanto, suscitam novas questões: o que significa dizer que dinheiro é "objeto"?

No entanto, a maioria dos entrevistados percebe que o pagamento pode envolver questões bastante complexas e delicadas. Assinalam, inclusive, que a complexidade dessa questão situa-se exatamente no fato de se tratar de um preço acessível. O manejo do dinheiro nesses casos pode ficar destituído de sua importância fundamental no trabalho transferencial, seja por ele ser feito na secretaria ou por ter um valor acessível. Em função disso, a grande parte dos entrevistados afirma que é melhor que o pagamento seja feito diretamente ao terapeuta, transgredindo, assim, a regra institucional do pagamento ser feito na secretaria.

"As pessoas da minha equipe pagam diretamente ao analista, até porque o pagamento tem uma função importante numa psicoterapia seja ela analítica, seja ela

de qualquer linha. É importante você poder manejar o dinheiro, mudar preço. Nesse ponto de vista eu passo um pouco por cima das normas da instituição. **Aliás, eu acho que eu passo de trator por cima das normas da instituição (...)** Sobre dinheiro eu nem sei qual é a norma, para não me aborrecer eu prefiro nem saber'.

Um outro entrevistado diz:

"No meu grupo, eu imponho que o pagamento seja feito diretamente para o terapeuta. Dinheiro é um problema na clínica privada e também na instituição. É super complicado estabelecer preço. Na instituição tem uma regra, não sei se é 1% do salário, um dizimo qualquer que não funciona na prática. O que eu percebo é que, assim como no consultório, na instituição você também vê todo o tipo de jogo com o dinheiro. Existe também a dificuldade do terapeuta em estabelecer um preço que seja justo para o cliente e para o atendimento que ele está recebendo. Eu sugiro que o terapeuta busque estabelecer um preço e não deixe isso para o cliente. Mas, às vezes, eu vejo uma tendência do tipo: "vamos ver quanto é que você pode pagar". Eu não aprovo isso, pois você já cria um problema transferencial, como se isso estivesse fora da relação terapêutica. E cria outros problemas porque você vê, por exemplo, pessoas sugerindo um preço muito acima do que elas podem pagar. Pessoas valorizando ou idealizando de tal maneira que se propõem a um sacrifício excessivo. E há outros que querem minimizar o pagamento colocando, em certa medida, que não podem estar ali jogando dinheiro fora. Fazem, assim, um uso da condição de pobre, virando um pobre "pidão". Por todas essas coisas eu exijo que os terapeutas recebam o pagamento diretamente. Eu acho que o dinheiro tem que circular nessa relação. E sempre proponho que a pessoa sugira um preço para o paciente

poder dizer "posso" ou "não posso". A partir daí se estabelece uma negociação. Eu acho que é uma grande experiência para o aluno viver essa situação. **Agora, você deixar para o paciente estabelecer o preço é como se você estivesse lavando as mãos**".

Percebe-se nesses relatos o quanto é importante para esses profissionais a possibilidade de manejo do dinheiro. Como Freud (1913) assinalou, manter o dinheiro à margem do trabalho transferencial pode trazer consequências desastrosas para o tratamento, seja porque "o valor do tratamento não se realça aos olhos do cliente" (p.173), seja porque provoca a "obrigação de sentimentos gratos" (p.174), ou seja por outros motivos. Logo, é absolutamente importante fazer do pagamento um elemento que circule na relação transferencial. É necessário apropriar-se desse elemento e não deixar que ele se situe fora da relação analítica. "Lavar as mãos", talvez seja a expressão que mais se adequa a esse tipo de posição que o psicanalista corre o risco de ocupar. No entanto, é interessante notar que para isso esses profissionais precisam romper com as determinações institucionais. É tão importante utilizar o dinheiro como elemento transferencial que isso justifica a ruptura com as regras institucionais. Ou ainda, talvez seja melhor nem conhecê-las ao certo. Vale ressaltar que o profissional que afirmou que "passava por cima" das normas institucionais acumula, além de supervisor, o cargo de coordenador. Surgem, assim, algumas questões: se preservar e trabalhar esse elemento transferencial é de suma importância por que não há uma mobilização para se discutir a respeito dessa regra que, pelo que parece, está impossibilitando um trabalho mais eficaz? Se pagar diretamente ao terapeuta é uma prática existente que parece ser mais adequada, por que não institucionalizá-la? Por que manter as regras institucionais desvinculadas do que parece ser melhor para o atendimento clínico?

Um outro aspecto que também chamou atenção foi a forma como os profissionais lidam com o fato de se trabalhar por um preço acessível. Considerações interessantes são feitas sobre esse tema diferindo-se bastante das afirmações dos dois primeiros psicanalistas que não viam problema algum de se trabalhar por um preço "simbólico".

Um psicanalista afirma que:

"o pagamento é feito para o profissional e não na secretaria, o que muda significativamente. Mas esse reaproveitamento do dinheiro é algo razoavelmente recente na minha equipe. Antes o pagamento era feito na secretaria, mas aos poucos fui vendo que esta questão estava sendo negligenciada, com um olhar preconceituoso do tipo: **"já que paga pouco é igual a nada"**. Não que os casos não tenham dado certo por isso. Na realidade poucos casos não deram certo, acho que alguns não se completaram. Mas essa questão estava de lado. E aí fui vendo coisas fantásticas, casos que não pagavam há séculos. Coisas que também dizem respeito à dificuldade de cada aluno. Eu diria que era o manejo do dinheiro o elemento que mais marcava esse diferencial entre a clínica dos consultórios e essa clínica assistencial. Às vezes, eu noto que para o aluno de classe média ainda há essa equivalência do pagar pouco é igual a nada. Mas, torna-se agora muito mais fácil detectar esse problema como sendo do universo do aluno, e não como antes quando era algo institucionalizado. (...) Acho que a dificuldade mais mal trabalhada é a questão do dinheiro, mas acho que esse elemento não impede o desenvolvimento de um trabalho".

Este relato mostra-nos como o fato de se ter um preço acessível pode gerar inúmeras complicações para o atendimento. Dizer simplesmente que se trabalha

com um "preço simbólico" ou que "não se paga análise só com dinheiro" pode terminar por minimizar toda a importância do pagamento na relação transferencial. Não é porque reconhecemos a existência de outras formas de valorização, investimento, e até pagamento do trabalho analítico que se pode cair numa certa desconsideração do dinheiro como produtor de efeitos na relação terapêutica, seja ele a quantia que for. Claro está que até o presente momento estou discutindo quais são as consequências dessa questão para os psicanalistas das instituições privadas onde existe a possibilidade do manejo do dinheiro. Além disso, poderíamos também nos perguntar: o que é preço simbólico? Se o preço é negociado de acordo com as possibilidades do paciente por que então isso seria um preço simbólico? Ou melhor, é simbólico para quem? É interessante notar como se corre o risco, quando se trabalha neste tipo de instituição, de "lavar as mãos", ou seja, de cair na visão etnocêntrica "já que paga pouco é igual a nada". Um outro comentário reafirma essa discussão:

"Uma coisa que se coloca na instituição é a questão do preço baixo, atende-se muitas vezes por um preço baixo e não por aquilo que a pessoa pode pagar. Não é um preço que você negocie de acordo com as possibilidades do cliente. Isso é uma coisa que não se discute. Assim, para o terapeuta torna-se mais confortável não falar sobre isso e, de uma certa forma, para o paciente também. Isso deveria ser mais discutido pelos próprios colegas, pois a gente acaba automatizando essas questões. A própria noção de preço baixo eu acho que é uma complicação, pois o preço não deveria ser baixo, é um preço que o cliente pode pagar, o problema é que vira preço baixo. Inclusive eu já supervisionei um caso em que o paciente tinha um bom nível financeiro, carro do ano, e veio para a clínica social porque tinha um preço baixo. Que história é essa? Preço baixo é uma distorção grave".

Torna-se evidente que, muitas vezes, o manejo do dinheiro na transferência, que é fundamental para o trabalho analítico, pode se tornar encoberto pelo fato do preço ser acessível. Será que é apenas o fato de se pagar na secretaria que dificulta esse trabalho com o dinheiro? Parece-me que não. Talvez não seja só a regra que institucionaliza uma prática mas, o que podemos perceber através das entrevistas, é que uma prática pode se tornar automatizada em função da forma como cada profissional lida e trabalha com os efeitos das regras. O que se deve também ter em mente é que esse tipo de instituição abre um espaço que serve para viabilizar um tipo de tratamento que em geral é destinado para uma determinada camada social. Logo, o manejo do dinheiro, que é fundamental, não pode tornar-se oculto, disfarçando-se no que foi chamado de "preço simbólico" ou "preço baixo".

Burlar ou ignorar essa regra pode até facilitar mas não garante que os terapeutas percebam o que realmente está em jogo quando se fala de "preço baixo". Além disso, volto a reafirmar que se há a necessidade de transgredir as regras institucionais para que o pagamento possa ser assimilado como elemento transferencial suas consequências devem ser discutidas. Por que ao invés de transgredir não se procura modificar a regra? Por que, nesse aspecto, a instituição não pode funcionar a serviço do atendimento clínico, ou pelo menos, por que isso não é discutido?

Gostaria ainda de evidenciar um outro aspecto que sutilmente perpassou quase todas as entrevistas, ou seja, a maioria dos entrevistados abordou a dificuldade que os alunos têm para tratar das questões relativas ao pagamento. Um deles ressaltou: "os jovens analistas se assustam com a possibilidade de cobrar". Está claro que se pode associar essa dificuldade com o fato de estarem iniciando a clínica ou, como já foi comentado, com o fato de não reconhecerem o valor pago pelo paciente dessas instituições, o que poderia também recair na inexperiência ou

inabilidade comum de quem está iniciando. Mesmo assim chama a atenção a existência de uma dificuldade no trato, na negociação do pagamento. Percebe-se, através das entrevistas dos supervisores, que seus alunos sentem dificuldade até mesmo de introduzirem o tema do pagamento. Como se houvesse aí um certo receio de tratar a questão: "vamos ver quanto é que você pode pagar", ou "para o terapeuta é mais confortável não falar sobre isso e de uma certa forma para o paciente também". Por que o "jovem analista" tem dificuldades de tratar ou até mesmo abordar esse assunto? Por que é confortável para o aluno manter o pagamento à margem da experiência analítica? É lógico que recairemos, com esse tipo de pergunta, nas questões pessoais e nos pontos cegos de cada terapeuta. Mas se esse fato começa perpassar o discurso de vários supervisores, talvez seja necessário uma maior reflexão acerca desta questão. Qual é o valor que o paciente tem para o terapeuta iniciante? Será que o terapeuta já se sente pago uma vez que para ele essas instituições oferecem uma grande oportunidade de iniciarem a prática clínica? Ou ainda, o que será que circula na formação, ou no início da prática de um terapeuta, que está sendo deslocado para a questão do dinheiro? Fica aí apenas um ponto de interrogação.

Passemos agora para as questões relativas à instituição pública que oferece um tratamento gratuito. De saída, pode-se perceber o problema teórico que emerge quando se fala de um atendimento psicanalítico gratuito. Freud, como já foi assinalado anteriormente, expõe o quanto a gratuidade de um tratamento pode ser desvantajoso e ineficaz (1913). Freud, no entanto, nesse mesmo artigo, também assinala que em alguns casos é possível que o tratamento não remunerado supere as dificuldades mencionadas e conduza à resultados bem sucedidos.

Vejamos, a seguir, como os psicanalistas se posicionam:

"Tem pacientes muito pobres que moram longe e que pagam a condução, em certos casos isso é quase tudo o

que pode ser cobrado, ou seja, é só isso que eles podem pagar. Esses casos estão solucionados. Tem casos em que definitivamente o fato de não haver pagamento atrapalha. Há casos em que existe um erro de triagem. Isso já me aconteceu algumas vezes. Esse ano eu tive um caso de uma moça que certamente poderia pagar alguma coisa. E a coisa se complicou pois ela apresentava um quadro conversivo, histérico, e inclusive já havia feito algumas cirurgias desnecessárias por conta disso. Assim, ela não pagava a sua própria análise e usava esse dinheiro para pagar médicos particulares para fazer intervenções sobre distúrbios em seu corpo que, por sua vez, possuíam uma gênese psíquica. Essa moça continua sendo atendida e inclusive estou estudando a possibilidade de fazer uma passagem para o consultório no meio do curso. Existem então casos extremos: o caso de quem só pode pagar a passagem, e o caso de quem se poderia pagar um tratamento fora e que, por falha da instituição, fica num tratamento que não condiz com as suas possibilidades. (...) Parece-me que se a gente pudesse cobrar uma taxa, do ponto de vista da psicanálise, seria muito interessante. Eu acho que algumas pessoas que podem pagar alguma coisa poderiam se beneficiar se nós pudéssemos cobrar algum tipo de taxa. Mas isso colide com o pensamento institucional, com a instituição pública. Em resumo, eu acho que dinheiro é um fator que pode atrapalhar, mas não inviabiliza um trabalho".

Percebe-se, assim, que o tipo de problemática que emerge nas instituições públicas merece uma outra abordagem que leve em consideração a especificidade da "mentalidade" que circula nesses locais. Uma instituição pública também oferece serviços "gratuitos" pois é financiada pelos impostos arrecadados de todo o trabalhador. Assim, qualquer pessoa, de qualquer extrato social, teria o direito de usufruir desses serviços. Nesse sentido não há gratuidade, as pessoas

pagam "indiretamente" para poder utilizar esses serviços. No entanto, não é essa a idéia que se mantém na visão tanto daquele que trabalha na instituição pública quanto daquele que usufrui de seus serviços. O que percorre no nosso meio social como um todo é que o objetivo de uma instituição pública é oferecer serviços gratuitos. Por conseguinte, muitas vezes encontramos profissionais que terminam por designar seu trabalho como um favor, e uma clientela, que não podendo pagar por atendimentos particulares, só tem a alternativa do serviço "gratuito". Como assinala Bezerra (1990) o fato do pagamento não sair diretamente do bolso do cliente pode fazer com que a atenção do prestador de serviços seja **percebida** (por ambos) como um favor. Como, então, podemos pensar a questão do pagamento de um atendimento psicanalítico sem desprezar a maneira como o dinheiro é **percebido**, seja pelos profissionais, seja pela clientela? Em outras palavras, como situar o valor do pagamento para psicanálise considerando a "mentalidade" da instituição pública que circula em nossa sociedade? Certamente Freud não estava se referindo à essas circunstâncias quando discutiu a relevância do aspecto financeiro para a clínica psicanalítica. Estamos diante de uma **nova** situação que suscita **novas** formulações.

O que pude perceber através de minhas entrevistas é que considerar o serviço como gratuito deslocaria a questão para um outro lugar situando-a da seguinte forma: que outros elementos, além do dinheiro, podem servir como pagamento? Quando se trata de uma clientela que realmente não tem nenhuma possibilidade financeira, o pagamento passa a envolver esses outros elementos, como, por exemplo, a passagem de ônibus (que como assinala nosso entrevistado muitas vezes é tudo o que se pode pagar), a dificuldade enfrentada para comparecer às sessões, seja pelo difícil acesso (muitas vezes o trajeto percorrido demora várias horas), seja pela dificuldade de se ausentar do local onde trabalha. Esses elementos, então, que dizem respeito ao investimento de cada paciente na

análise, são considerados pelos profissionais entrevistados como uma forma de pagamento do trabalho psicanalítico. Não que isso seja irrelevante para os profissionais das instituições privadas, que valorizam muito esses sinais de investimento, mas pode-se perceber que quando se trata das instituições públicas são **somente** esses elementos que concentram o valor de pagamento da análise. É dessa forma que os profissionais tentam lidar com a problemática do pagamento na instituição pública.

Porém, isso não é suficiente quando a clientela tem condições financeiras de pagar por um atendimento fora das instituições, nos consultórios particulares. Percebe-se que nesse aspecto, os profissionais se defrontam com um impasse: por um lado, pensar que nesses casos há um erro de triagem poderia apontar para uma saída: um trabalho mais apurado com os profissionais responsáveis pela triagem, um treinamento da própria escuta dos terapeutas em relação a esse aspecto específico, etc.; por outro lado, como fazer uma triagem que considere a situação econômica de cada paciente se a instituição pública oferece serviços para qualquer trabalhador? Como disse nosso entrevistado: "isto colide com o pensamento institucional". Este é um impasse ainda sem saída.

Vejamos, então, o que nos diz um entrevistado cujas considerações arriscam uma outra forma de se pensar essa questão:

"É bastante complexa a questão do dinheiro que se coloca na instituição. Eu acho que tem uma "forção" de barra muito grande em relação ao dinheiro e que acabou fazendo com que os psicanalistas se tornassem profissionais liberais. Eu considero que isso é uma coisa contingente, não é uma coisa necessária. Eu acho que não é necessário receber dinheiro diretamente do paciente. Freud trabalhou dessa maneira porque era assim que era possível na época, era assim que ele trabalhava, mas nada impede que uma pessoa receba um

salário e trabalhe psicanaliticamente. Eu acho que não metaforizar a questão do dinheiro é uma coisa complicada. As pessoas não metaforizam. Esse pagamento pode se dar de várias maneiras. O que importa para o analista é a implicação daquele sujeito na sua análise. Isso é o principal. Muitas pessoas pagam e não estão fazendo análise nenhuma. Eu acho que imaginar que você só pode ter um trabalho de análise com um sujeito que tem poder contratual de pagar diretamente para o analista uma quantia que seja satisfatória para esse psicanalista não faz o menor sentido. Isso é um contrato que tem relação com a nossa cultura. As pessoas podem se engajar nisso de outras maneiras, o estado poderia pagar, financiar esse trabalho... (...) Se você puder alargar um pouco a noção de psicanálise você vai poder fazer um trabalho que leve em conta todas essas questões".

Inicialmente, o que é valioso no relato desse entrevistado é o fato dele colocar em discussão a própria contextualização da técnica formulada por Freud. Como já foi assinalado anteriormente, toda e qualquer formulação de Freud, seja ela teórica ou técnica, está marcada pelas determinações sócio-culturais, pelas influências políticas e por uma série de problemas de um determinado contexto histórico. Dessa forma, alguns conceitos e recomendações técnicas que eram eficientes na época de sua elaboração não necessariamente serão válidos até hoje. Podem estar sujeitos a questionamentos e modificações que certamente não devem ser feitos de forma leviana. Como já foi mencionado, o próprio Freud, em 1918, aponta para a necessidade de uma clínica social onde todos pudessem ter acesso à psicanálise. Afirmação essa bastante distinta do que foi dito em 1913, onde sugeria que a psicanálise era praticamente inacessível às pessoas pobres. Logo, é fundamental ter em mente essa historicidade da psicanálise para que inclusive a discussão sobre o dinheiro tenha legitimidade. Reconhecer sua carga histórica e

social nos introduz a possibilidade de metaforizar o valor da sessão, do dinheiro. Mas isso ainda não esgotaria às questões relativas ao pagamento nas instituições públicas. Não responde, mas talvez assegure que existam outras alternativas que comecem a ser teorizados e que realmente merecem mais atenção. Quais seriam, na prática, as formas de metaforizar essa questão? Será que "metaforizar" significa, apenas, na instituição pública, deslocar a questão do dinheiro para outros elementos? Provavelmente significa mais que isso. Talvez, seja necessário também questionar as bases que sustentam a "mentalidade" de tais instituições. Enquanto o atendimento clínico for percebido como "gratuito" ou, o que é pior, como um "favor", o valor de uma sessão nunca será suficiente. Parece-me que enquanto o fato de fazer uso desses serviços não puder ser considerado como um direito de qualquer trabalhador vários problemas permanecerão sendo vistos como impasses insolúveis. Possivelmente, na medida em que utilizar as instituições públicas for entendido, tanto pelo profissional quanto pelo cliente, como um exercício da cidadania um novo olhar poderá ser direcionado às questões relativas ao pagamento. Desta forma, acredito que será possível perceber e manejar mais claramente os elementos que indicam o tipo de implicação que cada sujeito tem de sua própria análise, estando ele em instituição pública, privada ou em consultório particular.

5. SOBRE A CLIENTELA

De forma geral, quando se discute as vicissitudes de um atendimento clínico psicanalítico em instituições universitárias, as especificidades da clientela desses serviços é sempre apresentada como um aspecto relevante. A eficácia do atendimento psicanalítico às classes trabalhadoras (ou população de baixa renda) ocupou, desde a década de 80, a atenção de um grupo de psicanalistas que tematizou sobre a inserção da psicanálise em instituições ambulatoriais. Importantíssimas contribuições são encontradas nos trabalhos de Costa (1989), Bezerra Jr. (1990), Duarte (1986), Duarte e Ropa (1985), Senna e Vilhena (1988), Vertzman (1995, 1996) e Vilhena (1993). Suas discussões giram em torno do tipo de demanda dessa população, ou seja, qual a natureza da demanda feita ao serviço "psi", qual a representação de saúde e doença predominante nessa clientela, suas expectativas quanto ao tratamento etc. Vale ainda ressaltar que para o presente trabalho essa discussão não ocupa o papel principal de minha pesquisa, por isso para uma leitura mais minuciosa sobre esse tema referimos os leitores à bibliografia citada. A especificidade da clientela que procura ambulatórios, em função do meu interesse, será evidenciada como uma das particularidades que terminam por marcar o atendimento clínico. Em outras palavras, essa discussão será objeto de meu estudo na medida em que os profissionais abordaram esse tema como algo que integra a prática clínica. Como em meu trabalho anterior poucos foram os profissionais que fizeram maiores considerações sobre esse tema (na maioria das vezes foi tratado como um aspecto irrelevante), acredito ser fundamental evidenciar a importância que alguns autores delegam à esse assunto.

Costa, em sua obra "*Psicanálise e Contexto Cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia*" (1989), aborda a heterogeneidade da psicanálise perguntando-se sobre a possibilidade de pensá-la incursionada em terra estranha, sem se perder ou se aculturar. Seu estudo refere-se ao atendimento psicanalítico das camadas populares. Questionando a eficácia da psicanálise somente para a classe média-alta apresenta a pergunta: por que outras pessoas não teriam o direito de ocupar nossa atenção e interesse? No entanto, muitas vezes a nossa realidade social impede que se pense teoricamente tal questão, pois quando se entra em contato mais próximo e humano com essas pessoas deparamo-nos com a tristeza da miséria e da fome. E, além disto, talvez o que mais impressione seja a resignação, a obediência e a passividade de um cliente de uma instituição ambulatorial diante da autoridade de um "doutor". A obediência e a resignação não têm justificativa. Citando Jewgenij Schwartz, Costa enfatiza:

"se o corpo humano é despedaçado, o homem está morto. Se a alma é despedaçada, ele simplesmente se tornará mais obediente e nada mais" (1989, p.6).

Além disso, acrescenta: Por que a psicanálise se protege das diversidades culturais restringindo-se aos consultórios privados? Conclui que talvez o que dê origem a esse recato é o medo de que a teoria mostre-se incompetente para lidar com fatos novos. E se for? Costa declara que não pertencemos à psicanálise, é ela que nos pertence. A psicanálise é um corpo racional de conhecimentos que pode e deve ser criticado e superado em seus defeitos. Afinal,

"o objetivo dos psicanalistas é zelar pela integridade do dogma ou conhecer o psiquismo humano?" (1989, p.7).

Se esse instrumento não é humanamente útil, então que seja substituído. Com essa consideração em vista, Costa repensa alguns conceitos psicanalíticos e atribui ao "ego-imaginário" um papel essencial na formação da subjetividade. Com isso, repudia a idéia de que a constituição da subjetividade segue um modelo universal independente das diversas culturas. O autor evidencia, assim, a importância fundamental dos fatores culturais na formação das subjetividades particulares.

No entanto, raramente encontramos estudos que questionem a eficácia do modelo psicanalítico enquanto o mais adequado ao atendimento à essa população que possui características culturais particulares. Como ressaltam Duarte e Ropa (1985), a maioria dos estudos sobre esse assunto conclui que a solução para o impasse criado pelas grandes diferenças sócio-culturais entre os profissionais e a clientela resume-se numa alteração técnica da prática terapêutica sem um questionamento do modelo teórico utilizado. Em geral, tal modelo é considerado como único possível e válido e as transformações na aplicação da prática limitam-se ao ajustamento deste modelo à população em questão, sem produzirem um questionamento real que leve em consideração as diferenças culturais. Duarte e Ropa alertam ainda para o risco de que se façam simples transposições mecânicas de uma realidade para outra, o que representaria um modo de pensar universalista. Vilhena (1993) acrescenta que, desta forma, uma clínica exercida em instituições públicas se sustentaria em teorias quase sempre etnocêntricas que marginalizam outras formas de construção da subjetividade, outros códigos linguísticos e outros *ethos*.

Bezerra Jr. (1990), numa avaliação dos serviços de saúde mental oferecidos à população de baixa renda, discute a questão da ilusão da universalidade dizendo que nas teorias do psiquismo existe uma tendência de se pensar o homem enquanto sujeito psicológico universal. A necessidade de se considerar os modelos psicológico-psiquiátricos como científicos termina por torná-

los generalizantes e universais. Com isso, corre-se o risco de se enveredar numa concepção abstrata e a-histórica do sujeito, como se todos os indivíduos pensassem e agissem da mesma maneira em todo o lugar e em qualquer época, tornando esse indivíduo dado natural e universal. Esquece-se, assim, que o indivíduo é uma construção social historicamente datada e pouco uniformizada³. Diante de uma sociedade complexa como a brasileira, é impossível não considerar as fronteiras culturais, sistemas simbólicos e visões de mundo bem diferentes entre si. Por exemplo, a noção do que seja doença é determinada pelos vários modelos culturais, o que produz diferenças significativas na representação do que se entende como doença. Como ressalta Costa (1989), a sintomatologia "doença dos nervos" é algo bastante conhecido e falado quando se trata de camadas de baixa renda⁴. No entanto, encontramos ainda muitos profissionais influenciados pelo universalismo essencialista dos conceitos nosográficos e classificatórios, que buscam traduzir tal sintomatologia (doença dos nervos) para um linguajar mais "psicologizante". Isso feito, toda a diversidade e especificidade cultural que tal termo denota é desconsiderada. Destaca que "não existe doença independente de seu modo de expressão" (1989, p.20).

"Tanto a conduta doente como a conduta sadia são condutas igualmente prescritas pelos códigos sócio-culturais, e o indivíduo, quando adocece, continua nesse mundo, portando todos os sinais que o mundo lhe imprimiu" (1989, p.3).

Como também aponta Vilhena (1993) negligenciar essas especificidades significa, muitas vezes, retirar de um determinado grupo social sua

³ Para maiores considerações sobre esse tema ver Velho, G. (1981).

⁴ Sobre esse tema temos importantíssimas contribuições tais como Duarte (1986), Duarte e Ropa (1985).

categoria de sujeito. É eliminar o estatuto de cidadania, e transformá-los em marginais, conferindo-lhes apenas uma identidade já conhecida: "pobres", "negros", "miseráveis", "velhos", "homossexuais" etc.

Um cuidado que se deve ter quando se critica o universalismo é de não recair num outro extremo, numa visão relativista. Apesar da heterogeneidade dos discursos e das diferentes visões de mundo, não se pode desconsiderar a existência de características sociais dominantes que garantem a coesão do conjunto da sociedade. Como diz Bezerra Jr., não se deve

"chegar a conclusões do tipo: o funcionamento psicológico do burguês é um, e o do proletário é outro" (1990, p.144).

Este raciocínio toma o psiquismo como subproduto direto das diferentes classes sociais. Senna e Vilhena enfatizam que não se trata de deixar de lado as determinações sócio-econômicas mas sim, de se ter o cuidado para não converter o registro psíquico a um outro. Nas palavras das autoras:

"substituir/reduzir um significado psicopatológico por outro sociopatológico parece-nos pouco eficaz" (1988, p.16).

Vilhena ressalta ainda que é preocupante o uso cada vez mais frequente de categorias imaginárias tais como "carente", "baixa renda", "código linguístico restrito", categorias essas que apontam para algo que é "menor" ou que "falta", e que, curiosamente, são utilizadas em relação a um discurso hegemônico. O caráter autoritário do uso e de classificações como essas, ao invés de explicitar diferenças, terminam por reforçar discriminações sociais (1993).

Bezerra Jr. (1990) ressalta ainda que além das diferenças no que tange às representações acerca da doença e do tratamento, a relação entre terapeuta e clientes nas instituições públicas ambulatoriais é marcada por outras peculiaridades. Diferente do que ocorre nos consultórios particulares, o cliente de um ambulatório não escolhe o profissional e dificilmente interrompe o tratamento se preferir se tratar com outro. Além disso, o pagamento do serviço prestado pelo terapeuta não sai diretamente do bolso do cliente, o que pode fazer com que a atenção do terapeuta seja considerada um favor. E, ainda, a autoridade atribuída ao profissional em função do seu saber é fortemente recoberta pela marca do poder de classe. O autor discute ainda a eficácia dos atendimentos em ambulatórios onde as consultas se resumem a "cinco minutos" e as filas, o descaso e a falta de condições materiais transformam o que deveria ser um ato terapêutico num atendimento mecânico. O autor também afirma que estes são alguns dos aspectos que demonstram as particularidades que diferenciam o atendimento ambulatorial de um atendimento no consultório. Conclui, no entanto, que a experiência de atendimento psicoterápico tem demonstrado, ao contrário do que outros autores afirmam, que o discurso da população de baixa renda não se caracteriza por uma versão empobrecida ou reduzida em relação aos modelos dominantes. Espelha, isso sim, sistemas simbólicos diferentes. Em outras palavras, não significa uma "privação linguística", mas uma verdadeira diferença. Como bem caracteriza Duarte e Ropa (1985, p.188), "não é uma questão de grau e sim uma questão de tipo".

Vertzman (1995), num estudo mais recente sobre a tristeza e depressão nas classes trabalhadoras enfatiza que esses elementos estão referidos a um meio cultural específico e, por isso, não podem ser considerados a representação universal de um determinado fenômeno que ocorre com o indivíduo. Denuncia assim, que algumas denominações podem estar referidas à eventos culturais específicos, e que muitas vezes, passam despercebidos. A homofonia de

determinadas palavras mascara as diversas condições de seu uso, coisa que pode mudar sensivelmente seu significado. Assinala que tristeza e depressão:

"São parte intrínseca do discurso, e os significados que adquirem dentro deste expressam vivências particulares com grande relevância para a clínica" (p.12).

Assim, o interesse pelas peculiaridades dessa população deve sempre ultrapassar a questão de uma mera curiosidade. Na realidade, conhecer melhor as dimensões culturais que organizam a vida dessa população significa conhecer o nosso cliente. E isso é fundamental para a eficácia de um trabalho terapêutico.

Duarte e Ropa (1985) utilizando como referência teórica Luis Dumont, sugerem que essas especificidades da população de baixa renda estariam associadas a forma como essas culturas se constituíram. Ou seja, são culturas que se organizam segundo o princípio da "hierarquia" e do "holismo". Dumont, ao estudar as sociedades indianas, afirma que as culturas organizadas pelo princípio hierárquico-holista, correspondente à forma ideológica hegemônica das sociedades ditas "tradicionais", partem da totalidade para a demarcação das partes. "O *todo* preexiste e determina o espaço das representações e práticas de uma sociedade ou grupo social" (Duarte e Ropa, 1985, p.192). Já as culturas ocidentais modernas são determinadas por uma visão de mundo individualista onde as *partes* se sobrepõem sobre a totalidade. As pessoas marcadas pela visão de mundo individualista se apresentam como indivíduos autônomos e particulares. Desta forma, os autores afirmam que numa sociedade complexa como a brasileira grupos portadores da visão de mundo mais individualista coexistem com grupos que são organizados por uma visão de mundo mais "holista" (e que são representados pela população de baixa renda). Assim, as dificuldades existentes nos atendimentos dessa população

envolvem uma questão cultural mais ampla, envolvem as próprias bases que organizam essas culturas e não se restringem, por isso, à uma maior ou menor capacidade de verbalização, ou por um discurso mais ou menos empobrecido.

Vertzman (1995) acrescenta, ainda, que essas diferenças não impedem que a psicanálise possa ser utilizada como uma proposta terapêutica para essa população. Além de outras justificativas, o autor afirma que apesar de existirem diferenças culturais marcantes esse tipo de clientela valoriza o fato de poder "conversar sobre o problema" (p.120) como algo que pode ajudar em sua resolução. E, como se sabe, não há nada mais psicanalítico do que "falar de problemas". Desta forma, acredita que o psicanalista pode ocupar um lugar de destaque no processo de cura das "doenças dos nervos". Em outras palavras, para ele seria absolutamente justificável e pertinente oferecer um atendimento psicanalítico para as camadas de baixa renda pois as diferenças sócio-culturais não se constituem como paradigmas incomensuráveis.

Costa (1989) aponta, ainda, algumas diferenças no que se refere ao *setting* analítico. Declara que qualquer enquadramento é um dispositivo social que é produzido a partir de um comum acordo entre os participantes (analista-cliente). Logo, não é uma configuração extramundana isolada das impurezas sociais. Assim, tendo em vista as diferenças de visão de mundo entre terapeuta e cliente, não se pode garantir que esse acordo que possibilita a formação do *setting* existirá. Por conseguinte, os elementos que compõem o enquadramento (divã, frequência de sessões, modo de comunicação proposto pelo analista etc.) podem não fazer nenhum sentido para um indivíduo da camada de baixa renda. A maioria dessas pessoas em sua experiência pessoal provavelmente nunca foi interrogada sobre seu desejo, relações familiares ou história pessoal para resolver seus problemas pessoais. Logo, para que o paciente participe do enquadramento é necessário que ele de alguma forma entre na dimensão de algo que lhe seja familiar. Este é um dos

motivos que leva Costa a sugerir o atendimento em grupo, por achar que este enquadramento poderia respeitar mais as particularidades sócio-culturais.⁵

Feita essa breve consideração a respeito do trabalho de alguns autores passemos para o relato dos profissionais entrevistados. A maioria, apesar da enorme diferença existente em seus relatos, considera que a psicanálise não é incompatível com as especificidades da população de baixa renda.

Um deles comenta que o fato da clientela pertencer a um universo simbólico diferente, e por isso ter noções e expectativas diferentes da visão do terapeuta, não impede o trabalho psicanalítico.

"Não acho que essas diferenças nas visões de mundo atrapalhem o trabalho clínico. Uma empregada doméstica pode oferecer uma camada resistencial que você, com alguma facilidade, pode atribuir à incultura. Mas, por exemplo, tivemos um caso de um porteiro nordestino que tinha mil ansiedades sobre sua sexualidade e que passou seis meses só produzindo sonhos. E, muitas vezes, você pega uma socialite fútil que tem uma linguagem mais embarreirada do que a do porteiro. Pensar nessa clínica é mais ou menos pensar no que acontece na clínica com adolescentes. Se eu não me aproximo, se não me coloco mais à vontade, nada acontece. Você tem que ter, ao que me parece, uma adequação à clientela que te procura. Deve-se ter um cuidado com a especificidade de um determinado mundo comunicacional. E, além disso, tem que se diferenciar o que é resistência e o que é um modo de pensar típico de um determinado grupo e não atribuir à incultura ou a ignorância um fenômeno resistencial. Agora, eu fico curioso quando se trata de uma clínica

⁵ Em função do objetivo do presente trabalho, não me deterei nas considerações que Costa faz sobre este tipo de atendimento. De todo modo, vale dizer que o autor enfatiza que sua sugestão de que se pense no atendimento em grupo como interessante para o trabalho com esse grupo social, nada tem a ver com o recurso a esse atendimento como forma de possibilitar que mais pacientes sejam atendidos em menos tempo – trata-se de uma opção técnica-teórica, e não de um paliativo à precariedade da rede pública de saúde no país.

mais francesa, mais lacaniana, que trabalhe com tempo lógico; quais são os efeitos desses recursos? Parece-me que é um recurso palatável num mundo que tem essas coordenadas muito claras. Eu não sei como fica para uma pessoa muito fora do mundo psi, com a qual você tem que ter mais cuidado. Fazer uma sessão de dez minutos pode ser um desastre".

Um outro psicanalista acredita que muitas vezes essa questão se não for bem assinalada pode tornar-se um problema para o atendimento clínico nessas instituições.

"Essa questão da linguagem, da cultura, de uma forma geral, é outra coisa muito importante. Em geral o terapeuta de classe média portador de valores morais e ideológicos, acaba tendo percepção desses valores por conta também de sua juventude. E, muitas vezes, a leitura da teoria é perpassada por esse lugar de classe. Esse lugar sócio-cultural cria um universo que se reflete na própria leitura que o sujeito faz da teoria. Isso é um tema que se relaciona inclusive com uma questão ética. Eu acho imprescindível a experiência de vida e a maturidade pessoal de um psicanalista, até para poder trabalhar com visões de mundo que são diferentes da sua. E isso complica um pouco, pois a maioria das pessoas quando iniciam são jovens que estão começando suas análises. Sem dúvida você tem questões para pensar. Você colocar uma pessoa muito nova, muito inexperiente..., é certo que ela tem supervisão, mas isso nem sempre é o suficiente. Ao mesmo tempo as pessoas tem que aprender... com os pobres, como sempre. Por outro lado, você consegue uma qualidade de atendimento muito razoável. As pessoas ficam muito compenetradas e muito cuidadosas com o trabalho, afinal ser jovem não é defeito, pois você tem algumas vezes um veterano

trabalhando de forma muito mais displicente do que um jovem. Em outras áreas de saúde também acontece, às vezes, do profissional mais experiente ser mais negligente. Em psicanálise é mais "complicado" por causa da maturidade pessoal. É sempre um problema, como lidar com isso? Mas, por outro lado, dificilmente essa questão dos diferentes universos sociais era preocupação nas sociedades de psicanálise. Você não via esse tipo de preocupação na formação das pessoas. Era como se o mundo dos pacientes fosse o mundo em que o terapeuta vivia, um mundo absolutamente igual à sociedade a que ele pertencia. Era outra vida, outra história, outra psicanálise. É interessante que agora, as pessoas que vão para as sociedades já podem ter uma experiência direta com um mundo de valores diferentes. Isso eu acho riquíssimo no curso. Saber interpretar permanecendo no lugar de psicanalista, sem escorregar numa avaliação ideológica é uma grande experiência. Essa vivência é muito rica para um futuro analista, e nas instituições de psicanálise você quase não tem essa oportunidade".

É interessante observar o quanto, para esses entrevistados, a capacidade do aluno, sua maturidade e experiência pessoal estão em jogo quando se trata de lidar com os diferentes universos simbólicos. Poder "ter uma adequação à clientela", ou ter "um cuidado com o mundo comunicacional" pressupõe para estes um trabalho pessoal dos alunos. Assim, está claro o quanto o tratamento fica prejudicado se as especificidades dos discursos dos pacientes não são respeitadas.

Prosseguindo o relato do último entrevistado, mais especificamente sobre a clientela que procura esses serviços, ele assinala que

"O que você vê muito é a demanda de aconselhamento, esclarecimento... Mas se você quiser pensar em termos ideais ninguém demanda psicanálise em si. Você

demanda consertar seu narcisismo e não transformar seu narcisismo. Mas na instituição eu me preocupo que as pessoas expliquem bem, como Freud fazia. Explicar como vai ser o processo, pois como a psicanálise está muito difundida, às vezes, a gente esquece que as pessoas não sabem, e muitas vezes elas ficam esperando ter uma orientação, que se dê regras e pautas de conduta. Mas em geral essa demanda se transforma. Isso é fato. Essas instituições provam que o exercício da psicanálise é possível, até contra o que pensava Freud sobre a história do cobre da psicoterapia e do ouro da psicanálise."

Um outro profissional diz, inclusive, que nem sempre essa questão foi objeto de atenção dos psicanalistas. Esse tema começou a ser discutido na medida em que se foi percebendo a enorme quantidade de desistências que ocorriam nessas instituições. Foi quando se começou a pensar no porquê das desistências é que a questão das diferenças culturais existente entre terapeuta e paciente emergiu.

"Essa questão levou as pessoas a refletirem um pouco sobre as demandas. Que tipo de demanda essas pessoas têm? O esperam que essas pessoas que procuram o nosso trabalho? O que elas gostariam de encontrar aqui? O que foi percebido é que não podemos aplicar simplesmente o modelo de consultório na instituição. Ou melhor, é necessário reformular uma série de idéias que tem a ver com situações sociais e culturais específicas. Então, a partir do momento que a gente entende isso, tudo fica mais fácil".

Outros três psicanalistas acreditam que não há qualquer impedimento em se trabalhar com pessoas de universos sócio-culturais diferentes e apresentam justificativas diferentes das anteriores. Um deles relata não observar nenhum

problema pois na realidade o psicanalista deve estar sempre atento ao "sujeito do inconsciente". Outro profissional comenta:

"Não acredito que haja qualquer impedimento de se atender pessoas incultas ou de outra classe social. A psicanálise é um trabalho do particular. Então, eu tento pensar e escutar o sujeito do inconsciente. Eu estou mais interessado no sujeito do inconsciente".

O último, ao ser perguntado se percebia alguma questão no fato do terapeuta atender pessoas de universos simbólicos diferentes acrescenta:

"dependendo da leitura psicanalítica esse tipo de questão pode ou não se colocar. Dentro da perspectiva lacaniana é absolutamente impossível se colocar uma questão dessa ordem. Como dizia Lacan, muito adequadamente os difíceis de analisar são os ricos. Os ricos em lugar de se comprometer com as desgraças da sua vida imaginam poder comprar o que lhes falta. Ignorância, pobreza, pouca escolaridade nunca foram obstáculo para que o sujeito falasse, inclusive com uma riqueza e uma produção de altíssimo nível. Além disso, há também todo um preparo antes que os alunos possam atender, no sentido de treiná-los para o que supõem que vão escutar, ou seja, o que é escutar uma pessoa, ou o que é atender uma pessoa. Como eu disse bem claramente, eu não posso afirmar se eles estão fazendo psicanálise ou não, porque não cabe a mim dizer isso, caberia a cada um na sua análise. Pelo menos, o que eles estão se propondo a fazer ali é discutido, debatido e estudado. Nunca tive uma questão em que a ideologia de classe por parte do analisando batesse de frente com a ideologia de classe do analista".

É interessante perceber que, para esses profissionais, o fato de dizer que a psicanálise trabalha com o "sujeito do inconsciente" soluciona as questões que são suscitadas por esse tema. Muito pouco é dito sobre as dificuldades ou as especificidades do atendimento à população de baixa renda quando a justificativa está apoiada no "sujeito do inconsciente". Tal conceito teoricamente abrange esses aspectos, ou seja, essa formulação procura ressaltar a inserção da cultura no processo de subjetivação, de divisão do sujeito. No entanto, ainda assim, permanece a questão: será que escutar o "sujeito do inconsciente" resolve todos os problemas que as diversidades sócio-culturais fazem emergir? Ou melhor, será que os alunos, iniciando seu percurso na clínica, sabem o que é escutar o "sujeito do inconsciente"? Parece, como já foi visto anteriormente, que esses alunos, em geral, chegam com pouquíssima experiência clínica e pouco conhecimento teórico. Dessa forma, podem até não saber ao certo que tipo de clientela procura esses ambulatorios, quais as suas demandas, representação de doença, seus projetos de vida etc. De que maneira então podem eles escutar o "sujeito do inconsciente"? Note-se que somente o último profissional fez considerações sobre o que os alunos imaginam que seja "escutar" um paciente.

Acredito ainda que essa questão envolve uma outra problematização que talvez mereça maior destaque. Será que nada é necessário ser dito sobre os efeitos das especificidades sócio-culturais existentes num atendimento ambulatorial quando se trabalha com a noção "sujeito do inconsciente"? Será que não deveria estar mais claro, inclusive para os alunos, a forma como essa noção dá conta dessas questões? Por que será que explicitar e discutir os efeitos dessas diferenças parece ser um trabalho desnecessário quando se utiliza a noção de "sujeito do inconsciente"? É como se trabalhar com o "sujeito do inconsciente" fosse uma garantia de que não se cairá, como nos disse um outro entrevistado, no risco de se fazer uma "avaliação ideológica". Será que, dessa forma, não se corre o

risco de ignorar os efeitos das diversidades sócio-culturais? Note-se que não é meu objetivo colocar em questão o significado da noção de "sujeito do inconsciente", quero apenas salientar um tipo de uso desse termo que pode terminar isolando questões de extrema importância.

Gostaria de finalizar essa discussão com a apresentação do relato que um outro psicanalista faz com relação a esse aspecto. Isto mostrará que existem posições absolutamente contrastantes, e que carecem, ainda, de análises mais cuidadosas.

"Acho absolutamente fundamental você conhecer o tipo de demanda, a cultura das classes trabalhadoras que procuram essas instituições. Por exemplo, porque o divã é usado? Isso tem uma história. As pessoas ficam com uma idéia cristalizada de que para se ter psicanálise é necessário divã. Afinal, Freud teria colocado as pessoas deitadas sem nenhum motivo aparente, ou seja, não teve nenhuma justificativa teórica "a priori" que fez Freud pedir para que as pessoas deitassem. E as pessoas cristalizaram, acharam que isso é alguma coisa que está na base, na natureza da psicanálise, que seria uma condição necessária para a análise. E aí começaram a inventar uma série de teorias: a pessoa deitada regride, isso favorece determinada regressão, aproxima mais as pessoas do processo primário, favorece o dispositivo analítico. O que devemos pensar é que num determinado momento esse procedimento favoreceu este processo. Mas eu acho que num ambulatório público, pela cultura da instituição pública, pela cultura das classes trabalhadoras que são atendidas, isso soa como uma coisa absurda, colocar a pessoa falando deitada no divã. A idéia do uso do divã sofreu uma universalização no meio da classe média. Essas pessoas aceitam que a psicanálise seja feita dessa maneira sem nenhum problema, o que não é o caso das pessoas nos

ambulatorios públicos. Às vezes o divã pode inibir muito mais as pessoas de falarem do que no "tête a tête". Eu acredito que o dispositivo analítico significa você poder instaurar um dispositivo de fala, respeitando uma determinada cultura. Resta saber, e isso é a questão de base, se essa cultura do ambulatório, das classes trabalhadoras é afeita ao dispositivo analítico. Se ela é afeita a alguma coisa oriunda da ideologia individualista ou não. Tem autores, como alguns antropólogos que discordam, e acham que não se deve oferecer análise para essas pessoas. Pois acreditam que essas sejam socializadas de acordo com o princípio hierárquico-holista. Eu não partilho dessa idéia. Acho que se pode oferecer psicanálise para essas classes, pois constituem um tipo de hierarquia e holismo particular, através, por exemplo, do dispositivo do "nervoso" que é filhote das concepções letradas do sec. XIX e do processo de individuação. Eu acho absolutamente compatível a psicanálise e as classes trabalhadoras. Por exemplo, não faz sentido falar em psicanálise para a cultura islâmica. Não faz sentido falar em autonomia do sujeito, autonomia da mulher para essas pessoas devotas do Aiatolá Komehni. (...) Sei que muitas vezes as pessoas argumentam que não há problema algum em atender pacientes de diversas classes pois, na realidade, estão preocupadas com a escuta do sujeito do inconsciente. Como se isso fosse alguma coisa transcendente ao mundo empírico das pessoas. O sujeito do inconsciente fica sendo a estrutura básica transcendente, estrutura da linguagem para Lacan ou o mundo pulsional do ponto de vista de Laplanche etc. Com isso a vida das pessoas, o mundo empírico passa a não importar em nada, porque existe um sujeito que é absolutamente a-cultural e a-histórico. Isso é complicado, é a idéia de essência, de que a gente trabalha com a essência escondida e universal, como se tivéssemos que intervir na essência e não no mundo das aparências".

Essas importantes considerações assinalam, assim, um tipo de uso que pode ser feito da noção "sujeito do inconsciente" que não parece trazer um questionamento mais produtivo a respeito dos efeitos das diversidades sócio-culturais. Volto a enfatizar que essa postura não necessariamente corresponde ao trabalho dos profissionais entrevistados. Minha intenção é expor algumas situações e riscos que o atendimento clínico em instituições universitárias envolve.

"Não basta ensinar ao homem uma especialidade. Porque se tornará assim uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto".

Albert Einstein

IV- ATENDENDO NAS INSTITUIÇÕES: O INÍCIO DA FORMAÇÃO PSICANALÍTICA

Um outro aspecto investigado nas entrevistas refere-se ao papel que esses estágios exercem na formação de um psicanalista. Tendo em vista que a maioria dos profissionais afirmam trabalhar psicanaliticamente, torna-se relevante analisar a forma como os supervisores consideram seus alunos: são eles analistas?

Falar sobre a formação do aluno num ambulatório universitário foi uma tarefa bastante complexa devido aos inúmeros aspectos envolvidos nesse tema. Por exemplo, pesquisar a formação do aluno em ambulatórios universitários supõe abordar vários assuntos tais como, a supervisão, o estudo teórico e a análise pessoal dos alunos que participam dos cursos. Logo, sistematizar esses três pontos e analisar suas interligações constituiu uma tarefa bastante árdua.

Em primeiro lugar, porque as entrevistas não foram feitas com os próprios alunos que falariam de si, do que pensam sobre sua formação, seu trabalho e sua supervisão. Minha abordagem está direcionada para a forma como os supervisores percebem a atuação do aluno, suas ansiedades e, se isso é trabalhado, de que forma essa observação é feita na supervisão.

Em segundo lugar, foi verificado que a importância e a própria concepção de tais temas variavam de profissional para profissional. Este fato não estava somente articulado com as várias linhas teóricas adotadas por cada um. Notou-se novamente que essas noções se diferenciavam de uma forma bastante personalizadas. Cada profissional enfatizava, por exemplo, diferentes elementos como fundamentais em seu trabalho de supervisão. Assim, o que cada um comentou sobre os aspectos que estão envolvidos na formação do aluno foi tão

pessoal que tornou-se difícil elaborar uma sistematização que reunisse os profissionais em vários grupos.

Em terceiro lugar, percebi que organizar esses três aspectos da formação do aluno envolvia uma segunda tarefa (nem por isso mais simples): a delimitação do campo de cada um. Pensar no estudo teórico não constitui um problema. Esse objetivo fica claramente demarcado em tais locais até mesmo porque esta prática clínica está inserida em instituições **universitárias**. A delimitação mais complicada refere-se à análise pessoal do aluno e a supervisão. Como sistematizar em cada entrevista o que é que diz respeito as questões de uma supervisão e o que envolve as questões do aluno? Num primeiro olhar isso não parece apontar para maiores dificuldades, no entanto, o que foi dito sobre esse tema não se restringiu a uma simples interrogação. Muito pelo contrário, importantes considerações sobre a formação dos alunos foram feitas ao longo das entrevistas, até mesmo quando se tratava de outros assuntos. Por exemplo, quando os profissionais falavam sobre o perfil do aluno que procurava o curso, na maioria das vezes falavam de suas ansiedades e de como isso era trabalhado na supervisão. Assim, não foi possível fazer uma delimitação precisa do que era do campo da supervisão e do que fazia parte do campo do aluno, suas ansiedades, ou análise pessoal. Talvez, essa não seja uma dificuldade que se apresente somente em minhas entrevistas. Ou melhor, a dificuldade encontrada em delimitar o campo da supervisão no discurso dos entrevistados, reflete, provavelmente, uma questão atual a respeito daquilo que circunscreve uma supervisão. Em outras palavras, como diferenciar a demanda da supervisão da demanda de análise levando em consideração os objetivos da instituição? Qual a função da supervisão feita por psicanalistas numa instituição universitária? O que se deve ter em mente, no entanto, é que por mais que formar analistas não seja o objetivo dessas instituições,

em momento algum, isso não impede que os profissionais tenham como suporte e direção um modelo de formação psicanalítica.

Por fim, resta uma última observação. Ao longo das entrevistas fui percebendo que a questão sobre a definição da prática clínica ambulatorial estava presente no que era relatado sobre a formação do aluno. A discussão sobre se tal prática clínica é ou não psicanalítica também perpassava o discurso de alguns profissionais quando tratavam das questões que diziam respeito à análise pessoal e à supervisão. Esse fato também terminou por dificultar a elaboração de uma análise mais sistematizada.

De qualquer forma, tento minimamente organizar essas discussões em duas partes que constantemente se entrelaçam: "*Pensando sobre o aluno*" e "*Pensando sobre a supervisão*".

1. PENSANDO SOBRE O ALUNO

Através do discurso dos entrevistados, pode-se perceber que os alunos, ao ingressarem nessas instituições, já possuem algum tipo de escolha, alguma transferência com a psicanálise. Mesmo aqueles que ainda encontram-se na graduação quando escolhem um supervisor psicanalista possuem algum laço mais forte com o trabalho psicanalítico. Em geral, todos os alunos são pessoas que estão no início de sua formação, começando um percurso na clínica. Como nos diz um entrevistado, "para a maioria é a primeira vez que vão ter a experiência sentadas do lado de cá". Assim, os alunos são jovens recém formados, interessados na psicanálise. No entanto, ao longo das entrevistas pude perceber que, recentemente, esse perfil vem apresentando mudanças. Acrescentando-se aos jovens, pessoas mais velhas que estão retomando à vida profissional constituem uma parte significativa dos alunos. Além disso, um entrevistado relatou que pessoas de bairros distantes, não elitizados, têm buscado esse tipo de curso. De qualquer forma, todos são iniciantes na prática clínica psicanalítica. Isso não significa, no entanto, que haja uma homogeneidade entre os alunos. Vários entrevistados se referiram à heterogeneidade dos alunos desses cursos. Afirmam que durante o curso uns se engajam mais no atendimento clínico do que outros,

"uns são mais tocados pela psicanálise do que outros",
"tem uma turminha que passa impávida, em brancas nuvens, não engrenam na clínica".

Somente um profissional afirmou que as pessoas mais velhas que estavam retomando à vida profissional tinham mais dificuldades de se engajarem na clínica. Relata que prefere priorizar as pessoas jovens por achar que são mais

empenhadas, estudiosas e menos preconceituosas. No entanto, a maioria valoriza a própria experiência de vida da pessoa mais velha. Disseram, inclusive, que muitas vezes esse aspecto pode ser decisivo na seleção dos alunos. Assinalaram, também, as várias dificuldades que o jovem enfrenta quando inicia a clínica psicanalítica.

"Você vê meninhas que tiveram o seguinte caminho: Sion, graduação na PUC, papai e mamãe bem organizados, uma vida de classe média bem burguesa que ao se depararem com algumas situações clínicas se assustam um pouco. Acabam não sabendo permanecer no lugar de psicanalista. Aqui no Brasil as pessoas começam a se aventurar no consultório cedo demais. Não existem outras oportunidades e aí as coisas ficam um pouco desvirtuadas. Eu acho que o psicanalista deveria ser uma pessoa já com uma certa experiência de vida, não só de análise pessoal. Viver a questão humana, amadurecer, tudo isso é muito importante para o psicanalista. Se a pessoa pudesse ter mais tempo de fazer outros tipos de estágios, ter outras experiências de vida seria melhor. Não seria necessário ter tanta preocupação de ingressar tão cedo no trabalho clínico."

De qualquer forma, esse psicanalista assinala a existência de dificuldades resultantes não só de uma eventual falta de análise pessoal mas da própria imaturidade do jovem que está iniciando uma prática clínica. "É sempre um problema, como lidar com isso?" Comenta, por exemplo, que os principiantes ficam muito ansiosos em relação à permanência ou não do cliente, são também muito preocupados em resolver o problema que o cliente traz, sem muitas vezes perceber a abrangência do discurso do paciente.

"Eles tem uma idéia de ajudar, uma pretensão de querer dar conta que está muito mais ligado com a ansiedade de lidar com o tipo de posição que o psicanalista ocupa".

Por outro lado, afirma também que os principiantes são, de maneira geral, muito compenetrados e interessados no trabalho. E eventualmente um veterano pode ser muito mais displicente do que um jovem. Referindo-se à Hélio Pellegrino continua:

"ele tinha uma frase ótima. Às vezes encaminhava algum cliente para mim que depois retornava a ele dizendo, "ah, mas ele é muito jovem", daí Hélio falava: "mas por que? Ser jovem é defeito? Acho, então, que você consegue uma qualidade de atendimento muito razoável. As pessoas ficam muito compenetradas e muito cuidadosas com o trabalho. E eventualmente, essa história de que jovem não é defeito se confirma quando percebe-se que um veterano pode trabalhar de forma muito mais displicente do que um jovem. Isso em outras áreas de saúde também acontece, às vezes, o profissional mais experiente é mais negligente. Em psicanálise a coisa complica por que devemos levar em consideração a questão da maturidade pessoal".

Outros entrevistados também fizeram considerações a respeito dessas dificuldades de quem está iniciando a clínica, e na maioria das vezes associavam tais dificuldades ao momento da análise pessoal de cada aluno. Muitas vezes não ficou claro em que medida essas dificuldades resultavam do fato de serem principiantes ou de ser um reflexo da análise pessoal. De maneira geral, quando os profissionais falavam das ansiedades de um principiante logo emendavam na importância e nos efeitos de uma análise pessoal. De qualquer modo, ficou evidente a importância fundamental que a análise pessoal tem para o atendimento clínico

psicanalítico, por mais que em nenhuma das instituições isso seja um requisito. Ou, pelo menos, não é um requisito formalizado.

Antes de dar continuidade às entrevistas vejamos algumas considerações que Freud faz a respeito da importância do processo analítico do próprio analista. Em "*Recomendações aos médicos que exercem psicanálise*" (1912), Freud enfatiza o quanto é fundamental a análise pessoal do analista para que este seja capaz de "estar em posição de utilizar seu inconsciente desse modo, como um instrumento..." (p.154). Acrescenta que evitar esse processo pode fazer com que as próprias resistências do analista ocultem de sua consciência o que foi detectado por seu inconsciente. Dessa forma, enfatiza o quanto o inconsciente do analista está inteiramente comprometido com o processo de análise do paciente. Em outras palavras, assinala a necessidade do trabalho psíquico do analista para que este possa trabalhar psicanaliticamente, mantendo a atenção "uniformemente suspensa" que é um dos elementos principais para que o analista possa "abandonar-se inteiramente à memória inconsciente" (p.150). Assim, percebe-se que todas as recomendações que constituem as regras técnicas do trabalho psicanalítico envolvem necessariamente o processo psíquico do próprio analista. Quando Freud nos fala de como lidar com a tarefa de se lembrar de tudo o que o paciente diz, do que se deve ou não se deve selecionar do discurso do paciente, de que postura se deve ter diante do que se escuta, que tipo de posição se deve ter diante de determinadas situações, não está somente tentando sistematizar um conjunto de regras da clínica psicanalítica. O mais importante é perceber o quanto é exigido do psicanalista um trabalho e um conhecimento do seu próprio psiquismo. A ênfase na análise pessoal do analista não se resume ao que Freud diretamente relata em alguns artigos, mas perpassa toda a sua obra, inclusive quando define conceitos tais como transferência, amor transferencial, interpretação ou construção. Como afirma Freud, para que possa haver um trabalho psicanalítico

"não basta para isso que ele próprio (o analista) seja uma pessoa aproximadamente normal. Deve-se insistir, antes, que tenha passado por uma purificação psicanalítica e ficado ciente daqueles complexos seus que poderiam interferir na compreensão do que o paciente lhe diz. Não pode haver dúvida sobre o efeito desqualificante de tais defeitos no médico; toda a repressão não solucionada nele constitui (...) um "ponto cego" em sua percepção" (1912, p.154, 155).

Em 1937, no artigo "*Análise terminável e interminável*", Freud retoma essa questão enfatizando que na clínica psicanalítica não só o ego do paciente pode servir como resistência ao tratamento mas, também, deve-se levar em consideração a "individualidade do analista" (p.281). Assim, faz-se necessário um intenso trabalho que capacite o analista a ter consciência de seus mecanismos internos, e do quanto um conteúdo recalçado pode servir como resistência no processo analítico de seu paciente. Esse trabalho só pode ser feito através da análise pessoal do analista. É somente por meio da análise pessoal que o analista pode vivenciar e iniciar sua preparação para esse trabalho tão singular que é a clínica psicanalítica.

Percebe-se, então, subjacente, a existência de uma outra questão que diz respeito aos requisitos que um analista deve ter para exercer de forma eficiente o seu trabalho. Esta não está vinculada diretamente ao objetivo de minha dissertação mas merece, pelo menos, uma pequena sinalização. Será a análise pessoal suficiente para que o analista adquira "as qualificações necessárias que necessitará"? (1937, p.282) Quando Freud nos fala da "individualidade do analista", qual será a dimensão e a abrangência que este termo possui? Em outras palavras, quais as qualificações pessoais e portanto éticas que um analista deve ter? Será que a análise pessoal é suficiente para dar conta dessas exigências? De qualquer forma, é absolutamente indispensável a análise pessoal para que um certo grau

considerável de percepção de seus próprios processos psíquicos (e conseqüentemente seus efeitos) seja atingido.

É fundamental evidenciar que todo esse trabalho psíquico do analista mesmo com o término de sua análise pessoal tem continuidade ao longo de seu trabalho e de sua vida. Um analista

"ficará contente em compreender que, tanto dentro de si quanto no mundo externo, deve sempre esperar descobrir algo de novo. Mas quem não tiver se dignado tomar a precaução de ser analisado não só será punido por ser incapaz de aprender um pouco mais em relação aos seus pacientes, mas correrá também perigo mais sério, que pode tornar-se perigo também para os outros. Cairá facilmente na tentação de projetar para fora algumas das peculiaridades de sua própria personalidade, que indistintamente percebeu, no campo da ciência, como uma teoria de validade universal; levará o método psicanalítico ao descrédito e desencaminhará os inexperientes" (1912, p.156).

Freud, nessa passagem, relata claramente as conseqüências desastrosas de um trabalho que não valoriza o processo psíquico do próprio analista. O quanto não só impede o avanço da clínica psicanalítica mas também pode ser imensamente prejudicial para o paciente. Em 1937, Freud enfatiza o perigo que a clínica psicanalítica corre quando os analistas, por via de seus próprios mecanismos defensivos, terminam por evitar as implicações e exigências que uma análise pessoal comporta. Assim, afastam a possibilidade de mudanças subjetivas e de uma maior compreensão de seus próprios processos psíquicos. E, poderíamos acrescentar as conseqüências nefastas que este fato pode trazer para o atendimento psicanalítico.

Freud, então, a fim de valorizar o interminável trabalho psíquico (do analista) que a prática clínica psicanalítica requer, propõe que periodicamente todo o analista retome sua análise pessoal, transformando assim o que seria um processo analítico terminável em interminável.

Depois de feitas essas considerações podemos retomar as entrevistas. Quais as principais questões que surgem quando se trata da análise pessoal do aluno que se encontra no início de sua formação atendendo num ambulatório universitário? São muitas, é claro. Segundo os entrevistados, esses alunos, de maneira geral, quando iniciam o curso estão também iniciando a análise pessoal. Ficou evidente a importância que os profissionais depositam na análise pessoal. No entanto, por serem instituições universitárias e não de formação psicanalítica torna-se "complicado" exigir análise pessoal como um pré-requisito. Sobre esse tema específico somente quatro profissionais fizeram algumas considerações.

Um profissional ao ser perguntado sobre essa questão, ou seja, como lida com a análise pessoal de cada aluno faz as seguintes considerações:

"Esta é uma questão ética "complicada". Eu tenho preocupações grandes com as questões éticas desse tipo de trabalho. Por um lado, não tem nenhum sentido a psicanálise ficar monopolizada pelas grandes sociedades de formação, evoluiu-se bastante, muita coisa melhorou. Antes, você tinha aquele aprisionamento à formalidade da análise didática por isso muita gente fez análise didática só porque tinha que fazer, era um fingimento absoluto. Por outro lado, você tem esse exercício precoce, precoce porque tem gente que acabou de terminar a graduação e já está sendo lançada num exercício profissional que eu acho que é "complicado", que exige muito tempo, muito amadurecimento. Você fica então entre a cruz e a espada. Numa certa época numa sociedade na França não era admitido que um candidato em formação atendesse um paciente. Simplesmente ele não podia ter

consultório. Mas lá você tem outros campos de trabalho, o sujeito ficava 10 anos em formação sem atender. Depois ele recebia autorização para um atendimento sob supervisão. Isso também é "complicado", pois os efeitos disso são efeitos de dominação. No entanto, aqui, você começa um exercício com pouco controle. E as pessoas só com a especialização estão livres para se dizerem psicanalistas no consultório, sem ter muita formação para isso. O curso lá é quase um curso informativo, de abrir um leque de possibilidades, de ter um contato básico com o leque teórico das várias escolas. Ali não há um aprofundamento, nem se pretende isso".

É inegável o problema que a análise pessoal do aluno traz para esse tipo de estágio. Como conciliar o fato de não poder exigir análise pessoal com o atendimento clínico psicanalítico desses locais? Quais serão os efeitos dos diferentes tipos de análises e dos diferentes momentos de uma análise nos atendimentos clínicos desses locais? Como poder controlar minimamente esse pilar fundamental da formação de um psicanalista sem cair no terreno do poder e da dominação? É claro que não há nenhuma responsabilidade por parte dos supervisores de formar analistas, o que não minimiza o problema, pois de um modo geral, a maioria aposta num trabalho psicanalítico valorizando inclusive o modelo de formação psicanalítica. E isso, como assegura esse profissional, evidencia uma questão ética. Qual é na realidade o compromisso desses profissionais com a formação desses alunos?

Um outro profissional fornece um relato bastante interessante. De início ele discute se é possível ou não ter um trabalho psicanalítico nesses locais. Em seguida, vincula essa possibilidade à análise pessoal do aluno. Assim, mostra a importância que a análise pessoal tem, inclusive, para a definição do trabalho feito

nessas instituições. Se é ou não é psicanálise, para esse profissional, dependerá da análise pessoal do aluno:

"Eu acho que esse tipo de trabalho tem uma orientação psicanalítica e é claro que a gente tenta fazer uma transmissão da psicanálise. Agora, isso você consegue mais ou menos. Assim também como no consultório particular, você consegue mais ou menos. Eu diria que o que determina se o atendimento seja mais ou menos psicanalítico vai depender muito do cliente e, muitíssimo, pela minha experiência, do aluno. Eu acho que quando a gente pensa na formação do psicanalista, o que é mais vital é a análise pessoal do analista. Muito embora eu mantenha uma atitude da maior neutralidade possível, tenho o maior respeito em relação a análise pessoal dos alunos. Eu, inclusive, diria que cada um escolhe a linha de análise e o analista que interessa em termos transferenciais, mas, o que é mais fundamental na qualidade do trabalho é a análise pessoal do aluno. Mas, é complicado controlar esse tipo de coisa. Até porque é uma seleção para um curso universitário. Não há possibilidade de controlar, mas muitas vezes, a gente pode perceber algumas coisas. Por exemplo, uma vez eu não aprovei uma pessoa na seleção, porque ela vinha com um jeito muito onipotente. Nunca havia feito análise. Já havia buscado várias coisas em sua vida, mas a psicanálise como um tratamento para si própria nunca esteve entre elas. Eu não iria reprovar alguém só porque não fez análise, mas ela era muito fechada, e parecia que estava ali mais para ensinar do que para aprender. Neste momento, questioneei a qualidade de seu investimento no curso. Ou seja, algum controle, mesmo que muito grosseiro, você exerce".

Esse relato reflete a dificuldade de lidar com essa questão. O elemento que mais define uma clínica psicanalítica é exatamente aquele que não se pode exigir. É aquele sobre o qual se tem pouco controle.

Dos quatro profissionais que discutem essa questão, somente um profissional afirmou que seu trabalho na instituição era de formação psicanalítica. Vejamos como ele se posiciona em relação à definição desse tipo de trabalho, se é psicanálise ou não, e em relação à análise pessoal do aluno.

"Eu considero o trabalho que eu faço um trabalho de formação psicanalítica. Para mim não existe essa história de que na universidade é uma coisa e na escola de formação é outra. Na medida em que se começa a se debruçar sobre os textos de Freud, atender e ter supervisão, isso é uma formação".

No entanto, ao ser perguntado sobre a questão da análise pessoal do aluno diz que

"Esta é uma questão bastante problemática. Na seleção dos alunos eu dou valor absoluto para que as pessoas tenham transferência com a psicanálise e já estejam fazendo análise. Mas isso não é critério absoluto. A gente não coloca como pré-requisito estar em análise. Seria uma coisa absurda, pois a análise só se dá sob demanda, assim, não há possibilidade de exigir de um aluno que ele esteja em análise. Você terminaria por produzir uma série de análises falsas".

Parece que essa questão torna-se muito mais complexa quando se define que o objetivo desse tipo de trabalho também é formar analistas.

É fundamental salientar, também, que a maioria dos entrevistados, apesar de não ter feito maiores considerações a respeito do problema da exigência

da análise pessoal, não significa que não tenha evidenciado a importância da análise e o respeito que possui em relação aos diferentes tipos de análise de cada aluno. Um deles inclusive pede para que os alunos pensem muito cuidadosamente em suas análises pessoais e utilizem isso como critério rigoroso na escolha de um supervisor. Relata que a análise pessoal deve ser muito respeitada dado as diversas linhas teóricas existentes na instituição. Desta forma, percebi um grande respeito em relação ao processo analítico de cada aluno. Além disso, muitos acrescentaram que algumas dificuldades que foram discutidas em relação às questões pessoais do aluno – o fato de estarem iniciando uma análise pessoal, de sentirem uma certa angústia, preocupação em não perder o cliente, que o caso dê certo, a ansiedade em querer ajudar – são coisas que também dizem respeito ao início de uma formação. Um deles afirma:

"as pessoas só serão psicanalistas reconhecidos se elas puderem começar um dia. Isso é fundamental. Permitir que as pessoas comecem. E, começar é começar, não tem jeito. Assim, o que as pessoas fazem não é necessariamente psicanálise. Só a discussão do caso vai mostrar se é ou não".

Um outro psicanalista acrescenta que

"tem pessoas que entram num curso de especialização já num momento em que, a partir de sua própria análise, já estão se autorizando analistas e já estão podendo fazer um atendimento analítico de boa qualidade. E tem pessoas que, ao contrário, estão iniciando uma psicoterapia, estão começando como psicólogo, e não tem nada de errado nisso. É isso mesmo, isso faz parte da história".

E, sem dúvida, a passagem por essas instituições faz parte da história da formação desses alunos que estão investindo num trabalho psicanalítico.

2. PENSANDO SOBRE A SUPERVISÃO

Para poder analisar as entrevistas e discutir essa questão de forma mais cuidadosa é fundamental expor a posição de alguns autores que já se debruçaram sobre esse tema.

Segundo Mannoni (1988) e Ropa (1991) foi somente após 1920 com a criação do Instituto de Berlim que o modelo de formação tripartida (supervisão, análise pessoal e ensino teórico) foi instaurado. A supervisão deixou, assim, de ser apenas um questionamento que se fazia com alguém mais experiente e foi oficializada como uma estratégia de ensino, como um instrumento de formação ao lado da análise pessoal e do ensino teórico. Esse modelo de formação foi gradativamente sendo adotado pelas demais instituições.

Uma outra posição que também se fez presente nessa época era representada pelos húngaros. Esses, de forma diferente dos analistas de Berlim, visavam integrar a supervisão na análise didática. Afirmavam que o fato de se ter um espaço diferenciado da análise para a supervisão dos casos poderia ser prejudicial e conduzir a vários desvios. Um deles seria a confusão do espaço analítico com a supervisão fazendo com que alguma questão transferencial do analista pudesse permanecer encoberta ou escamoteada pelo espaço da supervisão. Dessa forma, os "pontos cegos" permaneceriam intocados e até mesmo disfarçados pela própria supervisão. A demanda de análise poderia, então, tornar-se camuflada em uma demanda de supervisão, fazendo com que os "pontos cegos" continuassem recalçados.

Por outro lado, uma vantagem que o modelo triádico fornece é o fato de favorecer o encontro do analista em formação com outros profissionais, permitindo relações transferenciais e modelos identificatórios diferentes que,

consequentemente, tomam mais livre o caminho de formação (Faria-Leitão et all, 1994; Ropa, 1991). Neste modelo, porém, corre-se o risco de se adotar o supervisor como modelo identificatório único, aquele que detém o saber e a verdade sobre o paciente, o que terminaria por prejudicar e cercear a formação e o caso clínico atendido.

Ropa (1991) explora cuidadosamente esse tema apresentando três dimensões da supervisão: analítica, de mestria e a didática.

Na dimensão analítica, discute a possível confusão de uma demanda de supervisão com uma demanda de análise. Acredita que a supervisão é um espaço de onde se detecta e se percebe aquilo que se constitui como resistência do analista, mecanismos defensivos ou contratransferência. Um espaço para se evidenciar e se trabalhar os efeitos disso nos antedimentos. No entanto, a supervisão não se constitui como um lugar onde essas questões possam ser aprofundadas, isso, sem dúvida, só poderia ser feito numa análise.

"O trabalho de sensibilização ao processo analítico propiciado pela supervisão é, sem dúvida, bem diferente daquele de uma análise" (1991, p.279).

Mas, logo em seguida acrescenta

"é difícil de contestar o fato de que o espaço da supervisão é frequentemente atravessado por alguma forma de demanda analítica" (1991, p.279).

No entanto, talvez isso não signifique que toda a demanda de supervisão possa ser reduzida a uma demanda de análise. Segundo a autora, vivenciar esse espaço diferenciado da análise pessoal é essencial para a formação do futuro analista.

Um dos perigos em que se incorre ao se incorporar a supervisão ao processo analítico consiste em tornar o analista o único mestre. Modelo único

confluyente de todos os tipos de investimentos, o analista transforma-se no mestre detentor da verdade, não só de seu analisando/supervisionando, como também do caso atendido por este. Assim sendo, a formação do analista termina por ser suportada pelos efeitos das idealizações dirigidas ao mestre-analista-supervisor, deixando de fora o questionamento, por parte do supervisionando, de seu próprio desejo de ser analista. Assim, o espaço diferenciado de uma supervisão, em função das múltiplas transferências que pressupõe, é bastante benéfico, pois permite uma maior diluição das idealizações. Ropa evidencia que um supervisor deve funcionar como um "terceiro", "terceiro ausente" (1991, p.281) que barra a eventual relação dual que pode se instaurar entre analista e analisando. Para isso é necessário que

"o supervisor se atenha à sua função evitando entrar numa relação perversa de pseudo-análise com o supervisionando, ou numa relação narcísica de competição com o analista deste" (1991, p.280).

Assim a função do supervisor pressupõe um certo recuo para que se possa detectar e interceder sobre um eventual jogo narcísico entre analista e paciente.

No entanto, esta função muitas vezes é deslocada. O supervisor se posiciona como modelo identificatório único, responsável pelo caso atendido. Assim, passando por uma relação de pseudo-análise com o supervisionando, o que está em foco é a díade supervisor-supervisionando. É evidente que o paciente, nesse caso, deixa de existir como objetivo principal de uma supervisão. Seu discurso apresenta-se como um meio, um instrumento e não como a finalidade de uma supervisão. Consequentemente, tudo o que diz respeito ao paciente torna-se negligenciado em função da relação dual e narcísica supervisionando-supervisor. A transferência que está em jogo nesse caso é somente determinada pela hierarquia mestre-discípulo: o supervisor ensina ao supervisionando aquilo que ele não sabe (Faria-Leitão et all, 1994). O que se torna mais importante aí é a formação do

analista e não a sua responsabilidade sobre o caso atendido. Como bem salienta Mannoni:

"Se o que está em jogo não é a cura dele, mas a habilitação de seu analista, isso não se dá sem levantar um problema simultaneamente ético e didático" (1988, p.98).

A dimensão de mestria de uma supervisão para Ropa serviria para auxiliar o analista a suportar a "angústia do não saber" (1991, p.282) e a solidão do processo analítico. É somente estando ciente do que não se sabe é que o analista poderá estar sensível aos processos inconscientes de seu analisando. Cabe assim ao supervisor a tarefa de indicar os momentos em que se interrompeu o processo inconsciente, quando um saber foi utilizado para tamponar, para barrar a emergência dos conteúdos inconscientes. O supervisor deve estar atento também para não paralisar, ele mesmo, através de uma construção teórica que pode produzir uma versão acabada dos fatos, o processo analítico. O analista e o supervisor nesse caso tornam-se destituídos do lugar de "sujeito-suposto-saber" (p.283).

A dimensão didática refere-se à própria transmissão teórica, "um trabalho conjunto de teorização flutuante" (p.283). Um permanente exercício de construção e desconstrução teórico que permite novas elaborações sobre o desconhecido que a clínica nos mostra. No entanto, existem analistas que transformam a posição de "sujeito-suposto-saber" em "sujeito-suposto-ignorar". Nas palavras da autora,

"por esta estranha metamorfose, a máxima lacaniana passou a ter como função provar ao analista não somente que ele não sabe, mas que ele nada deve saber se quiser ouvir. (...) Esta démarche de desvalorização de qualquer

saber teórico em proveito de um pretenso dom (seria então inato?) suficiente para a escuta, é tão nefasta quanto aquela da valorização defensiva e megalomaniaca da teoria" (1991, p.283).

Logo, deve-se ter o cuidado de, por um lado, não assumir uma postura de valorização da ignorância e, por outro, não pretender dar conta de tudo o que se ignora. É necessário poder permitir que algum desconhecimento reste, desconhecimento esse que nos impulsiona produzir sempre mais.

Vejam agora como se situam os profissionais entrevistados com relação às suas supervisões. À princípio, todos os profissionais entrevistados seguem o modelo triádico de formação, em função, inclusive, das próprias regras institucionais que designam horários determinados para a supervisão. Pode-se perceber, no entanto, algumas diferenças com relação ao que é definido como supervisão. Ou seja, alguns consideraram esse trabalho em grupo feito nas instituições como sendo uma supervisão, já outros não. Isso foi detectado através do que diziam sobre os problemas (ou não) de se trabalhar em grupo, como também através do que relatavam a respeito das possíveis diferenças entre uma supervisão na instituição e uma supervisão em consultório particular.

Somente um profissional afirma claramente que não considera seu trabalho uma supervisão pois acredita que uma supervisão está estreitamente vinculada ao processo analítico. E, na instituição, em função da supervisão ser em grupo, essa integração supervisão-análise não é possível. Ao ser perguntado sobre a definição da prática clínica ambulatorial relata que

"isso é muito "complicado". A principal complicação é a famosa supervisão em grupo. Para mim essa é a principal questão institucional que esbarra com a psicanálise. Eu não acredito em supervisão em grupo, eu acho impossível dar supervisão em grupo. Pois a supervisão é

algo tão importante na formação do analista, está de tal maneira imbricado com a análise que pouca separação pode ser feita entre uma supervisão e uma análise. Eu dou supervisão particular para analisandos de outros colegas, eu tenho analisandos meus que fazem supervisão com outras pessoas, assim como eu tenho analisandos meus que fazem supervisão comigo. Agora, mesmo quando eu dou supervisão para algum analisando de um colega, essa supervisão tem a ver com a análise da pessoa. Eu não vou me meter na análise dela mas eu posso remeter as coisas direto para a análise. Em grupo não há possibilidade de se fazer esse tipo de coisa sem expor a pessoa em excesso, sem desrespeitar a subjetividade de cada uma. Ainda mais que são pessoas muito díspares, cada uma num momento, cada uma numa análise. As pessoas que me procuram para supervisão, em geral, já estão em análise lacaniana ou vão entrar numa análise lacaniana. Não há muita dúvida quanto a isso. Até porque eles tem uma chance de escolher no início do semestre. Na verdade o que é chamado grupo de supervisão a meu ver é um espaço de seminários para se discutir casos clínicos. Indico várias bibliografias, discutimos textos teóricos, teoria da clínica, e fazemos um trabalho em cima dos casos. É um debate de estudo de caso como se pode fazer numa instituição. É um trabalho onde os colegas vão, opinam, interferem, e que tem o coordenador do grupo, que sou eu. Eu posso até fazer uma interferência maior do ponto de vista de indicar uma bibliografia ou de chamar atenção para alguns pontos mais cruciais que não estão sendo vistos. Mas é um trabalho em que todos possam participar. E se surge alguma questão mais grave é marcado que isso não é problema para ser discutido ali. É assunto para a análise ou para uma supervisão particular."

Assim, tendo em vista que para este profissional a supervisão está estreitamente vinculada à análise pessoal, como então ele percebe o fato de se oferecer supervisão particular para analisando de outros colegas? Com essa questão em mente perguntei se não haveria problemas em supervisionar analisandos de outros profissionais. Ele afirmou que não, porque normalmente as pessoas que o procuram para uma supervisão particular possuem uma transferência lateral.

"Você não procura ninguém para a supervisão que não seja por transferência lateral. É uma derivação da análise. Inclusive é muito frequente atos falhos como a confusão de nomes. Agora, às vezes, têm pessoas que estão muito no início de sua análise e que não podem fazer supervisão com o próprio analista para não embolar o meio de campo, pois prejudicaria a análise. Essas são exatamente as mesmas circunstâncias que eu indico meu analisando para fazer supervisão com outra pessoa. A gente não pode comprometer a análise. A análise é o mais importante. Agora eu posso responder a sua pergunta. Como dizer que o que se faz na instituição é análise ou não é análise? Eu diria que às vezes é sim. Depende do momento de análise de cada uma das pessoas que estão atendendo. Porque o trabalho analítico não vai se definir nem pelo número de vezes, nem pelo setting, nem por nenhuma atribuição técnica, mas pela análise do analista".

Este profissional considera que o fato da supervisão ser um espaço dissociado da análise pessoal pode se constituir como um elemento que impossibilita definir o trabalho clínico realizado como sendo psicanalítico. Se há alguma coisa que é incompatível com a clínica psicanalítica em instituições ambulatoriais, para este profissional é o fato de se ter supervisão em grupo, ou

melhor, de não existir realmente uma supervisão. Não há possibilidade de apontar os "pontos cegos" existentes nos atendimentos e remetê-los para a análise pessoal de cada aluno dentro das condições que tais instituições designam. Isso desrespeitaria a subjetividade dos alunos. Logo, para esse psicanalista, esse trabalho em grupo é inconciliável com a noção de supervisão. Noção esta que se apoia na referência teórica que suporta a sua prática clínica: a leitura lacaniana. Nota-se que os profissionais que colocaram em discussão o fato da supervisão ser em grupo trabalham dentro da leitura lacaniana. Isso não significa, no entanto, que todos os lacanianos que trabalham em tais locais consideram um problema a supervisão ser em grupo. O que é interessante perceber é que a integração da análise pessoal com a supervisão nas instituições pesquisadas vincula-se à postura teórica lacaniana da não diferenciação desses dois espaços. No entanto, vale salientar que essa discussão não teve início com Lacan. Como já foi mencionado anteriormente, a corrente húngara se contrapunha ao modelo triádico de formação. Vilma Kovaks, discípula de Ferenczi e representante dessa corrente, em 1936, já acreditava que a análise didática devia integrar a supervisão. Dessa forma, haveria possibilidade de se trabalhar os vários aspectos da contratransferência. Ou seja, o analista em formação poderia entrar em contato com tais afetos suscitados por seus atendimentos em sua própria análise pessoal (Stein, 1989).

Ainda sobre esta entrevista não se pode saber como esse profissional se posiciona em relação ao risco, comentado anteriormente por Ropa (1991), que o analista corre de se transformar no único modelo de mestre, analista e supervisor. E as possíveis consequências disto para o analisando/supervisionando que, espelhando-se em seu analista-supervisor, pode terminar por incorporar um determinado modelo sem questioná-lo por falta de uma distância crítica. Assim, resta a questão de como lidar com o risco de uma possível relação dual entre o

analista em formação e seu próprio analista/supervisor e quais são as consequências desse jogo narcísico para o paciente atendido.

Um outro profissional também discute o problema da supervisão ser em grupo. No entanto, como veremos, apesar de considerar problemático esse aspecto, isso não impede que haja de fato uma supervisão:

"O funcionamento da minha supervisão na instituição se dá do seguinte modo: nos primeiros meses nós discutimos os textos básicos de Freud. Temos aí questões quentíssimas, tais como "a melhora é inimiga da cura" ou "você não deve querer ajudar o paciente". Nesse período já vai se delineando quem é que vai entrar no trabalho e quem não vai... Na minha supervisão também existe um intercâmbio muito bom com a parte teórica. Agora, existe um problema sério que é o seguinte: eu considero que a supervisão é um processo individual e na instituição ela só é possível em grupo. Há alguns anos atrás eu tinha muita dificuldade para lidar com isso. Após um primeiro momento em grupo, uns meses, quando a coisa começava a complicar com os pontos cegos de cada um, então, eu marcava horários individuais, uns 20 minutos para cada um. Eles se ressentiam um pouco, porque um queria ouvir o trabalho do outro. E realmente havia uma perda significativa aí. Então eu fiz o seguinte: só quando a coisa "complicava", ou quando eu queria falar algo particular com alguém, eu marcava, por exemplo, 1 mês de supervisão individual, depois voltávamos para o grupo. Nos últimos 2 anos eu não tive necessidade disso. E aconteceu uma outra coisa interessante. Já tinha ocorrido de ex-aluna minha pedir para fazer análise comigo, mas houve, esse ano, uma menina que ainda em curso e supervisão me pediu, e eu a recebi numa boa. E tudo funcionou muito bem. Mas eu acho que funciona bem porque eu seguro... E atualmente eu estou com um grupo muito bom que inclusive me pediu

para dar grupo de estudos, coisa que eu nunca havia feito. Assim, eles tem aula comigo, supervisão, grupo de estudo, alguns são analisandos e corre tudo numa boa."

Ainda com relação a questão da supervisão, perguntei se a supervisão individual vinculava-se mais ao processo analítico do que em grupo. Afirma que sim,

"eu tenho muitos analisandos que fazem supervisão comigo, muitos. Eu acho que o analista é o melhor supervisor."

Perguntei, então, se existia alguma diferença entre a supervisão e a análise pessoal.

"Mais ou menos, eu gosto muito de dar supervisão para analisandos meus, eu acho que é a supervisão que mais rende. A minha intervenção é muito mais eficiente muito mais aguda, porque eu sei o que aquele analisando tem de ponto cego, de dificuldade, de resistência. E não tem cerimônia. Porque quando não é analisando tem sempre aquela saia justa de dizer "olha, eu acho que você deveria ver isso na sua análise".

Percebe-se aí que, apesar de ser problemático, o fato da supervisão ser em grupo não impede o trabalho. Inclusive, vale ressaltar que esse foi o único entrevistado que afirma que seu trabalho na instituição é de formação analítica.

"Eu acredito que meu trabalho é de formação. É como se os alunos fossem um pouco meus pacientes também. Não deixa de ser uma transmissão da psicanálise, algo parecido com o que acontece no consultório. Pois ao final de uma análise o que você produz é um analista, mesmo que o analista não vá clinicar, é um pouco isso. Já houve tempo em que se discutia muito essa questão, se tentava

demarcar uma distinção entre formação analítica e esse curso. Havia um problema, não tinha a análise, faltava um elemento do tripé. Mas eu acho que só se transmite alguma coisa sobre transferência. mesmo que as pessoas não estejam numa escola de psicanálise, a transferência faz com que a análise comece. Por exemplo, tem muitas pessoas que me procuram para a supervisão porque você ocupa um lugar de transferência. Tenho muitos analisandos que vieram desse curso, fazem supervisão comigo, grupo de estudos e que depois vão para a instituição a que eu sou filiada."

Acrescenta ainda, como já foi mencionado anteriormente, que se o aluno começa a se debruçar sobre os textos de Freud, atender e ter supervisão, isso já pode ser considerado uma formação psicanalítica.

Vejamos o que se pode perceber nas entrevistas desses dois profissionais que apresentaram a questão relativa à dificuldade da supervisão ser em grupo. Em primeiro lugar, é interessante notar que, assim como o primeiro profissional, o segundo psicanalista acha problemático o fato da supervisão ser em grupo, e considera que há um certo desconforto em remeter os "pontos cegos" para a análise pessoal. No entanto, em contraposição ao relato do primeiro psicanalista isso não impede que haja um trabalho psicanalítico e até mesmo que se constitua uma formação psicanalítica nessas instituições. Pode-se perceber, assim, que, no início do relato desse último profissional, a existência de um espaço diferenciado para a supervisão atrapalharia o andamento do trabalho clínico e da própria supervisão. Mas, ao longo da entrevista, isso não foi considerado um problema nem para a clínica psicanalítica nem para o seu trabalho de formação psicanalítica.

Em segundo lugar, fica claro também, o quanto formar analistas e transmitir a psicanálise pressupõe vários laços transferenciais. Assim como o primeiro profissional, o último considera que a supervisão envolve investimentos

transferenciais, ou seja, o supervisor ocupa um determinado lugar nessa relação transferencial. No entanto, enquanto para o primeiro é exatamente isso que é incompatível com o trabalho em grupo, pois o aluno ficaria muito exposto e a singularidade dessa relação transferencial com o supervisor não poderia ser preservada numa supervisão em grupo, para o segundo psicanalista isso não se constitui como um problema. Note-se aí que apesar de ambos partilharem a mesma orientação teórica, e por isso acreditarem que a supervisão é um processo integrado na análise pessoal, posições bastante distintas emergem quando se investiga mais profundamente a noção que cada um possui sobre uma supervisão, seus efeitos e suas consequências. Além disso, ainda veremos mais adiante profissionais lacanianos que não vêem problema algum na existência de um espaço diferenciado para a supervisão.

Voltando à posição do último entrevistado, torna-se evidente que a maneira como ele lida com as relações transferenciais na supervisão é bastante distinta do primeiro psicanalista. Para o último, considerar a supervisão como sendo atravessada por inúmeros investimentos transferenciais possibilita dizer que seu trabalho é de formação psicanalítica, pois como ele afirma: "só se transmite alguma coisa sobre transferência". A partir daí torna-se evidente o que ele denomina por transmissão da psicanálise:

"É como se os alunos fossem um pouco meus pacientes.
(...) Tenho muitos analisandos que vieram desse curso, fazem supervisão comigo, grupo de estudos e que depois vão para a instituição a que eu estou filiada".

Seu relato sobre a formação e a transmissão da psicanálise e o funcionamento de sua supervisão remete-nos para as questões abordadas por Ropa (1991) e Mannoni (1988). Até que ponto um analista-supervisor-professor não termina por se situar num lugar tão idealizado que prejudicaria o livre percurso da

formação de um analista? Será que essa postura não incentiva uma adesão dogmática a um tipo de leitura, adesão essa que é suportada por uma relação especular analisando-analista? Será que os alunos, nesse caso, não correm o risco de repetir mimeticamente as diretrizes de seu supervisor-analista, tornando-se simulacros? Não estariam, assim, fechando qualquer possibilidade de um percurso singular e (porque não) criativo (Faria-Leitão et al, 1994)? E poderíamos acrescentar: quais as consequências desse tipo de percurso profissional para o paciente atendido? Acredito até que os "pontos cegos" do analista em formação podem ficar escamoteados por esse tipo de relação que ele vai constituir com seu analista-supervisor. Por fim, é fundamental deixar claro que não necessariamente esse psicanalista mantém esse tipo de relação com seus supervisionandos. O importante é aproveitar os relatos dos profissionais para um questionamento mais cuidadoso sobre os diversos riscos que corremos ao longo de nossa formação.

Esses foram os únicos profissionais que consideraram problemático o fato da supervisão ser em grupo. A maioria percebe vantagens nesse aspecto e alguns nem abordaram esse assunto espontaneamente. É importante ressaltar que entre o restante dos entrevistados, dois profissionais seguem a orientação lacaniana. Desses dois psicanalistas um deles considera a supervisão em grupo como sendo um processo diferente da supervisão individual. No entanto não fica claro se sua postura se identificaria com aqueles que apontam para as dificuldades existentes no fato da supervisão ser em grupo.

Ao ser perguntado sobre como funcionava a sua equipe afirma que:

"Na realidade, eu acho que nem a equipe funciona. O que funciona é cada aluno, que nem é aluno, e essa situação é muito complicada. Ele é aluno e eu supervisor, e essa questão da supervisão vai ser avaliada de acordo com a teoria de cada autor. Uma supervisão lacaniana não é a mesma coisa que uma supervisão kleiniana. Você tem

que levar em consideração a análise do aluno também. Você tem que pensar, entre outras mil coisas que poderíamos falar, que lugar é esse do mestre? Se ele existe, pois o lugar do mestre não existe. Ou, se o discurso universitário é obsessivo, como ficaria o discurso histórico, que seria o lugar da análise e do supervisor? Várias questões que muitos autores discutem sobre supervisão são colocadas na instituição. Tanto que a gente pode afirmar que pode ser supervisão ou estudo clínico. Uma escola diria que é supervisão outra escola diria que é um estudo clínico."

Perguntei, assim, como ele considerava o seu trabalho como supervisor. Relata:

"O que eu pergunto ao aluno que vem me buscar como supervisor é o que ele quer de mim. Daí a gente negocia um pouco o que ele quer de mim e o que eu posso dar. Em algum lugar, fica um negócio meio impossível. Já que este é o meu lugar, o de supervisor testemunha de uma relação da qual eu não faço parte, a não ser que ele tome consciência disso. E do impossível disso o aluno tenta fazer o que ele pode, ou o que ele acha que pode daquela relação que ele estabelece com o analisando. Aliás, não sei se poderíamos falar de um aluno. Se você acha que ele pode fazer psicanálise ele é analista. Agora, voltando à supervisão, certamente esse trabalho numa instituição funciona de forma diferente de uma supervisão no consultório. Não é igual, são 5 pessoas. Numa instituição a escolha, de alguma maneira, não é tão diversificada. Os alunos passam por uma seleção, o pagamento é feito à instituição. É uma questão muito estranha, pois tudo muda em tudo. Se você me perguntar isso daqui há dez minutos eu vou te responder outra coisa. Tudo muda... O que eu procuro, na medida do possível, é ajudar, e isso é uma tarefa para a vida inteira, ajudar aquele indivíduo que deseja ser analista, ou que é

analista, ou que é analista às vezes, a se situar num lugar onde teoricamente eu acredito. É minha crença".

Pergunto, então, se ele não achava complexo esse duplo estatuto que os alunos exercem nessas instituições, ou seja, por um lado ele é um aluno que está iniciando, aprendendo, e por outro ele é analista, responsável pelo caso. Afirma que

"não se aprende a ser analista. Eu acho que se vive isso que a gente chama teoricamente de uma subjetividade. Eu acho que se vive o "ser" analista. Não se aprende, no sentido, assim, de aprendizado".

Pergunto se não haveria, então, algum tipo de percurso.

"Há um percurso, mas um percurso não precisa necessariamente ser um aprendizado, um percurso pode ser uma vivência. E não é nenhuma questão, pode ser uma angústia, pode ser um lugar. O que eu acho muito importante é que é um lugar, em qualquer momento da vida de qualquer pessoa, de dizer se quer continuar ou não. Como eu posso te dizer amanhã que eu não quero ser mais analista. Isso é meu direito como é um direito do aluno. Não existe ali status de formação alguma".

Percebe-se neste relato que o lugar que o supervisor ocupa nessas instituições não é fácil nem está claramente definido. E, essa definição, como já se pode notar até o presente momento, não só diz respeito as diversas orientações teóricas adotadas pelos psicanalistas, mas está vinculada à maneira como cada um se apropria da obra de um mesmo autor. Vimos posturas bastantes diferenciadas no relato desses três psicanalistas lacanianos. Posturas essas que vão, ao longo das entrevistas, constituindo-se de forma muito pessoalizada. Daí a dificuldade de elaborar categorias para uma análise mais criteriosa sobre esse aspecto. Como foi

evidenciado em meu trabalho anterior (1994) sob uma mesma definição, no caso a noção de supervisão, podem se ocultar concepções e práticas bastantes distintas. Assim, mais uma vez confirmamos a afirmação de Mezan: "os psicanalistas não falam a mesma língua (1988a, p.15)".

Ainda sobre o relato desse psicanalista percebe-se que para ele não se pode pensar na formação de um psicanalista como um aprendizado. "Não se aprende a ser psicanalista". Diferencia, assim, aprendizagem de vivência. É interessante como outros profissionais apresentam de maneira muito clara essa situação em que o aluno se encontra: um iniciante na prática clínica psicanalítica. Além de evidenciarem a complexidade dessa situação, ressaltam que começar é fundamental, que há pessoas que estão iniciando uma psicoterapia, e que não há nada de errado nisso. "Faz parte da história". Não pude, dessa forma, estabelecer uma diferença entre aprender, seguir um percurso ou vivenciar uma formação.

Vejamos agora o que outros profissionais, que não consideraram problemático o fato da supervisão ser em grupo, disseram a respeito de suas supervisões. Um deles afirma que seu trabalho é procurar sensibilizar os alunos em relação ao que eles dizem.

"Muitas vezes eu ouço coisas do tipo "o importante é a escuta". Daí eu pergunto: "escuta do quê? O que vocês querem escutar?" Existem determinadas palavras lacanianas que as pessoas utilizam como se tivessem um significado em si. Como em si mesma a palavra significasse algo. E quando a gente pergunta na maioria das vezes não sabem explicar. São tantas coisas que os alunos estudam, mas quando chegam na clínica esse principiante fica com um discurso vazio. (...) O que eu procuro na supervisão é sensibilizar o aluno para uma outra cena representada pelo sujeito, na qual o sujeito tem um personagem. E como ele monta esta cena? Procuro sensibilizar para um outro sentido desta (outra)

cena que está encoberta. Colocar o supervisionando no caminho da descoberta, sensibilizá-lo para a descoberta. Neste caminho em cada momento eu estou limpando o campo para o que possa aparecer como ponto cego. E eu não tenho nenhuma dificuldade em trabalhar isso como supervisora na instituição. Até porque eu tenho muito presente o limite entre a supervisão e a análise. E, por isso, quando emerge um ponto cego eu posso redirecionar isso ao lugar de direito, isto é, à análise pessoal de cada um. Então não acho que seja impossível o trabalho em grupo, pelo contrário, em grupo podemos ter a contribuição dos outros colegas. E acho que se dilui também essa coisa tão idealizada que é colocada sobre o supervisor. Porque você, de uma certa forma, pode participar do trabalho do outro, você pode fornecer sugestões".

Dois pontos absolutamente fundamentais se apresentam nesse relato. O primeiro refere-se à forma como, muitas vezes, as pessoas se apropriam de um discurso ou de determinadas palavras. Isso é feito como se as palavras em si mesmas significassem algo. Ou melhor, como se elas detivessem seu próprio significado. Basta proferi-las que seu significado estará dado. Como se não houvesse necessidade de incursioná-las num campo maior que inclui outras palavras, outras significações, ou seja, um determinado contexto. É evidente que esse fato não se restringe ao campo lacaniano. Isso é simplesmente um tipo de uso das palavras que pode ser encontrado em qualquer campo teórico. O que interessa aqui é ressaltar os efeitos que esse tipo de uso pode trazer. Como foi evidenciado por esse profissional, em geral, isso termina por produzir "um discurso vazio", onde aquele que fala e seu interlocutor não sabem muito bem sobre o que estão falando.

O segundo aspecto importante diz respeito ao que esse profissional entende por supervisão, e sua postura com relação ao fato desta ser em grupo.

Para esse psicanalista não há nenhuma dificuldade em se pontuar algum "ponto cego" e redirecioná-lo para a análise pessoal de cada aluno. Inclusive isso só é possível porque ele tem bastante claro o limite entre a supervisão e a análise. Mais uma vez estão claras as diversas concepções e práticas que se situam sob uma mesma denominação: supervisão. Enquanto que para um profissional remeter os "pontos cegos" para a análise pessoal significa desrespeitar a subjetividade do aluno e por isso não há possibilidade de se realizar uma supervisão, para outro isso faz parte do que considera a função do supervisor. Será que "redirecionar os "pontos cegos" do aluno para sua própria análise pessoal" tem o mesmo significado para ambos os profissionais? Será que estão falando da mesma coisa? Vale ressaltar que, para esse último entrevistado, além disso não se constituir como um problema, o fato da supervisão ser em grupo pode permitir uma maior diluição dos investimentos transferenciais depositados na figura do supervisor. Assim, aproveita o fato de ser em grupo para não entrar num jogo narcísico com o supervisionando que impediria o recuo necessário da função de um supervisor (Ropa, 1991). Percebe, então, que a idealização excessiva e exclusivamente direcionada para o supervisor pode resultar numa relação de pseudo-análise com o supervisionando que nada tem a ver com a função de um supervisor.

Um outro psicanalista afirma não ver nenhum problema no fato da supervisão ser em grupo.

"Na instituição, principalmente, eu acho que a supervisão ser em grupo é fundamental. Você estimula a discussão. Eu estímulo muito a interferência do colega. Eu me preocupo muito com o fato de que as pessoas não tenham pruridos de interferir no trabalho da outra. Além disso, eu tenho uma certa preocupação de ampliar a supervisão, de não me ater simplesmente aos casos. Tento fazer com que as pessoas entendam de forma mais ampla, mais geral o processo psicanalítico. Isso porque,

em geral, você vê pessoas que ainda estão no início de sua análise pessoal, e por isso tendem a reproduzir o mesmo modelo. Acho até que é alguma coisa inevitável para o principiante: querer reproduzir com seus pacientes a situação e a relação transferencial que estão tendo com seus terapeutas. Isso aparece muitas vezes. Eu fico tentando interferir um pouco nisso, no sentido de que as pessoas tenham uma compreensão dessa relação de forma mais ampla, não tão ligada a sua experiência pessoal. Muitas vezes essa é a única referência que as pessoas trazem de um atendimento psicanalítico. Por isso também que o fato de ser em grupo é fundamental. É uma coisa que eu incentivo muito na instituição, que interfiram, que lutem contra a censura, com a coisa do não dito. Estimulo que a gente estabeleça um pacto muito forte de sigilo, de respeito, mas com absoluta liberdade. Em geral funciona muito bem. Às vezes você vê que fica alguma situação constrangedora, mas aí temos uma vantagem característica dos jovens: são mais capazes de serem diretos, de dizerem "isso não é assim, você fez uma bobagem". Eu tento dessa forma criar um clima de tolerância que me parece ser um outro treinamento muito importante. Isso tem sido legal, temos um clima bom, amistoso até. (...) Eu acho que tudo isso, todo esse trabalho tem vinculação com uma outra questão ética. De um modo geral, você publica, comenta um caso quando ele é bem sucedido. Se a psicanálise fosse o relato de casos publicados seria outra coisa. Geralmente é um caso bem sucedido, onde todas as etapas foram superadas, etc. E a gente sabe que no dia a dia não é nada disso. Não tem aquela assepsia, a gente vive situações muito diferentes, a transferência é uma coisa complicada... É como se os casos que a gente tivesse acesso fossem os melhores momentos. Como profissionais, presenciamos um processo que beira a hipocrisia por haver uma espécie de censura".

Esse psicanalista acredita que a supervisão em grupo pode favorecer um maior contato do aluno com outros tipos de modelos que não seja somente o modelo da sua análise pessoal. Apesar de ser inevitável para o principiante a reprodução do modelo de sua análise pessoal, é importante que ele entre em contato com outras formas de trabalho. Talvez aí encontre-se uma vantagem do modelo triádico de formação: contato com outros modelos que possibilita abrir o leque da formação de um iniciante na prática clínica psicanalítica.

Abuchaim (1991) apresenta essa questão, ao evidenciar o conflito que o iniciante encontra quando deve escolher seu supervisor. Este deve ou não ter o mesmo referencial teórico que seu próprio analista? Acredita que a segunda opção deveria ser a mais produtiva. No entanto, muitas vezes essa questão torna uma outra forma. Como se houvesse o estabelecimento de um tipo de relação entre analista, analisando e supervisor onde o primeiro terminaria por avaliar o trabalho do supervisor e vice-versa. Assim, o analisando/supervisionando situa-se no meio de uma disputa sobre quem é o portador da verdadeira psicanálise. Disputa essa em que todos saem perdendo pois o trabalho, seja de supervisão ou análise, torna-se inviabilizado. Percebe-se aí uma dificuldade de se conviver com os diversos modelos de trabalho psicanalítico que termina por colocar o analista em formação numa "complicada" situação. Este prefere muitas vezes tentar unificar ao máximo o modelo de seu analista e supervisor para abster-se desse conflito. Isso conduz à sensação falsa de uma "única teoria", "uma verdadeira visão" (p.64) da psicanálise, que conseqüentemente impede a construção de um caminho singular de formação.

Assim, por mais que o nosso entrevistado não esteja falando do problema da escolha de um supervisor, sua preocupação em estender a noção de atendimento clínico psicanalítico para além das análises pessoais dos alunos remete-nos para o que foi ressaltado por Abuchaim: a importância do contato com outras formas de trabalho.

É fundamental notar, também, como esse entrevistado vincula seu trabalho como supervisor à um questão ética da psicanálise. Qual será a função que exerce todos esses casos bem sucedidos na formação do principiante? Qual a postura que um supervisor deve ter em relação a isso? Como relata Ropa (1991), uma das funções de um supervisor é ajudar o supervisionando a suportar a "angústia do não saber". Face a essa angústia existe a tendência de se buscar certezas ou garantias no saber teórico. As construções teóricas sobre um caso não podem servir como barreira para o que se desconhece do processo inconsciente.

"Mas o que ocorre se o supervisor se posicionar enquanto mestre, mestre de um saber? Ou seja, se ele for solicitado e se dispuser a tamponar a angústia do não saber do analista oferecendo a sua própria teoria sob a forma de uma versão acabada dos fatos, ou ainda a si mesmo, enquanto modelo identificatório para o analista? Nesse caso, (...) ele próprio (o supervisor) passa a se sentir responsável pela condução da cura, evidencia-se também uma paralisação do processo analítico" (Ropa, 1991, p. 282) .

Como afirma nosso entrevistado, corroborar esse tipo de situação expondo somente casos bem sucedidos é "um processo que beira a hipocrisia". Hipocrisia que termina por estimular cada vez mais a idealização do psicanalista e de sua própria formação.

Isso não significa, no entanto, que o psicanalista deve assumir uma posição de "sujeito-suposto-ignorar" (Ropa 1991). Como relata um outro profissional:

"Eu digo sempre que vou respeitar o estilo de cada um, eu procuro não forçar uma marca. Mas, naturalmente eu digo: besteira não é estilo".

Além desses psicanalistas, ainda outros fizeram alguns comentários sobre a vantagem da supervisão ser em grupo:

"Eu acho que a supervisão em grupo para quem está iniciando pode ser uma coisa bastante interessante, porque você pode aprender com a experiência do outro, pode começar também aos poucos a opinar sobre o caso clínico do outro. Acho, então, que a supervisão em grupo é muito rica".

Dessa forma, pode-se perceber através das entrevistas, que a maioria dos entrevistados consideram vantajoso a supervisão em grupo.

Para finalizar a discussão sobre a supervisão, evidenciando também o papel que os supervisores assumem na formação desses alunos iniciantes na prática clínica, é essencial apresentar as considerações de Figueiredo (1994). Ao tratar especificamente do ensino da psicanálise na instituição universitária, ressalta a difícil posição que o aluno ocupa nesses cursos. Ao mesmo tempo em que se identifica com o profissional autorizado, portador de um certo saber, ocupa, também, o lugar de aluno, aquele que não sabe e que espera obter esse saber de seus mestres-supervisores.

"Nesse jogo de acerto e erro ele está sujeito a uma dupla correção: a do profissional, sempre exposto ao erro, e a do aluno, sempre censurável por seu erro revelador de um despreparo condizente com sua categoria. Afinal, o aluno é aquele que não sabe. Se, por um lado, isto pode produzir um certo alívio, mitigando responsabilidades, por outro, nunca se espera dele que saiba realmente o que está fazendo. Mas isto é justamente o que não se espera de um profissional, que ele também já é, ou lhe foi concedido ser. Eis o paradoxo" (1994, mimeo).

E, quando se trata da clínica psicanalítica, emerge a questão: O que se deve saber, afinal, para saber fazer psicanálise? A autora evidencia que nesse caso, há necessidade de se estabelecer uma inversão nesse jogo de saber e não saber. O paciente é quem sabe mas, em função do recalque, desconhece que sabe. Já o analista não sabe, mas ocupa o lugar de suposto saber. E o aluno-profissional? Esse, além de um certo domínio da teoria, coisa que não é nada fácil, o que deve saber?

"Saber de sua própria análise? Bem, isso não se aprende na escola. Mas o analista iniciante não tem como ir além do divã. (...) Em outras palavras, o aluno ao ser chamado a ocupar a função de analista deve, num duplo movimento, ultrapassar sua condição de assujeitamento ao saber do mestre, encarnado na figura do supervisor, e sua condição sintomática de analisando, que pode levá-lo ao equívoco de erigir seu analista à estatura de verdadeiro mestre" (1994, mimeo).

E, diante dessas condições qual é a função do mestre-supervisor? De uma forma semelhante a que foi ressaltada por Ropa (1991):

"Aos mestres-professores e supervisores cabe alertar que em seu elogio ao saber, em sua paixão, é preciso não apontar para a impotência do aluno que não sabe nem para um "eu não sei" como incompetência didática do professor. Isso pode acontecer mas não resolve o problema, apenas o desqualifica pessoalmente, deixa o aluno entregue ao abandono remetendo-o à idealização de um professor melhor. Mas, ao contrário, ao assumir seu ofício com competência, deve apontar para a impossibilidade, limite de todo o saber, permitindo ao aluno experimentar, em sua solidão, uma condição nova que possa retirá-lo do assujeitamento a cada passo e não

apenas na hora de premiá-lo com um diploma" (1994, mimeo)

Talvez, assim, esse aluno, além de vivenciar essas duas posições de forma mais produtiva, possa apropriar-se dessas condições integrando-as no infindável processo de tornar-se analista. Como é ressaltado por um entrevistado:

"Eu acho que atender e ser aluno é uma postura crônica do psicanalista. Eu, por exemplo, não pretendo parar de fazer seminário nunca. Na minha vida eu espero nunca parar de sentar numa cadeira enquanto aluno para ouvir algum colega".

"... a principal finalidade da psicanálise consiste em ajudar-nos a lidar com os aspectos menos teóricos de nossa mente – ou seja, com o que em nós é mais primitivo e mais irracional, e que, a bem dizer, só pode ser expresso na mais comum e menos complicada das linguagens".

Bruno Bettelheim

V- CONCLUSÃO

Na medida em que este trabalho explorou questões tão abrangentes como as vicissitudes da clínica psicanalítica em instituições universitárias, tornou-se difícil a tarefa de elaborar um desfecho. Como formular conclusões acerca de discussões tão complexas? Como descrever essa prática clínica considerando todas as interferências institucionais? Ou ainda, como elaborar conclusões sobre tal prática em meio a tamanha heterogeneidade de opiniões e definições?

A psicanálise há muito tempo já se tornou plural em seus conceitos, suas escolas e filiações. Tal multiplicidade, constitutiva do próprio campo psicanalítico, aponta para a inexistência de um modelo universal para o exercício da psicanálise. Atualmente, os psicanalistas trabalham com um campo multifacetado que a todo o instante corre o risco de perder as referências mínimas que ancoram a prática clínica psicanalítica. Ao mesmo tempo, torna-se impossível fechar os olhos para toda essa diversidade que compõe o exercício da psicanálise. Não há possibilidade de encobrir a multiplicidade do campo psicanalítico adotando como verdadeira somente uma forma de se pensar a psicanálise. Desconsiderar as demais como autênticas ou eficazes parece não ajudar na solução desses problemas. A questão da heterogeneidade parece que se transformou num obstáculo intransponível aos olhos dos psicanalistas que, sem rumo, vivenciam uma perda de seus referenciais mais definidos. Como então lidar com toda essa pluralidade tentando ao máximo evitar que ela se transforme num limite, num impedimento ao crescimento da psicanálise? Reconhecer a multiplicidade do dispositivo analítico não pode interromper o caminho de produção psicanalítica. O saber não deve tornar-se enclausurado, seja porque se ignora a diversidade e por

isso busca-se ilusoriamente a "verdadeira psicanálise", seja porque a multiplicidade parece conduzir à ausência de referenciais. De uma forma ou de outra a heterogeneidade não pode interromper a busca de novas produções psicanalíticas. Devemos nos desfazer desse impasse criado e arriscar conclusões. Afinal, estancar o saber psicanalítico em nada vai ajudar na dissolução desse impasse.

Vejamos o que se pode inferir sobre a clínica psicanalítica nas instituições universitárias.

Ao longo das entrevistas percebi que a questão da pluralidade da psicanálise torna-se ainda mais complexa quando as condições comumente tidas como essenciais para se ter uma prática clínica psicanalítica, não se aproximam daquelas encontradas nos consultórios particulares. Pensar numa possível prática analítica fora das condições comumente estabelecidas torna-se um trabalho extremamente dificultoso e até mesmo arriscado. Arriscado pois, diante de tamanha multiplicidade, facilmente se cai na tentativa de designar o que é psicanálise e o que não é. E, como já foi visto, isso termina por encobrir outras questões de importância fundamental. Talvez, a tarefa mais ambiciosa não consista necessariamente em descobrir se essa clínica é ou não psicanalítica mas, transformar essa questão num instrumento que possibilite o enfrentamento de novos desafios. E, certamente, pensar a inserção da psicanálise nas instituições universitárias é um deles. Alcançar conclusões mais precisas a respeito desse tema seria romper a linha de chegada de um enorme percurso. O que pretendi, neste trabalho, foi dar a largada, ou seja, obter uma maior clareza a respeito dos problemas existentes no atendimento clínico psicanalítico nas instituições universitárias. Pensar a clínica psicanalítica nas instituições universitárias requer a discussão de algumas questões que, como foi percebido nas entrevistas, se apresentam para alguns como incompatíveis com a psicanálise. Dessa forma, meu intuito foi evidenciar quais eram as questões que surgiam e de que maneira elas se

apresentavam como problemas. Acredito que assim pode-se discutir de forma mais rigorosa quais os problemas desse tipo de clínica.

Inicialmente é fundamental ressaltar que a maioria dos profissionais afirmam trabalhar psicanaliticamente apesar de todos os problemas envolvidos nesse tipo de atendimento. Ressalva feita ao único profissional que não acredita na possibilidade de se trabalhar psicanaliticamente numa instituição universitária, todos afirmaram que é possível lidar com as condições que a instituição estabelece dentro dos preceitos psicanalíticos. No entanto, ficou bastante evidente que a forma como cada profissional lida com as questões que a instituição instaura pode variar enormemente. Alguns psicanalistas afirmam que não se pode marginalizar as especificidades instauradas pelo contexto institucional, como se fossem interferências a serem evitadas. A instituição, para estes, ancora a prática clínica. Outros ressaltaram que as especificidades institucionais atrapalham mas, mesmo assim, ainda se consegue estabelecer um tipo de implicação que é da ordem de uma análise. Para esses, não há possibilidade de negar que todos estão inseridos numa instituição. E, ainda outros, apesar de salientar que o trabalho institucional é diferente de uma clínica num consultório particular, tentam ignorar as marcas que as interferências institucionais imprimem na prática clínica. Não houve assim unanimidade em nenhum dos aspectos analisados. A maneira como cada um pensava e lidava com as especificidades institucionais analisadas – tempo limitado de tratamento, forma de pagamento, tipo de clientela, aluno-terapeuta e supervisão -- variava de profissional para profissional. Obtive, assim, relatos bastante pessoais que indicavam a forma como cada um percebia e lidava com as condições institucionais. Embora o discurso dos profissionais estivesse vinculado ao que eles entendem e acreditam por psicanálise, a filiação teórica não agrupava os discursos em conjuntos correspondentes às escolas de formação psicanalítica. Em outras palavras, a filiação teórica não constituiu uma maneira específica de

pensar a psicanálise e sua prática na instituição universitária. Por mais que fosse notado alguma semelhança nos discursos de membros de uma mesma filiação, também era claro a contradição existente entre psicanalistas pertencentes a uma mesma escola.

Devo assinalar, também, que, em alguns momentos, pode-se notar que algumas questões investigadas não estavam tão sistematizadas e sua elaboração se dava ao longo da própria entrevista. Logo, esse processo de sistematização pode indicar que os problemas da prática clínica nas instituições universitárias estão sempre suscitando novas formalizações e teorizações. Talvez isso seja uma atividade de permanente questionamento e busca de resoluções mas que deveria estar mais presente entre os próprios profissionais de uma mesma instituição. É uma pena que posturas tão interessantes e problematizações tão relevantes não sejam conhecidas ou debatidas entre os próprios psicanalistas.

Feitas essas considerações gerais, passemos agora para as especificidades institucionais propriamente ditas.

O aspecto tido como o mais problemático para a clínica psicanalítica nesses locais e sobre o qual obteve-se uma grande variedade de respostas contrastantes foi o limite de tempo de tratamento designado por essas instituições⁶. Assim, frente a variedade de respostas, não foi possível definir que tipo de encaminhamento (dar continuidade com o mesmo terapeuta no consultório particular, dar continuidade na instituição trocando de terapeuta, encerrar o caso dentro do limite de tempo etc.) é o mais desejável tendo em vista todas as especificidades institucionais. Cada profissional fazia relevantes considerações que justificavam a escolha de um tipo de encaminhamento. Além disso, a maneira como cada psicanalista lidava com esse limite também estava atrelada à forma como cada um percebe o vínculo existente entre paciente e instituição. A "transferência

⁶ O único entrevistado que respondeu categoricamente que não se fazia uma clínica psicanalítica na instituição, alegou como fator impossibilitador o limite de tempo.

institucional" foi então um aspecto decisivo na escolha dos possíveis encaminhamentos após o tempo determinado de tratamento. Assim, para aqueles profissionais que atribuem à "transferência institucional" uma função de grande importância para o atendimento clínico, o paciente não deveria dar continuidade ao tratamento no consultório particular. Para estes, levar o paciente para o consultório significaria fugir das questões que a instituição instaura. Já para outros, esse encaminhamento deveria ser pensado caso a caso, dependendo da relação transferencial que o paciente estabeleceu com a instituição e com o terapeuta. E, ainda outros, afirmaram que o terapeuta deveria ter o compromisso de levar o paciente para seu consultório, para que essa condição institucional (limite de tempo) não inviabilizasse o atendimento. Para estes, não possibilitar a continuidade do tratamento no consultório particular poderia significar um abandono por parte do terapeuta. Alegam também que a clientela dessas instituições não podem servir para o aluno simplesmente aprender a atender sem estar comprometido eticamente com esse trabalho. Isso determinaria a constituição de uma relação perversa entre o terapeuta e seu cliente, onde o primeiro propõe determinados vínculos sabendo que vai ter que rompê-los. Nesse caso, o que circula é a idéia de que com esse tipo de clientela não há problema de se fazer isso, ou seja, o que a instituição ensina e reafirma é que os terapeutas podem aprender com essas pessoas sem ter um compromisso ético com elas. No entanto, é fundamental salientar que aqueles que não concordam com a continuidade do tratamento nos consultórios particulares ressaltaram que muitas vezes o encaminhamento para o consultório está ancorado simplesmente na sedução que a clínica particular exerce. Logo, o aluno pode fazer desse encaminhamento um recurso para evitar o enfrentamento do luto que o término desses cursos pode envolver. Nesse caso, prosseguir o atendimento no consultório seria uma opção ancorada no desejo do terapeuta e não no que é mais terapêutico para o paciente. Também foi assinalado como um aspecto importante

nesta decisão o fato do aluno saber se tem condições de sustentar um atendimento clínico fora das condições que a instituição oferece -- um espaço reconhecido, supervisão, ensino teórico etc. Essas considerações são extremamente importantes pois o que foi ressaltado por uma grande parte dos profissionais é que, em geral, o encaminhamento para o consultório não dá certo, o processo terapêutico termina, aos poucos, diluindo-se. Dessa forma, a decisão sobre o tipo de encaminhamento ao término do tempo determinado requer maiores cuidados e avaliações mais cautelosas.

Diante de justificativas tão contrastantes e ao mesmo tempo extremamente relevantes, essas questões ainda permanecem sem respostas. Como conciliar perspectivas tão discordantes? Como avaliar afirmações tão relevantes? Talvez, ter claro toda essa diversidade de respostas possa ajudar na avaliação do tipo de encaminhamento que deve ser feito em cada caso. Em outras palavras, parece ser importante ter em mente todas essas discussões para que cada vez mais se possa pensar no que é mais terapêutico para cada paciente.

O segundo aspecto analisado refere-se a forma de pagamento feita nessas instituições. Essa discussão tomou diferentes rumos de acordo com o tipo de funcionamento institucional: instituição privada ou pública. Com relação à primeira discutiu-se o fato do pagamento ser feito na secretaria, já com relação às instituições públicas a questão ressaltada tratava do fato do atendimento oferecido ser "gratuito". No entanto, muitas vezes essas questões se entrelaçavam.

Sobre a forma de pagamento numa instituição privada, a maioria afirmou que preferia quebrar a regra que determina que o pagamento deve ser feito na secretaria. O pagamento, então, passaria a ser feito diretamente para o terapeuta pois dessa forma o dinheiro pode ser manejado como um elemento transferencial de forma mais adequada ao processo terapêutico. De maneira geral, todos evidenciaram a importância desse elemento na relação transferencial e com

isso justificavam a ruptura da regra institucional. Isso, no entanto, não encobriu a existência de um outro problema em relação ao pagamento. Alguns profissionais evidenciaram a existência de um certo equívoco ao se considerar que o pagamento que o cliente faz para essas instituições é um "preço baixo", ou "pagamento simbólico". No entanto, essa idéia, muitas vezes, termina prevalecendo na concepção do próprio terapeuta impedindo assim o manejo desse elemento transferencial. Essa idéia pode inclusive encobrir uma concepção preconceituosa do tipo "já que paga pouco é igual a nada". Afinal, se há uma ruptura da regra institucional para possibilitar o manejo do dinheiro, não existe "preço baixo". O preço da sessão deveria ser sempre uma negociação de acordo com as condições de cada paciente. Logo, o preço deve refletir as possibilidades reais desse paciente. Chamar de "pagamento simbólico" estaria, talvez, remetendo-o mais às referências do terapeuta do que àquelas do paciente. Além disso, se a maioria dos profissionais acreditam que pagar diretamente ao terapeuta possibilita um manejo mais eficaz, por que não se faz um movimento de questionar essa regra para adequá-la de forma mais eficiente à prática clínica? Por que simplesmente romper ou ignorar as regras institucionais? Parece-me que isso só contribui para marginalizar e distanciar a prática clínica psicanalítica das condições que a instituição estabelece. Ignorar a lei pode dar um caráter perverso a esta prática clínica, assim como seria igualmente perverso permitir, em função da dificuldade em aceitar as regras institucionais, a elaboração de códigos pessoais de funcionamento desta clínica.

Sobre a forma de pagamento nas instituições públicas, de saída, deve estar claro que os atendimentos nesses ambulatórios não são "gratuitos". Pensar que esse atendimento é gratuito faz parte da mentalidade que circula nessas instituições e que talvez tenhamos o dever de modificar. Desconstruir a idéia de que esses atendimentos são filantrópicos também faz parte do compromisso ético que se deve ter com a clientela que procura tais instituições. Talvez dessa forma se

possa adquirir um novo olhar sobre os problemas que se referem ao pagamento nas instituições públicas. Nesse momento percebi o entrelaçamento da questão do pagamento nas instituições públicas e privadas, pois é enriquecedor para a discussão pensar que o "preço baixo" ou "pagamento simbólico" numa, se equivaleria ao "gratuito" na outra.

Procurei investigar nas entrevistas uma outra questão importante na discussão sobre a prática clínica nessas instituições: a especificidade da clientela. A maioria absoluta dos profissionais considerou que a psicanálise não é incompatível com as demandas e a visão de mundo das classes trabalhadoras. Apesar da diferença existente em seus relatos, vários profissionais salientaram a importância de se conhecer o tipo de demanda dessa clientela, seu universo simbólico, suas expectativas, enfim, sua cultura. Alguns, inclusive, ressaltaram que o terapeuta iniciante deve estar apto para perceber os valores morais e ideológicos que perpassam a leitura de cada caso. Outros também acrescentaram que na medida em que o trabalho de um psicanalista deve estar direcionado ao "sujeito do inconsciente" as diversidades sócio-culturais existentes entre analista e cliente não podem servir como obstáculo para o atendimento clínico. Também foi bastante assinalado que a especificidade dos discursos dos pacientes devem sempre ser respeitadas. E, para isso, acredito ser fundamental ter alguma clareza sobre o universo sócio-cultural da clientela que procura essas instituições.

Um outro aspecto de importância fundamental analisado no discurso dos entrevistados refere-se à análise pessoal do aluno. Esse tema foi bastante evidenciado pela maioria dos profissionais. Sua importância abrange até mesmo os outros aspectos comentados anteriormente. A análise pessoal foi considerada indispensável até mesmo para que o aluno tenha possibilidade de lidar com os vínculos transferenciais que estão envolvidos num trabalho institucional, com as representações que os elementos transferenciais possuem, com o manejo da forma

de pagamento e com as especificidades da clientela. É evidente que pelo fato dessas instituições não terem como objetivo a formação de um psicanalista, a questão da análise pessoal termina por envolver outros problemas, como a impossibilidade de se exigir do aluno estar em análise para frequentar o curso. De qualquer forma, todos os profissionais assinalaram que o conhecimento de seus próprios processos psíquicos é fundamental para um atendimento clínico. Essa questão ainda se torna mais complexa pois não é só a análise pessoal que está em jogo quando se trata dos requisitos de um psicanalista. Junto com esse elemento essencial, a maturidade do terapeuta, sua experiência de vida também foi um aspecto bastante evidenciado. Essa é mais uma especificidade que esses cursos possuem: os terapeutas em sua maioria são pessoas jovens, iniciantes na prática clínica. Por outro lado, como foi assinalado, muitas vezes o fato de ser jovem termina por ser proveitoso em função do cuidado e do investimento que esses alunos iniciantes fazem em seus atendimentos. Além disso, essas instituições oferecem para a maioria de seus alunos uma grande oportunidade, ou seja, a possibilidade de iniciar uma prática clínica psicanalítica. E, como bem foi ressaltado por um entrevistado:

"Isso é fundamental. Permitir que as pessoas comecem.
E, começar é começar, não tem jeito".

Assim, essas instituições também proporcionam para os alunos o início de uma prática clínica, oferecendo um local de atendimento, cursos teóricos e uma prática supervisionada. Esse aspecto, a supervisão, também foi discutido em minhas entrevistas onde vários profissionais teceram importantes considerações a respeito de como percebem esse trabalho na instituição. Para a maioria, o fato da instituição designar uma supervisão em grupo não consistiu numa dificuldade. Ao contrário, afirmaram que para os alunos iniciantes existem algumas vantagens no

fato da supervisão ser em grupo. Em primeiro lugar eles podem escutar e aprender com o caso do colega. Além disso isso estimula discussões críticas a respeito dos casos atendidos. E por fim, o fato de ser em grupo contribui na diluição das idealizações frequentemente depositadas na figura do supervisor. Apenas dois profissionais evidenciaram dificuldades no fato da supervisão ser em grupo e afirmaram, inclusive, que esse trabalho em grupo não pode ser considerado uma supervisão. Para estes a supervisão é um processo individual que está intimamente vinculado com a análise pessoal. Nesse caso, não há possibilidade de haver um supervisão em grupo sem que a subjetividade dos alunos não seja desrespeitada. No entanto, para a maioria, existe um limite claro entre uma supervisão e uma análise, e isso possibilita redirecionar os "pontos cegos" para o processo de análise de cada aluno sem maiores dificuldades.

Além disso, o que mais pode ser dito sobre a função de um supervisor? Cabe ao supervisor não assumir uma postura de mestre detentor da verdade o que prejudicaria a própria formação do aluno e colocaria em risco o atendimento do paciente. Este deixa de ser o objetivo principal de uma supervisão em detrimento das idealizações do aluno. O saber teórico sobre um caso não pode tamponar a emergência dos processos inconscientes. É também tarefa de uma supervisão auxiliar o aluno a ocupar o lugar de "sujeito-suposto-saber" sem confundir, é claro, com a inversão dessa postura que a transforma em "sujeito-suposto-ignorar". Dessa forma, a supervisão poderá sensibilizar os alunos para o que eles escutam e também para o que eles mesmos dizem. É fundamental, para isso que tanto aluno quanto supervisor estejam sempre atentos para qualquer "jogo" narcísico existente nesta relação que ponha em risco o objetivo maior de uma supervisão: o paciente.

E, ao aluno, o que lhe cabe? Cabe ao aluno na dupla condição de aprendiz e terapeuta assumir responsabilidades condizentes com o seu lugar, sem

precisar fazer um uso secundário de sua "pseudo-ignorância", delegando a terceiros a legitimidade de sua prática clínica.

Feita todas essas reflexões o que mais pode ser dito sobre a clínica psicanalítica nas instituições universitárias? Será que se trata de uma nova psicanálise? O que se pode dizer de um atendimento com especificidades tão marcantes e tão diferente do que é comumente designado por prática clínica psicanalítica?

Inicialmente, acredito ser indispensável ter claro todas as especificidades que as condições institucionais criam para a prática clínica. Ignorar ou marginalizar tais marcas em nada contribui para uma prática mais eficiente. Afinal, um dos preceitos da psicanálise indica que o processo de recalque tem como resultado a produção de formações sintomáticas. Tais marcas tomadas sintomas não permitem uma discussão mais crítica sobre os problemas da clínica psicanalítica nas instituições universitárias. Além disso, ignorar tais condições significa também ignorar a instituição enquanto um espaço que permite e ancora o exercício de uma clínica. E seria pertinente lembrar que a universidade é o lugar adequado à revisão de um saber que tem se mostrado anacrônico em relação à prática clínica psicanalítica nas instituições universitárias. Por que não ousar defender teoricamente o que se pratica? Caberia aos profissionais dessas instituições manterem um espaço aberto à discussão das questões apresentadas nesse trabalho com vistas a refletirem sobre a heterogeneidade dessa prática. Isso não significaria uma tentativa de neutralizá-las para pasteurizá-las, mas, muito pelo contrário, possibilitaria uma avaliação mais crítica que pode permitir o amadurecimento da produção acadêmica. Afinal, faz parte do próprio processo psicanalítico a dúvida e a permanente busca de conhecimento como uma forma de evitar a imobilidade do sintoma.

Mas, como reconhecer toda a diversidade do campo psicanalítico sem recair numa concepção onde qualquer prática poder ser designada como psicanálise? Como conciliar flexibilidade com rigor? De qualquer forma, não é fechando os olhos que resolveremos tais questões. Já não se pode mais negar que **na prática a teoria é outra**. E, uma vez que se percebe a necessidade de repensar os pressupostos que estão ancorando essa prática para torná-la mais adequada e "humanamente útil", por que não arriscar redefinições? Como bem salienta Vilhena (1993),

"É a psicanálise que deve servir a nós e não nós a ela..." (p.127)

Transformar esse saber em dogma nada tem a ver com a psicanálise. Acredito, então, que enfrentar tal multiplicidade não significa que o rigor e o exercício crítico deve ser abandonado. Sem essas condições nada pode ser dito sobre psicanálise.

VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABUCHAIM, Alberto (1991) "A dimensão teórico-clínica da psicanálise no Brasil: imitação ou criação?" Em *Anais 13: A Dimensão Teórico-Clínica da Psicanálise no Brasil: Imitação ou Criação?* São Paulo, Sociedade Brasileira de Psicanálise, pp. 60-69.
- BEZERRA Jr., Benilton (1990) "Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental". Em Tundis, S. A. e Costa, N. R. (org.) *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes, pp. 133-169.
- _____ (1991) "A psicanálise é humana, demasiado humana". Em Ropa, D. (org.) *Anuário Brasileiro de Psicanálise 1991*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, pp. 40-45.
- COSTA, Jurandir F. (1989) *Psicanálise e Contexto Cultural: Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias*. Rio de Janeiro, Campus.
- CASTEL, Robert (1981) *A Gestão dos Riscos*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1987.
- DANTAS Jr., Alírio (1991) "Como ensinar os conceitos fundamentais em psicanálise". Em *Anais 13: A Dimensão Teórico-Clínica da Psicanálise no Brasil: Imitação ou Criação?*. São Paulo, Sociedade Brasileira de Psicanálise, pp. 15-19.
- DIAS, Valéria e OLIVEIRA, Flávia (1994) *Da Definição da Psicanálise Possível num Ambulatório à Definição Possível de Psicanálise*. Monografia de conclusão

do Curso de Especialização de Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DUARTE, Luis F. (1986) *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro, Zahar.

DUARTE, Luiz F. D. & ROPA, Daniela (1985) "Considerações teóricas sobre a questão do "atendimento psicológico" as classes trabalhadoras". Em Figueira, S. A. (org.) *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, pp. 178-201.

DUARTE, Luiz F. D. (1986). *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar.

FARIA-LEITÃO, Carla; LYRIO, Alba L.; LOPES DA COSTA, Maura (1994) *A Construção do Lugar de Analista: Imitação de Modelos ou um Percorso Criativo?* Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

FIGUEIRA, Sévulo A. (1985) "Psicologismo, psicanálise e ciências sociais: na "cultura psicanalítica". Em Figueira, S (org.) *Cultura da Psicanálise*. São Paulo, Brasiliense, pp.7-14.

_____ (1991a) "Psicanálise e crise". Em *Nos Bastidores da Psicanálise: Sobre Política, História, Estrutura e Dinâmica do Campo Psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago, pp. 17-26.

_____ (1991b) Freud, pensador social. Em *Nos Bastidores da Psicanálise: Sobre Política, História, Estrutura e Dinâmica do Campo Psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago, pp. 124-134.

_____ (1991c) A influência da obra de Freud na vida cotidiana. Em *Nos Bastidores da Psicanálise: Sobre Política, História, Estrutura e Dinâmica do Campo Psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago, pp. 99-108.

_____ (1991d) "A dimensão teórico-clínica da psicanálise no Brasil: imitação ou criação?". Em *Anais 13: A Dimensão Teórico-clínica da Psicanálise no Brasil: Imitação ou Criação?* São Paulo, Sociedade Brasileira de Psicanálise, pp. 47-59.

FIGUEIREDO, Ana Cristina (1988) "O movimento psicanalítico no Rio de Janeiro na década de 70". Em Birman, J. (org) *Percursos na História da Psicanálise*. Rio de Janeiro, Taurus, pp. 123-147.

_____ (1994) "Ética e ensino: o saber em questão". Trabalho apresentado na III Jornada de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, mimeo.

FREUD, Sigmund (1912) "Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise". Em *ESB*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ (1913) "Sobre o início do tratamento". Em *ESB*, vol. XII. Rio de Janeiro. Imago, 1975.

_____ (1914) "Recordar, repetir e elaborar". Em *ESB*, vol. XII. Rio de Janeiro. Imago, 1975.

_____ (1915) "Observações sobre o amor transferencial. Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise". Em *ESB*, vol. XII. Rio de Janeiro. Imago, 1975.

- _____ (1918) "Linhas de progresso na terapia psicanalítica". Em *ESB*, vol. XVII. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- _____ (1937) "Análise terminável e interminável". Em *ESB*, vol. XXIII. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- MANNONI, Maud (1988) *Da Paixão do Ser à "Loucura" do Saber: Freud, os Anglo-Saxões e Lacan*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1989.
- MEZAN, Renato (1988a) "Problemas de uma história da psicanálise". Em Birman, J. (org.) *Percursos na História da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus, 15-41.
- _____ (1988b) "Prefácio". Em *Vingança da Esfinge - Ensaios de Psicanálise*. São Paulo, Brasiliense, pp. 7-20.
- _____ (1988c) "Uma arqueologia inacabada: Foucault e a psicanálise". Em *A Vingança da Esfinge - Ensaios de Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, pp. 184-217.
- _____ (1988d) "Psicanálise e psicoterapia". Em *A Vingança da Esfinge - Ensaios de Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, pp. 21-42.
- NUNES, M. (1984) *Professional Culture and Professional Practise: A Case Study of Psychoanalysis in the United States*. Tese de Doutorado, Northwestern University, Evenston, Illinois.
- ROPA, Daniela (1991) "As três dimensões da supervisão". Em Albuquerque, D. e Lanes, E (orgs.) *A Psicanálise e seus Destinos: II Fórum Brasileiro de Psicanálise*. Rio de Janeiro, Coqueiral, pp. 277-285.
- SENNÁ, Alba e VILHENA, Junia (1988) "Atendimento psicológico à populações carentes: mitos e lendas". Em *Gradiva* 8. Rio de Janeiro, SPAG, p. 16.

STEIN, Conrad (1989) "Em que lugar, em que enquadre, para que fins falar de seus pacientes?" Em Stein, c. (org.) *A Supervisão na Psicanálise*. São Paulo, Escuta, 1992.

VELHO, Gilberto (1981) *Individualismo e Cultura*. Rio de Janeiro: Zahar.

TURKLE, Sherry (1979) *Psychoanalytic Politics*. Londers, Burnett Books and Andre Deutsch.

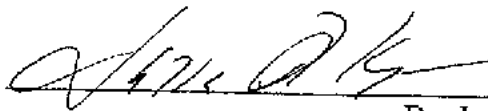
VERZTMAN, Julio (1995) *Tristeza e Depressão: Pensando nos Problemas da Vida*. Petrópolis, Vozes.

_____ (1996) "Por que devemos oferecer psicanálise nos ambulatórios públicos?" Em *Cadernos IPUB - Por uma Assistência Psiquiátrica em Transformação*. Rio de Janeiro, UFRJ.

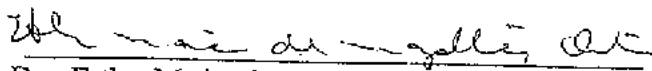
VILHENA, Junia (1993a) Apartheid clínico: uma visão violenta e autoritária da prática clínica. Em *Cadernos do SPA: Uma Prática em Debate*. 1993: 5. Rio de Janeiro, PUC.

_____ (1993b) "Laços da paixão: política, ética e liberdade". Em Figueira, S. A. (org.) *A Palavra e o Silêncio: Construção do Saber Psicanalítico na Universidade*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, pp. 125-138.

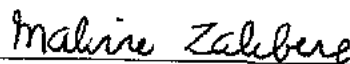
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Valéria Rodrigues Dias "Na prática a teoria é outra: Reflexões acerca da prática clínica psicanalítica em instituições universitárias", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:



Dra. Junia de Vilhena
Orientadora - PUC/Rio



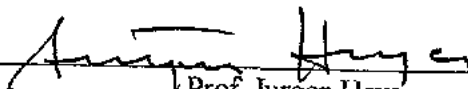
Dra. Esther Marias de Magalhães Arantes - PUC/Rio



Dra. Malvine Zalberg -UERJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 23 de agosto de 1996. 20102/97



Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de
Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas