



**PUC**  
**RIO**

**DANIEL LINS MENUCCI**

**O TRABALHO NO DIVÃ:**

**OS CONVÊNIOS DE SAÚDE E A PRÁTICA PSICANALÍTICA**

**TESE DE DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**CTCH - Departamento de Psicologia**

**Rio de janeiro, 27 de março de 1998**

**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>**

N.Cham. 150 M551 TESE UC

Título O trabalho no divã



Ex.1 PUCB

0135598

**DANIEL LINS MENUCCI**

**O TRABALHO NO DIVÃ:  
OS CONVÊNIOS DE SAÚDE E A PRÁTICA PSICANALÍTICA**

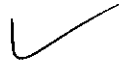
**TESE DE DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**Departamento de Psicologia**

**Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro**

**Rio de janeiro, 27 de março de 1998**

**DANIEL LINS, MENUCCI**



**O TRABALHO NO DIVÃ:  
OS CONVÊNIOS DE SAÚDE E A PRÁTICA PSICANALÍTICA**

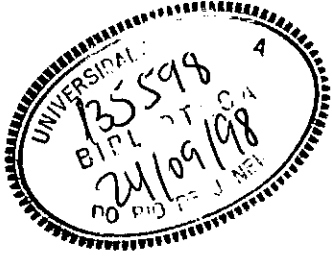
**Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da  
PUC/Rio como parte dos requisitos para obtenção do  
título de Doutor em Psicologia.**

**Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Angela B. Podkameni**

**Departamento de Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro**

**Rio de Janeiro, 27 de março de 1998**

92199



150  
MS51  
TETE UC  
EX. 1

## DEDICATÓRIA

A meus pais, por me fazerem perceber que o viver,  
mais que uma dádiva, é uma conquista.

A minha esposa, Isabel, pelo apoio incondicional,  
incentivo nas horas difíceis e acolhida afetuosa  
após os afastamentos necessários.

Aos meus filhos, Rafael e Carolina,  
que com tanta ternura souberam reclamar  
do tempo de convívio roubado,  
apressando-me e torcendo para um final feliz.

## AGRADECIMENTOS

- A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Angela Baraf Podkameni, orientadora e amiga, pela sua sempre "acolhida boa o bastante" , sem a qual não teríamos chegado ao fim deste percurso, ou mesmo teríamos começado-o!
- Aos meus colegas do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, pelo apoio no início desta jornada, em especial a Prof<sup>a</sup> Lucia Adriana Anhel, cujo convívio sempre enriquece e estimula;
- Aos meus colegas da Colônia Juliano Moreira/RJ, em especial à equipe do Centro de Reabilitação e Integração Social, pelo apoio e incentivo, principalmente da parte de Circe Barbosa, cuja amizade resiste a distância;
- Aos meus colegas do Departamento de Psicologia e a equipe do Centro de Estudos, Pesquisa e Atenção em Saúde Mental da Universidade Federal de Pernambuco, pelo apoio na reta final, em especial aos Profs. Eniel Sabino, Nilson Gomes, Aída Novelino e a psicóloga Ana Cristina;
- A Lara Sá Leitão e Roselani Ribeiro, pela contribuição nas entrevistas iniciais;
- A Cláudia Castro, Gabriela M. Andrade e Patrícia Freitas, pelo profissionalismo, dedicação, disponibilidade e apoio dado na realização das entrevistas e pelas ricas contribuições na revisão final;
- A Ivane, pela dedicação e apoio na revisão das entrevistas e a Daniele Sátiro, pela disponibilidade e presteza em revisar o texto final, de última hora, e pelas sugestões pertinentes e de grande valor;
- A Cláudia Suassuna pela sua capacidade e dedicação e na revisão ortográfica;
- A Terezinha Mendonça, mais que uma procuradora, uma amiga carioca;
- Aos que fazem o Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro / PUC-Rio, pela oportunidade de realizar mais este projeto;
- Aos colegas do Ministério da Saúde / Gerência Estadual em Pernambuco, em especial a equipe do Serviço de Vigilância Sanitária pelo estímulo e apoio recebido;
- A CAPES, pelo apoio financeiro indispensável;
- A todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para o término desta jornada e que devido ao espaço restrito não foram aqui mencionados.

## RESUMO

A crescente difusão da prática psicanalítica nos sistemas de convênios de saúde motivou este estudo. Foram analisadas as repercussões da existência da instituição do convênio como um "terceiro" na relação terapêutica, bem como o reflexo das representações sobre o cliente assistido pelos convênios, o profissional credenciado, a prática psicanalítica e sobre o próprio convênio na estruturação deste tipo de atendimento.

São apresentados e discutidos os resultados das entrevistas realizadas com 10 instituições de convênios de saúde, estabelecidas na cidade do Recife-Pernambuco-Brasil, ligados a órgãos públicos ou companhias estatais, e com 16 psicólogos credenciados por estes convênios, que adotam a abordagem psicanalítica.

Os resultados apontam para os convênios como uma prática associada à inserção do psicólogo clínico no mercado de trabalho, bem como propicia o acesso deste tipo de atendimento à classe trabalhadora e a seus familiares. O modelo médico no qual os convênios se estruturam, tendem a colocar o atendimento psicológico como uma forma de benefício especial e oneroso. O não reconhecimento da especificidade da abordagem psicoterápica em geral e, em específico, da prática psicanalítica dentro do sistema de convênio, é sentido pelos profissionais como uma desvalorização, como desrespeito e como ameaça a sua identidade profissional. Os profissionais credenciados, por sua vez, tendem a desenvolver estratégias para amenizar o impacto do convênio como um "terceiro" na relação terapêutica.. As características da formação psicanalítica, mais centrada no intrapsíquico e no indivíduo, refletem na forma de abordar a relação saúde mental - trabalho, bem como outras vivências institucionais.



## ABSTRACT

This study was motivated by the crescent psychoanalytic practice among managed care systems. It was analyzed the consequences of the existence of the managed care organization when taken as a "third element" in the therapeutic relationship, as well its reflection on the representations of managed care clients, of the professionals, of the psychoanalytic practice and the organization itself, when considering structuring this kind of health care.

The results of interviews realized with 10 managed care organizations (related to public departments or state companies), established in the city of Recife, state of Pernambuco, Brazil, and 16 psychoanalytic oriented psychologists that work with those organizations are presented and analyzed.

The results show the managed care practice is associated to the beginning of psychologist's professional careers. Also is viewed as a way to promote access to psychotherapy to the employees and its families. The medical-necessity setting in with the managed care is based tends to put the psychological treatment as a special and high cost benefit. When managed care system do not recognize the specificity of psychotherapy in general, and, in a specific way, the psychoanalytic practice, professionals see it as a non-valorization, non-respect and a threat to their professional identity. The managed care practitioners, in its turn, tend to develop strategies to minimize the impact of the organization as a "third element" in the therapeutic relationship. The psychoanalytic formation, centered in the individual and its intrapsychic factors, reflects in the way it's seen the relation between work and mental health, as well others institutional events.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>VI</b>
<b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1 - O atendimento psicológico ao trabalhador.....	2
1.2 - A prática psicanalítica e o convênio: relações com esse terceiro.....	14
1.3 - Objetivos e apresentação dos capítulos.....	16
<b>2 - IDENTIDADE e TRABALHO.....</b>	<b>19</b>
2.1 - A identidade social.....	23
2.2 - A identidade psicológica.....	32
2.3 - A identidade e as instituições sociais.....	46
2.4 - O trabalho, o trabalhador e sua identidade.....	53
2.5 - Os funcionários públicos: em busca da segurança perdida? .....	73
2.6 - Identidade do psicanalista e sua formação.....	78
<b>3 - A CLÍNICA PSICANALÍTICA E OS CONVÊNIOS.....</b>	<b>89</b>
3.1 - O tempo na psicanálise.....	93
3.2 - O dinheiro e a psicanálise.....	108
3.3 - O trabalho e a psicanálise: entre eros e ananke.....	128
3.4 - O contrato e esse terceiro: o convênio.....	139

<b>4 - A PESQUISA</b> .....	153
4.1 - <b>Metodologia</b> .....	153
4.2 - <b>Resultados das entrevistas com os convênios</b> .....	159
4.2.1 - Sobre o funcionamento das instituições.....	160
4.2.2 - Sobre o associado / beneficiário.....	166
4.2.3 - Sobre o profissional credenciado.....	174
4.2.4 - Sobre o acesso ao atendimento psicológico/psicanalítico.....	182
4.3- <b>Resultados das entrevistas com os profissionais</b> .....	196
4.3.1 - Motivos que levaram os profissionais a se credenciarem.....	200
4.3.2 - O processo de credenciamento.....	209
4.3.3 - Como é atender em convênios e a interferência deste terceiro no processo psicoterapêutico.....	217
4.3.4 - Representação que o profissional tem do cliente de convênio e como acha que o espaço terapêutico e o profissional conveniado é visto pelo cliente de convênio.....	258
4.3.5- Representação que o profissional tem do convênio e como acha que o espaço terapêutico e o profissional é visto por parte do convênio.....	272
4.3.6 - A relação entre trabalho e saúde mental.....	285
<b>5 -CONCLUSÕES</b> .....	305
<b>6 -APÊNDICES: Roteiros das entrevistas com convênio e com profissionais</b> .....	311
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	317
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	330

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela</b>	<b>Assunto</b>	<b>Pág.</b>
01	Serviços oferecidos por cada instituição.....	163
02	Ano de inclusão dos serviços.....	163
03	Motivos para inclusão dos serviços de psicologia.....	164
04	Profissionais credenciados no Recife por instituição.....	166
05	Identificação de quem tem acesso aos serviços.....	167
06	Especificação do tempo de carência.....	169
07	Participação financeira do assistido.....	171
08	Formas de remuneração do psicólogo credenciado.....	177
09	Cálculo de remuneração do psicólogo.....	177
10	Responsável pela seleção de psicólogos.....	178
11	Crítérios para credenciamento de profissionais.....	179
12	Documentação exigida para credenciamento.....	182
13	Procura pelo tratamento psicoterápico.....	182
14	Motivos que levam a procura do tratamento psicoterápico.....	183
15	Exigência de autorização prévia para o acesso ao tratamento.....	184
16	Exigência de laudos e diagnósticos para autorização tratamento...	184
17	Responsáveis pela avaliação de laudos e diagnósticos.....	184
18	Limite para duração de cada sessão psicoterápica.....	187
19	Limite para frequência das sessões psicoterápicas.....	187
20	Limite para duração do tratamento psicoterápico.....	187
21	Previsão de interrupção de consultas.....	188
22	Acompanhamento/estatística dos resultados e análise da demanda	189
23	Intercâmbio entre os psicólogos e outros profissionais.....	191
24	Benefícios que a instituição atribui à psicoterapia.....	192
25	Processo de credenciamento.....	210

## 1 - INTRODUÇÃO

Devido ao contexto sócio-econômico brasileiro os "planos de saúde" têm sido, já há vários anos, senão décadas, uma forma de acesso aos serviços de saúde e se tornado uma alternativa à rede pública do "Sistema Único de Saúde - SUS" e ao atendimento particular.

Estes "planos de saúde" tanto se instituem como "seguros-saúde" - onde a ênfase recai na relação de consumidor - prestador de serviço -, como também podem ser promovidos pela instituição de "convênios" celebrados entre as instituições patronais e seus empregados e/ou representantes (sindicatos, associações, fundações, etc.) - e a ênfase pode vir a ser a relação empregador - trabalhador. Sendo assim, a forma como se estruturam estes "planos de saúde", como "seguros-saúde" ou como "convênios" entre a classe patronal e a classe trabalhadora, se coloca como um primeiro problema para quem pretende investigar esta modalidade de atenção à saúde.

Outra questão é a abrangência e o modelo de funcionamento que cada convênio adota, que pode ou não incluir determinados atendimentos e serviços prestados ao seu assistido. Dentre estes serviços, merece destaque a atenção à saúde mental de um modo geral e, em específico, os processos "psicoterápicos" (que se diferenciam das abordagens medicamentosas e organicistas, pela natureza do seu objeto e do seu método), incluindo-se aí a abordagem psicanalítica.

Neste sentido, temos assistido a uma inserção cada vez maior de psicólogos que se propõem a uma prática clínica de abordagem psicanalítica nos "planos de saúde", de uma forma geral e, em específico, nos sistemas de "convênios". Tal inserção amplia as possibilidades de acesso aos processos psicoterápicos para uma clientela que antes, talvez, não tivesse como usufruir deste tipo de atendimento. Por outro lado, isto reflete que está

havendo também uma maior aceitação, por parte dos "planos de saúde", em ter a psicologia clínica como uma especialidade na área de saúde.

Com vistas a melhor delimitar tal inserção da psicologia neste tipo de atendimento, tomaremos como objeto de estudo os "convênios" ligados a órgãos públicos (tanto da administração direta quanto indireta), onde sabemos ser o vínculo empregatício determinante para o acesso aos serviços dos profissionais de saúde, haja vista que estes são sustentados por organizações vinculadas as entidades patronais ou as entidades classistas.

Sendo, assim a primeira questão que podemos fazer é: **em que medida a relação saúde-trabalho está sendo considerada nestes atendimentos?**

### **1.1 - O atendimento psicológico ao trabalhador**

A primeira observação que temos que fazer, é que o estudo das relações entre saúde e trabalho se situa, pela sua própria natureza e complexidade, num campo interdisciplinar, e como tal, pode ser abordado de diversas perspectivas, porém com uma preocupação em comum: como se estabelece a relação entre as experiências da vida do trabalho (e suas conseqüências dentro e fora do local do trabalho) e a saúde do trabalhador. Por outro lado, não apenas o contexto onde se dão estas experiências de trabalho têm se modificado no decorrer dos tempos e de acordo com cada contexto sócio-econômico, como a constituição dos saberes científicos acerca desta matéria também têm mostrado mudanças significativas, quer na concepção do seu objeto de estudo, quer nos seus métodos investigativos e na sua relação com o processo de produção.

De um modo geral, podemos dizer que os estudos iniciais sobre a relação entre saúde e o trabalho são oriundos de estudos realizados em organizações industriais que utilizavam

um grande número de trabalhadores (e por isso mesmo o adoecimento dos trabalhadores é, acima de tudo, um problema econômico). Neste sentido PITTA (1991), assinala que estudos como os de HALLIDAY (em 1928), CHADWICK (em 1842), HAWKES (em 1857), já nos alertavam para a relação entre as condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores, apesar de que, nesta época, de acordo com DEJOURS (1988):

*"... Não cabe falar de 'saúde' em reação a classe operária do século XIX. Antes, é preciso que seja assegurada a subsistência, independentemente da doença. A luta pela saúde, nesta época, identifica-se com a luta pela sobrevivência: 'viver para o operário, é não morrer'." (DEJOURS, 1988, p.14)*

Esta identificação da luta pela saúde com a luta pela sobrevivência, refletiria a relação entre a concepção de saúde e as práticas e/ou estratégias a serem adotadas para dar conta do problema em cada contexto histórico (DEJOURS, 1988). Assim, no século XIX, ao sobrevivencialismo da miséria operária teremos como práticas os movimentos higienistas, as ciências morais e políticas e os alienistas atuando, num processo de medicalização do controle social, tal como nos relatou COSTA (1980), com relação às práticas psiquiátricas no Brasil e sua relação com o movimento higienista. Porém PITTA (1991), assinala que o interesse nesta relação, entre as condições de trabalho e a saúde do trabalhador, enquanto questão social, foram deixadas de lado com o advento da teoria da monocausalidade, onde se buscava uma relação direta entre causa e efeito e que

*"... Estivemos mais próximos de preocupar cientistas e pesquisadores com as relações saúde/doença com CHADWICK na Inglaterra de 1842 do que estivemos na primeira metade deste século, por exemplo" (PITTA, 1991, p.44)*

Foi justamente a partir do século XIX, que o processo de industrialização desenvolveu-se a pleno vapor, desencadeando uma maior fragmentação do trabalho, resultado

de um sistema de produção onde cada trabalhador faz um pedaço da peça e a visão do "todo" é dificultada, com conseqüências na organização social do trabalho, alienação e mecanismos de controle social através da "human engineering", como bem sistematizou MERANI (1977). A tendência a formação de grandes complexos industriais, também levou a aglomeração de um maior número de trabalhadores em um único local de trabalho, e, talvez, isso tenha favorecido uma maior organização dos próprios trabalhadores em sindicatos e outros órgãos de classe. Isto não implica em desconsiderar a própria transformação social por que passou o mundo durante a I guerra mundial e, posteriormente, a II grande guerra, que acarretou mudanças sócio-políticas importantes.

É, também, nesta época que as próprias instituições tornam-se objetos de estudos. Estes visavam estabelecer uma maior relação entre as práticas nos estabelecimentos e sua função social, tais como a escola, o hospício, a fábrica, a prisão, etc.<sup>1</sup>

LAURELL e NORIEGA (1987) salientam que a concepção e abordagem de saúde do trabalhador no final da década de 60 e início de 70, traduzem um questionamento global da organização capitalista do trabalho, que visava ir contra a

*"Parcialização da problemática do mundo do trabalho imposta pela lógica da negociação problema a problema..." (LAURELL e NORIEGA, 1987, p.23)(herança do modelo médico),*

*"... que coloca a doença como resultado da ação de agentes específicos - os riscos - e sua solução, na ação curativa. O resultado desta visão é, pois, o de obscurecer o complexo entendimento da relação entre o processo de trabalho e saúde, enquanto uma parte importante dela é colocada fora do trabalho, como doença 'geral ou natural'. A outra parte é reconhecida como do trabalho, se restringe aos riscos físicos, químicos, biológicos e mecânicos, às vezes abordados com a prevenção e, se não, indenizados de alguma forma. " (LAURELL e NORIEGA, 1987, p.22).*

---

<sup>1</sup> Estudos como o de GOFFMANN (1974), COOPER (1967) e BASAGLIA (1985), são os precursores de outros trabalhos que mostraram a relação entre a estruturação de processos de trabalho no interior dos estabelecimentos, no caso os hospitais psiquiátricos, e sua influência no comportamento das pessoas, bem como a sua função social.



Vemos aí uma relação direta entre o modelo médico (que busca identificar agentes patógenos causadores de doenças e realizar uma ação curativa, que inclui mais um agir no doente e menos uma prevenção em cima do meio ambiente) e a lógica capitalista. Estes, quando associados, produzem uma abordagem à saúde do trabalhador que promove uma dicotomia entre o social e o sistema de produção, num processo mecanicista, que nada mais é que um modelo de monocausalidade desenvolvido em "séries" de causalidades, onde a cada relação de causa-efeito físico-químico-mecânica corresponderá uma abordagem isolada e distanciada de sua relação como o processo global de produção. O modelo que se oporia a este seria, de acordo com LAURELL e NORIEGA (1987), aquele que privilegiaria o estado da produção social do processo saúde-doença, de forte influência marxista e que teria como máxima o seguinte:

*"Retorno à fábrica para decifrar a realidade, sair do hospital para entender a doença." (LAURELL e NORIEGA, 1987, p.23)*

Chegamos, com isso, a uma posição onde não mais podemos olhar a doença ou o adoecer como uma questão "natural", mas como decorrente de relações complexas entre o contexto de trabalho, o processo de produção e o modelo ou código interpretativo adotado, mesmo quando abordada fora do contexto do trabalho, tal como nos fala RANGEL (1988), sobre sua experiência com grupo de pacientes hipertensos num hospital geral:

*"Torna-se necessário que a doença seja olhada, não só como um 'acidente', ou 'desequilíbrio', que ocorre com uma pessoa, mas como um recurso também utilizado para manutenção de um equilíbrio do sujeito na família, no grupo social, frente ao trabalho, etc. O corpo necessita usar estratégias para sobreviver biologicamente, mas também psíquica e socialmente. Além do que, este mesmo corpo precisa responder ao fato de ter sido apropriado socialmente através do trabalho, da produção". (RANGEL, 1988, p.4)*

Assim, a doença é também uma resposta à "apropriação social do corpo", uma "estratégia de sobrevivência". Resta-nos então responder se esta "estratégia" é uma produção ou resposta individual ou compartilhada pelos pares do trabalhador. Neste sentido, SILVA (1993), salienta que já em 1955, JACQUES, na Inglaterra, publicou estudos realizados em uma indústria que identificavam sistemas de defesas psicológicas socialmente estruturados, mas que, a partir de 1980, com a publicação do livro "A Loucura do Trabalho" de CHRISTOPHE DEJOURS (1988), que o interesse pelo estudo dos sistemas sociais de defesa toma impulso considerável e também onde é exposto o seu conceito de "estratégias defensivas" coletivamente forjadas.

Tais "estratégias defensivas" coletivas não só refletiriam o sistema de valores sociais, quer o tomemos como valores contemporâneos, determinados pela "superestrutura", pela ideologia, como defende o materialismo histórico ou internalizados de nossos antepassados como defende FREUD (FREUD, 1932-33, p.87), mas também um reflexo ou reação à realidade laborativa.

Percebemos, na concepção de sistemas de defesas psicológicas socialmente estruturadas, uma possibilidade de análise da relação saúde trabalho, pelo menos quanto a uma possibilidade de análise do comportamento orientado, de acordo com o modo como se partilha a interpretação da realidade vivida, coletivamente em função do contexto de trabalho.

Como vimos anteriormente, houve uma mudança na maneira de abordar a questão da relação entre trabalho e saúde no decorrer dos tempos. O mesmo podemos dizer das características da atenção à saúde em geral e, em específico à saúde mental. Para PITTA (1991), a vocação para cuidar de enfermos, nos seus primórdios, situar-se-ia no âmbito da religião, do que no da ciência e da técnica, e que se realizava numa economia de "trocas simbólicas" entre a "generosidade dos que tratam, versus a gratidão dos tratados e suas

famílias". Troca esta que se modifica no decorrer dos tempos, de acordo com as regras gerais de produção das sociedades. O que antes era um trabalho gratuito, generoso, por caridade ou penitência, onde o tempo e esforço despendidos eram recompensados pela compensação moral e espiritual, evolui para o trabalho ,enquanto profissão, integrando-se ao sistema de produção maior. Espera-se, diante dessa modificação, uma retribuição pecuniária pelo seu "valor" de bem de produção.

Como pretendemos lidar com a prática psicológica, inserida numa relação institucional que tem como elemento identificatório "a saúde", devemos, pois, estar atentos ao modo como a representação que se tem do psicólogo, e da representação que o profissional tem de si mesmo e de seu "cliente", refletem na sua prática. Dizemos isto pois as representações que temos do nosso "objeto/sujeito de estudo/intervenção" determinam as representações que temos de nossa prática e de nossa identidade, bem como, estas últimas determinam como podemos representar este "objeto/sujeito" da nossa prática, num processo dialético.

Tanto as representações sociais como os sistemas de interpretação, estão relacionados à esfera do fazer e da ação (PERUSSI, 1995). Sabemos que tal relação se dá de forma problemática, nos oferecendo uma série de obstáculos, como a própria teoria do "núcleo central das representações sociais" nos faz ver (SÁ, 1996). No entanto, não podemos deixar de considerar a ligação entre as representações sociais e às práticas institucionais.

Com BASAGLIA (1985), aprendemos ainda que existe uma relação entre o sistema social e a "tarefa social" da instituição psiquiátrica, que reflete nas práticas daqueles que lá trabalham. Para ele, a instituição psiquiátrica repousa, como tantas outras, sobre a violência e o poder que exerce sobre o doente mental, promovendo a sua exclusão social. Por outro lado, os chamados "atos terapêuticos" dos especialistas são técnicas sofisticadas de violência que visam atenuar as reações do excluído em relação ao excludente (o técnico). Mas ainda,

quando o técnico assume o papel de excludente, torna-se ele mesmo um excluído, pois foi "objetivado" e destituído de sua própria "consciência", já que o seu agir, é ditado "de fora".

Neste novo questionamento há como que um "descentramento" da questão direta entre o que se faz para por que se faz, e é também imputado ao profissional a "responsabilidade" pela exclusão social do interno. Com isso, além de ter que dar conta do que faz e como faz, deverá saber fazer uma análise do por que faz e, mais ainda; qual a função social da sua tarefa. Esta nova visão, por um lado, tem a intenção de trazer uma maior reflexão sobre as práticas psiquiátricas e sua relação com o social, mas, por outro lado, coloca em jogo mas um fator de "stress" ou de "culpabilização" do trabalhador, na medida em que ele é também colocado como "responsável" pelo "destino" do interno.<sup>2</sup>

Assim, além das representações sobre as "tarefas individuais", podemos também dizer que a "tarefa social" de cada organização social costuma refletir nas práticas daqueles que lá trabalham, determinando qual o "produto" do trabalho ali desenvolvido. E, no caso da atenção em saúde mental, o conceito que se possa ter sobre saúde-doença, é fundamental na determinação das práticas institucionais.

DUARTE (1993), nos propõe que adotemos uma proposta de "mediação universal da estrutura simbólica", como forma de realizarmos uma "suspensão das reduções ontológicas", com vistas a evitarmos as controvérsias sobre a realidade infra-simbólica (física, moral e psíquica), a cerca da doença mental.

*"A proposta de mediação universal da estrutura simbólica supõe que nada do humano, quer decorra da inserção de sua corporalidade na natureza, quer decorra de sua imersão como pessoa na sociedade, quer decorra ainda de sua organização psíquica, possa ser objeto de apreensão reflexiva - essa a que nós intelectuais pesquisadores ou*

---

<sup>2</sup>Processo esse, podemos dizer, análogo a discussão sobre as causas e responsabilidade sobre os acidentes de trabalho, onde se discute se a causa estaria nos "atos inseguros"(cuja responsabilidade recai no trabalhador) ou nas "condições de trabalho inseguras" (cuja responsabilidade recai na organização). Só que agora se discute a responsabilidade sobre as conseqüências dos atos em terceiros.

*terapeutas, nos propomos - sem a mediação do sentido, da significação, única ordem em que nos podemos comunicar de modo universal e universalizante. Isso significa recusar qualquer explicação ou generalização que se baseie na reificação ou substantivação de fenômenos oriundos das demais ordens, sem que tenham sido submetidos à contextualização semântica. " (DUARTE, 1993, p.16)*

Assim, ao submetermos a questão da "saúde mental" , por assim dizer, de uma determinada classe trabalhadora à "contextualização semântica", podemos resolver outra questão também apontada por DUARTE (1993), a da "descontinuidade das ordens de sentido", ou mais especificamente: privilegiar a determinação das linguagens, dos códigos que permitem dar sentido às experiências dos trabalhadores e, através de um controle das categorias do pesquisador permitir uma mediação que também nos dê sentido àquelas experiências. Em outras palavras: temos que buscar entender como uma determinada classe trabalhadora, aqui tomada como sub-cultura, dá sentido às suas experiências, inclusive como relaciona o seu trabalho com sua saúde mental (ou como venha o denominar) e como este sentido orienta suas práticas e suas relações para com os outros.

Também sabemos que esta "descontinuidade de sentido" não se dá apenas de uma "sub-cultura" para outra, mas também de indivíduo para indivíduo (se é que podemos falar desta categoria "stricto senso"), sendo não só determinada apenas pelos aspectos do seu presente, como ressaltou FREUD, nas *Novas Conferências Introdutórias* (FREUD,1932-33), ao criticar o materialismo histórico a partir da sua formulação das origens do superego:

*"... o superego de uma criança é, com efeito, construído segundo o modelo não de seus pais, mas do superego de seus pais; os conteúdos que ele encerra são os mesmos, e torna-se veículo da tradição e de todos os duradouros julgamentos de valores que dessa forma se transmitiram de geração em geração. Facilmente podem adivinhar que, quando levamos em conta o superego, estamos dando um passo importante para a nossa compreensão do comportamento social e da humanidade - do comportamento da delinquência, por exemplo - e, talvez, até mesmo estejamos dando indicações práticas referentes à educação. Parece provável que aquilo que se conhece como visão*

*materialista da história peque por subestimar esse fator. Eles o põem de lado, com o comentário de que as 'ideologias' do homem nada mais são do que produto e superestrutura de suas condições econômicas contemporâneas. Isto é verdade, mas muito provavelmente não a verdade inteira. A humanidade nunca vive inteiramente do presente. O passado, a tradição da raça e do povo, vive nas ideologias do superego e só lentamente cede às influências do presente, no sentido de mudanças novas; e, enquanto opera através do superego, desempenha um poderoso papel na vida do homem, independente de condições econômicas. " (FREUD, 1932-33, p.87)*

Nesta citação de FREUD, fica claro que não devemos buscar apenas no presente a explicação para "julgamentos de valores" ,que orientam as práticas das pessoas, mas também na constituição de uma subjetividade, a partir de identificações primitivas com seus pais, ou representantes deles calcadas em vínculos libidinais. E isto nos põe uma alerta, quando pensamos pesquisar grupos de indivíduos inseridos num determinado contexto histórico e cultural, que lhes assegura não apenas uma representatividade, mas um agir calcado em códigos de comunicação partilhado por esta coletividade. Códigos estes que consideram quase sempre o sentido organizacional e representacional, para não dizer imperativo, da categoria trabalho.

Contudo, sabemos que aqueles que cuidam, ou se formam para cuidar da saúde mental, especificamente os profissionais "psi" (psicólogos, psiquiatras e psicanalistas), recebem sua formação dentro de determinada cultura que privilegia determinados códigos interpretativos. **A questão que se coloca, quando pretendemos abordar o atendimento psicoterápico em "convênios" (onde existe, como vimos, uma relação entre classe patronal e classe trabalhadora), é como estes profissionais, psicólogos/psicanalistas, relacionam o trabalho à saúde mental do paciente, ou ainda, qual a articulação que fazem entre a constituição do sujeito psicológico/psicanalítico com a identidade do trabalhador e sua demanda por atendimento? Mais ainda, no nosso caso, de que**

**maneira o fato do assistido possuir uma identidade profissional ligada ao "funcionário público" aparece nesta relação?**

BEZERRA JÚNIOR (1992), ao retomar questões sobre o projeto psicoterápico em ambulatorios públicos, também estudadas por COSTA (1989), enfatiza que o fracasso verificado do atendimento psicoterápico, voltado para a classe trabalhadora, não deve ser creditado à incompetência generalizada no manejo de técnicas, ou da incapacidade da clientela experimentar emoções ou ser psicologicamente resistente à elaboração de seus sentimentos, ou mesmo devido ao confronto de ideologias e concepções do psiquismo. Para aquele autor, devemos buscar respostas nas noções que se referem à doença, às expectativas em relação aos resultados do tratamento e ao próprio "modus operandi" da terapêutica, que cada parte envolvida traz consigo, e que constituirão as bases de atrito, concordância ou adequação a proposta psicoterápica.

Enquanto para o terapeuta a doença possa ser o resultado de conflitos psíquicos, cujas raízes devem ser buscadas na biografia pessoal, para o paciente a doença pode ser localizada tanto em partes do corpo (como um problema de "mal funcionamento ou de deficiência hereditária), como no "espírito" (logo um problema espiritual, religioso se coloca) ou como devido a relações pessoais (dependente do meio externo, dos outros). Estes referenciais pessoais, por sua vez, determinarão o que se espera do tratamento e como entender o processo de tratamento. O terapeuta pode, então, esperar possibilitar ao paciente o desvelamento do oculto, de que possa viver novas experiências e encontrar novos objetos de satisfação. Isto envolve um projeto de futuro distante ou a médio prazo. Já o paciente, mesmo sem discordar deste tipo de proposta, pode preferir resultados imediatos, mesmo porque tal empreitada esteja dificultada pela "imobilidade social" provocada pelo seu lugar na estrutura social. Ao

paciente também seria "exigido", absorver uma visão da doença, como problema de "causalidade múltipla", que pode não lhe ser usual, já que:

*"... esta visão da doença como problema de causalidade múltipla pode não ser tão comum entre os clientes quanto é entre os terapeutas. As próprias noções de <<problema>> e <<causalidade>> são repartidas de modo muito desigual pela sociedade como um todo e isto em decorrência dos hábitos culturais desenvolvidos desde a infância até a fase adulta nas diversas classes e camadas sociais. " (BEZERRA JÚNIOR, 1992, p.156)*

Teríamos a acrescentar a esta visão de "estratificação social" das noções de causalidade e de problema, a própria contribuição que a relação do paciente com o seu sintoma e a constituição do seu sentimento de identidade têm a dar. Para isto, recorremos a BLEICHMAR (1988), que exemplifica o processo combinatório complexo, que determina o surgimento da hipocondria (sentimento de perseguição, desmoronamento narcisista, sentimento de culpa, despersonalização e transtornos do sentimento de identidade, além de outras condições como a perda de objeto e desejos agressivos) e adiciona a esta combinação o papel desempenhado pela identificação, através do poder do enunciado identificatório paterno. Aquele autor toma a fórmula **x... por y** (eu sou assim **por** isto ou aquilo, sendo o **por** o lugar onde opera o inconsciente, direcionando o sentido que o sujeito venha a ter de si mesmo), como possibilidade de explicação causal do surgimento da identidade e sua relação com a doença. Uma vez que o sujeito assuma uma determinada identidade (de culpado, por exemplo), buscará indicadores no mundo externo, no corpo, etc.. que comprove o que "já sabe" sobre si mesmo.

*"E 'eu sou' (...) constitui, na realidade, a versão reduzida da fórmula geral 'eu sou x... por y'. As infinitas particularizações da fórmula irão se produzindo à medida que as variáveis recebam um argumento, um valor definido. Exemplos: 'eu sou mau... por não querer bem meus pais' (funcionamento da fórmula dentro do discurso da culpa), ou 'eu sou maravilhoso por ter tal atributo' (funcionamento dentro do discurso narcisista), ou 'eu posso adoecer porque nasci fraco' (fundamento do discurso hipocondríaco). " (BLEICHMAR, 1988, p.163)*



COSTA (1989), enfatiza que, além de não existir doença independente de seu modo de expressão, esta se constitui como um "conflito" para o sujeito, quando, de algum modo a sua "identidade psicológica" é atingida. Quando o "eu" é atingido naquilo que representa o traço comum com *todos os eu*, naquilo que é definidor do humano para o sujeito, e que, por conseguinte, leva-o a um conflito identificatório, a sentir-se "fora da norma". Esta "identidade psicológica" é, no entanto, fruto do atrelamento do sujeito ao seu universo sócio-cultural e deve ser relativizada. Desta forma, a identidade psicológica não é universal e não pode ser vista como aquela onde a sexualidade predomina como valor máximo e, como prova disto, basta olhar a classe trabalhadora operária, nos ambulatórios públicos, para se verificar que o traço identificatório *trabalhador* assume uma preeminência sobre a sexualidade.

Retomando a questão feita anteriormente, sobre o modo como pode aparecer a identidade do trabalhador vinculada ao "funcionário público", podemos dizer ao abordá-la sobre esta perspectiva isto nos acrescenta um outro problema: O fato de que ser "funcionário público" não constitui uma "classe sócio-econômica", tal como é o caso da "classe trabalhadora operária". Embora isto não signifique que não possa haver uma representação própria do funcionalismo público, como demonstra os estudos de VENEU (1989-90). Ao contrário, o "funcionário público" tem uma visibilidade social bem nítida. O que queremos salientar, é que estes trabalhadores possuem inserções em universos culturais variados, não constituindo uma "visão de mundo" única.

Tomar o trabalho do "funcionário público" como "traço identificatório" torna-se, então, mais problemático, já que a definição de sua identidade profissional não se dá pelo seu nível de profissionalização e contexto sócio-cultural restrito, mas sim pelo seu vínculo e "traço identificatório" com o Estado e a função pública.

Sendo assim, ao abordarmos o "funcionário público" como objeto de estudo, temos que ir além da questão de classe sócio-econômica e considerarmos também a sua representação social e seu atrelamento às condições sócio-políticas. Mais ainda, o quanto esta condição determina uma relação imaginária com a demanda pelo atendimento psicológico/psicanalítico. Ou seja: Como o "funcionário público" pode se inscrever na fórmula proposta por BLEICHMAR (1988), e citada anteriormente; "Eu estou assim...porque sou funcionário público", ou ainda, "eu sou funcionário público porque..."

Com isso, podemos entender que a concepção do processo de adoecimento / tratamento / prevenção, não se deve apenas ao entendimento dos códigos linguísticos supra determinados pelos estratos sociais, mas também pela articulação da identidade do sujeito e que passa tanto pela lógica do inconsciente, como querem os profissionais "psi", como pelo contexto social que fornece os "indicadores" necessários ao jogo identifi catório, como nos alertam os defensores das estruturas sociais, enquanto determinantes do sujeito, incluindo-se aí o arcabouço teórico-metodológico adotado por cada um.

### **1.2 - A prática psicanalítica e o convênio: relações com esse terceiro**

Uma segunda questão que pode ser colocada, é em relação à utilização da psicanálise, para lidar com a atenção à saúde mental do trabalhador e seus familiares, num sistema atendimento que envolve um terceiro (os convênios).

Sabemos que a psicanálise, enquanto prática clínica, foi pensada em cima de uma relação intersubjetiva composta por duas pessoas, pelo analista e seu cliente, e sustentada pela situação analítica e seu enquadre ("setting"). Tendo em vista que o que sustenta esta relação é a transferência e sua interpretação, o enquadre terapêutico foi desenvolvido dentro

de uma lógica, que dá prioridade à relação imaginária do sujeito em detrimento de vínculos institucionais objetivos.

Quando a esta relação se acrescenta um "terceiro", podemos partir da suposição que o atendimento em sistema de convênio traz à tona a existência de vínculos institucionais do terapeuta e do cliente com este "terceiro", e o que se pergunta é qual o papel que estes vínculos teriam neste processo? Mais ainda, como lidar com a influência desse "terceiro", sem correr o risco de estar cometendo transgressões para com a psicanálise?

Falar sobre o atendimento através de convênios, é trazer à tona três dimensões importantes nos vínculos institucionais: é falar de "um terceiro pagante", e com isso termos que discutir a questão do dinheiro no processo psicanalítico; é ter que lidar com "um terceiro que dita o tempo", nos levando a ter que refletir sobre a prática psicanalítica com um tempo pré-fixado e, finalmente, é também lidar com "um terceiro que autoriza o processo", fazendo-nos assim refletir a que demanda estamos atendendo!

Não devemos esquecer que a idéia central dentro da prática psicanalítica, é que o ser terapeuta é lidar com um objeto de intervenção que é o espelho do próprio terapeuta, é um objeto / sujeito. Traço este marcado pelo descentramento do sujeito psicanalítico, pelo "sujeito do inconsciente", que é aonde não está.

Salientamos, anteriormente sobre a importância da identidade na própria concepção do processo de adoecimento-tratamento-prevenção. Sendo assim, num estudo da natureza que nos propomos, há que se falar do papel da identidade profissional na constituição da subjetividade dos clientes e terapeutas. Mais ainda, há que se falar de qual o lugar ocupado pelas instituições de formação dos terapeutas e do lugar das instituições de trabalho para os clientes e para os convênios no cotidiano de suas práticas, ou seja, qual o lugar do trabalho em cada um dos envolvidos.

### 1.3 - Objetivos e apresentação dos capítulos

Nossos objetivos neste trabalho são: 1) investigar o impacto dos dispositivos institucionais do sistema de convênios de saúde na prática psicanalítica, ou seja, que mudanças são introduzidas nesta prática, quer sejam estas mudanças de caráter objetivo ou de caráter subjetivo; 2) qual a representação que o profissional credenciado tem do cliente de convênios; 3) qual a representação que o convênio tem da prática psicoterápica e psicanalítica e, finalmente, 3) como estas representações, tanto as dos funcionários e dirigentes dos convênios, como as dos psicólogos credenciados, refletem nesta prática.

Para tanto é necessário, que possamos **caracterizar como funcionam os convênios** que prestam assistência psicológica, e qual a sua demanda em relação aos seus assistidos/associados e aos próprios profissionais credenciados e, por outro lado, **como atendem os profissionais**, e as possíveis relações desta prática com o **financiamento do tratamento, sua duração e objetivos terapêuticos**.

Esta caracterização do funcionamento dos convênios e o modo como atendem os profissionais credenciados nos levará a uma reflexão das possíveis relações, e também conflitos e ambigüidades existentes, entre a assistência psicológica de abordagem psicanalítica em consultório particular e num sistema de atendimento institucional, praticadas pelos mesmos profissionais.

Trata-se de uma "**pesquisa exploratória**", onde realizamos entrevistas abertas e semi-estruturadas com 16 (dezesseis) psicólogos que utilizam a abordagem psicanalítica e 10 (dez) dirigentes (ou profissionais responsáveis pelo credenciamento de psicólogos) de instituições de assistência ao funcionário público e assemelhados, que mantinham convênios entre si com a finalidade de atendimento psicológico, de modo que possamos problematizar

esta nova forma de acesso ao atendimento psicológico/psicanalítico (senão a única, para alguns!).

A relevância de tal estudo se justifica na possibilidade de um aprofundamento das questões que envolvem o atendimento psicológico, num sistema de convênios de saúde, e a possibilidade da utilização do referencial psicanalítico como modelo de intervenção. A consequência de uma reflexão de tal natureza seria, não apenas, poder se analisar os obstáculos teóricos-conceituais que envolvem estas questões, mas também trazer subsídios para o redirecionamento deste tipo de prática, de acordo com a explicitação das contradições existentes, principalmente no que tange à demanda da instituição, em contraposição à demanda do assistido/paciente e a prática do psicólogo.

No **capítulo 2**, exploraremos a questão da **identidade e trabalho**, tentando refletir sobre as diversas teorias existentes sobre a "identidade psicológica" e a "identidade social"; relacionando ainda o papel das instituições e do trabalho na formação da **identidade do funcionário público e da identidade do psicanalista**.

No **capítulo 3**, abordaremos questões relacionadas à **clínica psicanalítica e aos convênios**, especialmente nos temas relacionados ao **tempo, dinheiro, trabalho e o contrato terapêutico**, de modo a traçar um perfil da influência destes fatores na prática psicanalítica e na compreensão do seu sujeito.

No **capítulo 4**, apresentaremos a **pesquisa**, realizada na cidade do Recife - Pernambuco - Brasil, onde foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com as instituições de convênios, que atendem os funcionários públicos e com os profissionais credenciados por estes convênios, psicólogos que adotam a psicanálise na sua prática clínica.

As **conclusões** serão apresentadas no **capítulo 5**, quando tentaremos demonstrar o impacto destes "terceiro" na prática psicanalítica e quais as estratégias utilizadas pelos

profissionais para lidar com este sistema de atendimento a classe trabalhadora e seus familiares, bem como as expectativas dos convênios em relação ao atendimento psicológico/psicanalítico.

## 2 - IDENTIDADE E TRABALHO

Pretendemos explorar a relação entre um profissional com seu cliente e a interseção do convênio de saúde como um terceiro nesta relação. Salientamos, todavia, a grande importância que o reconhecimento social tem no modo como se estrutura esta relação, em especial, o reconhecimento da identidade profissional, além de que este profissional toma como suporte teórico a psicanálise, que pressupõe o campo da intersubjetividade e da interpretação como forma de atuação.

Neste sentido, pretendemos analisar, inicialmente, as teorias que lidam com a identidade e a constituição do sujeito contemporâneo. Num segundo momento, analisaremos o papel desempenhado pelo trabalho na constituição desta identidade, para, a partir daí, explorarmos sua relação com as instituições e o processo psicanalítico.

O conceito de identidade, em si mesmo já traz uma das primeiras questões a serem abordadas: ele possui simultaneamente três sentidos: o de **igualdade** (similitude entre dois ou mais objetos ou pessoas), o de **unicidade** ( ser único e igual a si mesmo) e o de **mesmice** (continuar sendo o mesmo, apesar de sofrer mudanças no decorrer dos tempos). Cada um desses sentidos trazendo suas próprias questões, porém todos juntos contribuem para o sentido que temos de identidade.

Assim, alguém pode argumentar que a noção de identidade é incompatível com a repetição, no sentido de que aquilo que pode ser repetido já não é mais o mesmo, no máximo um similar. Mas, por outro lado há algo nesta "repetição" que mesmo perdendo uma certa "originalidade", não deixa que se reconheça o que foi repetido como "o mesmo", como se o tempo passasse, houvesse mudanças, mas "o mesmo" não sofreu alterações naquilo que lhe confere sentido. Como se houvesse um "que" especial, em cada coisa ou pessoa, que lhe

garante uma certa "permanência representacional", mesmo que possamos questionar o sentido, gênese ou motivo desta representação.

Outra questão levantada, é que a identidade se marca pela diferença, pela alteridade, pelo que não-igual, e isto, no caso da identidade do homem, pode ser traduzido numa certa discriminação entre uma certa "realidade interna" e aquilo que poderíamos chamar de "realidade externa".

Dentre as possibilidades de enfoques teóricos que tentam dar conta da problemática da identidade, podemos distinguir aqueles que tentam dar conta da "realidade interna", enquanto constituinte do sujeito, e àqueles que se preocupam com a representação do sujeito a partir da "realidade externa".

Aos primeiros, diríamos que estamos falando de um "identidade psicológica", em específico do sujeito psicanalítico, embora, isto não queira dizer que aí não estejam contidos os determinantes sociais do sujeito. Apenas que a ênfase recai na metapsicologia individual, no apriorismo da vida individual, enquanto possibilidade interpretativa, sem, no entanto, nos determos num tipo de psicologia essencialista.

A segunda perspectiva nos levaria à preocupação com a gênese de uma "identidade social", onde não apenas a construção da sociedade, enquanto realidade objetiva, se faria através das relações sociais, mas também a própria interpretação desta sociedade e da representação de si mesmo enquanto realidade subjetiva, também seriam fruto destas mesmas relações sociais.

Em ambas as concepções, da "identidade psicológica" e da "identidade social", estaria implícito a idéia de um apriorismo dos determinantes do sujeito. Na "identidade psicológica", podemos falar das pulsões, da vida instintiva, da estrutura psíquica herdada, etc.



Estas vão se articular com a realidade social e produzir mais que uma "representação de sujeito", uma "vivência de sujeito".

Na "**identidade social**", podemos falar da cultura, da linguagem, das estruturas de parentesco, etc. , que coloca a identidade muito mais como uma "apropriação" do que uma "criação" do sujeito. Este apriorismo (tanto num caso como no outro), parte do princípio de que o homem não "nasce pronto" para a vida em sociedade ou para enfrentar a natureza, ele "se desenvolve" e, para tanto, é essencial a presença do outro, que se fará necessária durante toda sua vida. Uma outra questão em comum, é que o sujeito não pode ser resumido a uma identidade única e visível a todos. Sua representação identitária é o que se apresenta a nossa experiência, mas não representa o sujeito, na medida em que é apenas uma faceta do sujeito.

A **identidade profissional** pode ser vista como uma destas formas de apresentação (e representação) do sujeito. Isto, no entanto, não significa que seja sua representação única e total. Ela pode estar articulada a outras formas do sujeito, representar a si mesmo e ser também identificado desta ou daquela maneira, em função de um contexto.

Não há como se pensar na noção de identidade, sem articulá-la a um contexto, o qual lhe confere um significado no tempo e no espaço e, conseqüentemente, um "sentido" para o Ser. É por isso, que situações que levam a vivências de uma "falta de sentido" ou de se estar "fora de contexto", possam significar uma ameaça de "perda de identidade" e possam ser sentidas também como ameaças ao próprio "Eu".

Podemos dizer, então, que a idéia de identidade põe sempre em jogo o ambiente social (quer seja ele visto histórica, mitológica ou economicamente) e o próprio sujeito (quer seja ele o sujeito do inconsciente, da psicanálise, das ideologias ou da filosofia).

Dito de outra forma, o sujeito se constrói a partir das relações sociais e da sua "existencialidade". Logo, a questão que a identidade coloca, já que o existir no mundo (o ser-ai-no-mundo) é inegável e inexorável, é a do sentido dessa existência nesse mundo para si mesmo, consigo mesmo e para o outro.

Para melhor abordarmos estas questões, passaremos a analisar como os teóricos consideram esta articulação entre o contexto e a constituição (e instituição) da identidade.

## 2.1 - A identidade social

A **identidade social**, presente nas teorias sociológicas, seria o fruto das relações do tipo natureza / cultura, indivíduo / sociedade, realidade subjetiva / realidade objetiva, privado / público, etc. De um modo geral, estas teorias defendem a idéia de que não possuímos apenas uma única identidade, mas que nos apresentamos como pessoa a partir do contexto onde estamos, nos comportando de acordo com as expectativas sociais, respondendo (e também reagindo ) assim ao contexto.

CIAMPA (1987), salienta que a idéia de identidade não é um produto da natureza, ou uma substância que possuímos deste sempre, trata-se de um fenômeno social, significando que temos que efetuar uma distinção entre aquilo que identifica o indivíduo, suas características biológicas, psicológicas, sociais, etc... E aquilo que seria

*"... A representação desse indivíduo como uma duplicação mental ou simbólica, que expressaria a sua identidade. Isso porque há como que uma interpenetração desses dois aspectos, de tal forma que a individualidade dada já pressupõe um processo anterior de representação que faz parte da constituição do indivíduo representado.  
"(CIAMPA, 1987, p.65)*

Desta forma, a **identidade social**, por assim dizer, envolveria "aquilo que identifica", enquanto característica do indivíduo, e "aquilo que significa ou representa" este indivíduo. Na medida em que o sentido "daquilo que identifica" já seria dado pelo contexto social, haveria uma "anterioridade da representação do eu". Assim, podemos explorar inicialmente a questão da relação dos códigos sociais e a constituição do sujeito.

COSTA (1989) nos lembra que WITTGENSTEIN, na lingüística, havia assinalado que o sentido da letra é dado de acordo com a palavra, a palavra de acordo com a frase e a

frase de acordo com o contexto onde se fala ou se escreve. Assim, a própria linguagem submete-se ao contexto social para poder funcionar como agente da comunicação humana. O ato de nomear ou identificar algo pressupõe um sentido, que é dado pela contextualização semântica, contexto este produzido historicamente.

Ainda dentro desta corrente, NICOLACI-DA-COSTA (1987), explorando a relação entre sujeito e o cotidiano, resgata a possibilidade de entendermos como é forjada a identidade dos membros de um dado contexto social a partir do "código de comunicação" existente, tal como proposto por BERNSTEIN (in, NICOLACI-DA-COSTA, 1987):

*"Diferentes estruturas sociais geram diferentes sistemas de fala que, por sua vez, têm importantes correlatos psicológicos". (NICOLACI-DA-COSTA, 1987, p.45)*

Cita ainda, como exemplo, a relação entre as classes sociais e os códigos a elas inerentes, tal como as camadas médias da população que possuiriam o que chamou de "código elaborado" (tendo como base a diferença e a identidade pessoal) e as camadas populares que teriam um "código restrito" (com a semelhança e a identidade social como pano de fundo) e que ambos os códigos forneceriam os "contornos gerais" dos tipos de subjetividade.

LEWIN (1978), já havia assinalado que diferentes contextos sociais produzem diferentes inter-relações lógicas que determinam as características de seus membros. Exemplificando, cita o princípio de igualdade entre os homens da democracia americana, como fomentador do interesse por realizações individuais, e por estudos das diferenças individuais na educação, ao contrário da Alemanha pré-nazista. Este interesse pela realização pessoal teria, inclusive, determinado a posição privilegiada que a psicologia veio a ocupar nos E.U.A., em relação à filosofia. Assinala, ainda, a aparente contradição entre o interesse pela

realização pessoal e a homogeneidade da vida social americana, onde toda a vida social apresentaria um "certo tipo de uniformidade", tal como as cadeias nacionais de lojas e magazines. Hoje esta característica não é mais americana, mas sim, fruto de um processo de globalização, onde as multinacionais têm um papel importante.

Posterior aos estudos de LEWIN, autores como LASCH (1983, 1987) e DUMONT (1985) tentam explicar o predomínio da busca de "realizações pessoais", em detrimento de um maior envolvimento com o social, a partir da própria estrutura social homogeneizada, fomentando uma "cultura do narcisismo" (LASCH) ou o "individualismo" (DUMONT), ou, na atualidade, o declínio do homem público dando lugar ao "sujeito-objeto ou objetificado", por estar submetido à lógica do mercado capitalista consumista (COSTA, 1994).

Assim, chegamos a poder afirmar que determinados contextos sociais e determinados momentos históricos, produzem determinados "tipos de subjetividade", mas podemos nos perguntar qual a relação entre a apreensão desta realidade, como dotada de um sentido, e a própria constituição do Eu, no sentido de uma articulação entre a **existência num determinado mundo e qual o sentido da existência neste mundo**, que, pode ser expressa na busca de uma identidade.

BÉRGER e LUCKMAN (1983), num estudo sobre a sociologia do conhecimento, relacionam a constituição do Eu com a apreensão da própria realidade, tomada como:

*"... Uma qualidade pertencente a fenômenos que reconhecemos terem um ser independente da nossa própria volição (não podemos desejar que não existam)... " (BERGER e LUCKMAN, 1983, p.11)*

O processo de constituição do sujeito pressuporia, então, para aqueles autores, a existência de uma realidade "fora do indivíduo" (a "realidade objetiva"), que deve ser apreendida pelo conhecimento, que seria a certeza de que temos, que esta realidade existe e

tem determinadas características ( a chamada "realidade subjetiva"). A identidade seria o fruto desta dialética entre o indivíduo e a sociedade, pois:

*"... As teorias sobre a identidade estão sempre encaixadas em uma interpretação mais geral da realidade. São embutidas no universo simbólico e suas legitimações teóricas, variando com o caráter destas últimas. A identidade permanece ininteligível a não ser quando é localizada em um mundo. Qualquer teorização sobre a identidade - e sobre os tipos específicos de identidade - tem, portanto, de fazer-se no quadro das interpretações teóricas em que são localizadas... "*  
(BERGER e LUCKMAN, 1983, p.230)

Com isso se acrescenta, que não satisfaz apenas estarmos atentos às diferenças de contextos sociais e semânticos, mas também às produções teórico-interpretativas.

Esta preocupação justificar-se-ia, de acordo com BERGER e LUCKMAN (1983), em função de que, se o que define o sujeito é a realidade, devemos explicitar de que realidade estamos falando e não tomá-la como um dado universal. Neste sentido, até mesmo a "produção" e interpretação de determinados comportamentos como "sintomas psiquiátricos", por exemplo, variaria de acordo com o sentido que cada um dá ao seu comportamento e sentimentos (como vimos quando discorremos sobre saúde e trabalho).

A validade da interpretação teórica não estaria no seu conteúdo ser mais o menos verdadeiro, mas sim, na adequação e aplicabilidade dos esquemas interpretativos, de acordo com os fenômenos empíricos da vida cotidiana. Isto justificar-se-ia pelo fato de que a "verdade" é aquela que é compartilhada socialmente, daí universos culturais distintos (quer sejam fruto da distância geográfica ou da distância econômica) produzem sujeitos distintos, tipos sociais distintos, que, por sua vez, ao se encontrarem deveriam estar atentos à relatividade sócio-histórica dos seus esquemas conceituais.

Dentre estes esquemas conceituais, as teorias psicológicas, segundo BERGER e LUCKMAN (1983), possuem um "poder realizador", pelo estreito nexos entre a interiorização e a identificação com o que foi interiorizado:

*"... Na medida em que as teorias psicológicas são elementos da definição social da realidade, sua capacidade de gerar a realidade é uma característica, de que participam com outras teorias legitimadoras (...) Se uma psicologia se torna socialmente estabelecida (isto é, torna-se uma interpretação adequada da realidade objetiva) tende forçosamente a se realizar nos fenômenos que pretende interpretar (...)*

*O haitiano rural que interioriza a psicologia vudu tornar-se-á possesso logo que descobre certos sinais bem definidos. Do mesmo modo, o intelectual de Nova Iorque que interioriza a psicologia freudiana ficará neurótico logo que diagnostica certos sintomas bem conhecidos(...) Quanto mais socialmente estabelecida se torna (a psicologia) mais abundante serão os fenômenos que serve para interpretar. " (BERGER e LUCKMAN, 1983, p.235).*

Esta preocupação com a constituição de um campo "psi" e o seu efeito na constituição da subjetividade e da problemática que isso traz na abordagem psicológica, pode ser exemplificada nos trabalhos de FIGUEIRA (1991), sobre a influência da psicanálise na construção do sujeito contemporâneo, e de autores como DUARTE (1986, 1993) e VELHO (1987), em estudos antropológicos, que demonstraram a importância dos universos simbólicos de cada classe social, na determinação do modo como o sujeito interpreta o mundo e de como esta interpretação se distancia de outras classes sociais, bem como orienta as práticas dos sujeitos. Também retornaremos a esta questão, ao abordarmos o psicanalista e o papel das instituições de formação na produção de sua identidade profissional (item 2.6).

Mas, devemos ir um pouco mais adiante, na tentativa de melhor explicitar a gênese deste "identidade social", cuja afinidade como as relações sociais e teorias interpretativas do indivíduo é evidente.

Para BERGER e LUCKMANN (1983), insistamos ainda um pouco com eles, o sujeito se iniciaria com a **interiorização** (ou "apreensão ou interpretação imediata de um acontecimento como dotado de sentido"), onde o indivíduo "assume" o mundo onde os outros já vivem (na medida em que o sentido inicial seria dado pela manifestação dos processos subjetivos de outrem) e passa a partilhar de uma forma comum de compreender o mundo, fazendo do mundo do outro também o seu mundo, estando aí implícito um processo identificatório com o "outro significativo", principalmente, na chamada "socialização primária", onde:

*"não é necessário acrescentar que a socialização primária implica mais do que o aprendizado puramente cognoscitivo. Ocorre em circunstâncias carregadas de alto grau de emoção. De fato, há boas razões para se acreditar que sem esta ligação emocional com os outros significativos o processo de aprendizado seria difícil, quando não de todo impossível. A criança identifica-se com os outros significativos por uma multiplicidade de modos emocionais. Quaisquer que sejam, a interiorização só se realiza quando há identificação. A criança absorve os papéis e as atitudes dos outros significativos, isto é, interioriza-os, tornando-os seus. Por meio desta identificação com os outros significativos a criança torna-se capaz de se identificar a si mesma, de adquirir uma identidade subjetivamente coerente e plausível. Em outras palavras, a personalidade é uma entidade reflexa, que retrata as atitudes tomadas pela primeira vez pelos outros significativos com relação ao indivíduo, que se torna o que é pela ação dos outros para ele significativos. Este processo não é nem unilateral nem mecanicista. Implica uma dialética entre a identificação pelos outros e a auto-identificação, entre a identidade objetivamente atribuída e a identidade subjetivamente apropriada..."*  
 "(BERGER e LUCKMANN, 1983, pp.176-177)

A partir do que foi dito nesta citação, ressalta-se o valor atribuído às emoções, como elemento indispensável ao processo de assimilação dos papéis sociais, mediante a identificação com os outros agentes sociais. É, em última análise, a identificação com o



outro que fornece os elementos para a identidade do sujeito. Mas não devemos nos esquecer que esse outro está inserido no mundo social. Logo:

*"... a apropriação subjetiva da identidade e a apropriação subjetiva do mundo social são apenas aspectos diferentes do mesmo processo de interiorização, mediatizado pelos mesmos outros significativos. "(BERGER e LUCKMAN, 1983, p.178)*

Assim, a gênese do sujeito reflete a gênese do social, ou ainda, não há como pensar o outro sem pensar no outro-aí-no-mundo, parafraseando HEIDEGGER. Na prática, como se diz, a criança ao perceber que vários outros significativos agem de forma semelhante, que interpretam e dão sentido ao mundo de forma coerente, passa a interiorizar não mais o outro significativo concreto, mas uma abstração dos papéis e atitudes dos outros significativos, com a "generalidade" dos outros, ou seja, com o outro generalizado enquanto norma. A garantia do grau de coerência entre as representações individuais e as representações coletivas, seria dado pelos mecanismos sociais de conservação rotineira da realidade (escolas, organizações sociais de produção, igreja, etc.) E pelos mecanismos de conservação crítica da realidade (a prisão, o manicômio, etc.), que dariam suporte ao processo de interiorização.

É fácil perceber uma certa simetria entre esta concepção, de gênese do sujeito, e a concepção de ALTHUSSER (1980), apesar de terem preocupações distintas. Senão vejamos: Para ALTHUSSER, o indivíduo é desde já "sujeito", no sentido de que ele é desde sempre pensado pelo outro e a idéia que tem de si mesmo é fruto da reprodução ideológica. Sendo, ainda, que a ideologia não seria uma relação imaginária com as condições reais de existência, mas sim uma "representação" desta relação operada a partir dos aparelhos ideológicos de estado ( que em muito guardam similitude com os mecanismos de conservação da realidade

subjetiva, descritos por BERGER e LUCKMAN, 1983). A tese de ALTHUSSER é a de que a ideologia, enquanto mecanismo social, é tão atemporal como o inconsciente, na medida que sempre, desde já está aí e, por isso mesmo, os indivíduos são interpelados como sujeitos sempre-já.

*"Que um indivíduo seja sempre-já sujeito, mesmo antes de nascer, é no entanto a simples realidade, acessível a cada um e, de maneira nenhuma, um paradoxo. Quando sublinhou o ritual ideológico de que se rodeia a expectativa de um 'nascimento', esse 'acontecimento feliz', FREUD mostrou que os indivíduos são sempre 'abstratos' relativamente aos sujeitos que eles são sempre-já. Todos sabemos quanto e como uma criança que vai nascer é esperada. O que equivale dizer muito prosaicamente, se pusermos de lado os 'sentimentos', isto é, as formas da ideologia familiar, paternal / maternal / conjugal / fraternal, nas quais a criança que vai nascer é esperada: está previamente estabelecido que terá o nome do pai, terá portanto uma identidade, e será insubstituível. Antes de nascer, a criança é portanto sempre-já sujeito, designado a sê-lo na e pela configuração ideológica familiar específica em que é 'esperada' depois de ter sido concebida. É inútil dizer que esta configuração ideológica familiar é, na sua unicidade, fortemente estruturada, e que é nesta estrutura implacável mais ou menos 'patológica' (supondo que este termo tem um sentido adequado), que o antigo futuro-sujeito deve 'encontrar' o 'seu' lugar, isto é, 'tornar-se' o sujeito sexual (rapaz ou rapariga) que já é previamente. Compreende-se esta pressão (contrainte) e esta pré-designação ideológica, e todos os rituais os rituais da criação e mais tarde da educação familiares, sem uma relação com o que FREUD estudou nas formas das 'etapas' pré-genitais e genitais da sexualidade, portanto naquilo que FREUD definiu, pelos seus efeitos, como sendo o inconsciente." (ALTHUSSER, , 1980, pp.102-103).*

Mais uma vez, se coloca a questão da "anterioridade da representação do eu" e sua relação com estruturação do sujeito, desta feita a partir da configuração ideológica, quer seja ela restrita (familiar) ou ampliada no eixo das relações sociais. Também, vemos aí a indissociabilidade do sujeito da sua constelação familiar e da formação do seu psiquismo, para não dizer subjetividade. Mas porque a expectativa é nomeada a priori? Que força é essa que nos move na busca da identificação sempre?

SANTOS (1990), no seu estudo sobre identidade e aposentadoria, nos traz a idéia de que a identidade pessoal se institui como valor, a partir da idéia de que a pessoa tem necessidade de ser amada e aceita e que seria no desejo de ser amado e aceito que o sujeito se desenvolver-se-ia. Daí, caso consideremos o já visto até então, podemos agora estar perto da identidade, enquanto um ideal, enquanto desejo, enquanto sentimento ou "identidade psíquica". Dizemos isto, porque só valorizamos o que desejamos, mesmo que o valor nos seja atribuído pela internalização dos papéis sociais.

## 2.2 - A identidade psicológica

GARCIA (1984), sinaliza-nos que a identidade, enquanto ideal, jamais é alcançado integralmente, deve ser "reafirmado" constantemente, pois este ideal é um ideal representativo de um consenso, já que o princípio de identidade (onde o que existiria de real e verdadeiro permaneceria) seria falso, na medida em que as coisas mudam.

Da mesma forma, COSTA (1989), ao analisar a questão do imaginário psicanalítico e psicoterapias de grupo, nos lembra que, como defende ARENDT (1983), a individualidade seria incompatível com a repetição, enquanto reprodução de um mesmo, pois aquilo que pode ser repetido em circunstâncias diferentes já não é o mesmo. Resgata, ainda, o pensamento de PARIENTE. Este, afirma, no entanto, que o reconhecimento deste mesmo indivíduo em circunstâncias diferentes, é realizado e isto se torna possível através dos chamados "operadores de individualização". Sendo estes operadores, os nomes próprios e outros indicadores (pronomes, adjetivos e tempos de verbos que designam as circunstâncias temporais e de localização). Mas esta individualização se daria pela demarcação, e não pela descrição, ou seja: a linguagem fornecer-nos-ia elementos de demarcação da individualidade, sem, necessariamente descrevê-la ou significá-la. O sentido desta demarcação, sua significação, só seria possível a partir da "contextualização semântica", como vimos anteriormente, e que envolve o agente da enunciação, o enunciado e o objeto individualizado. Assim, no caso do nome próprio, por exemplo,

*"... Empiricamente, não encontramos nomes próprios despidos de carga informativa ou descritiva, pois todos eles são usados em contextos pragmáticos que lhes conferem significação, mas é justamente nesta contextualização, que acrescenta à função por si do nome próprio (ela mesma não predicativa) uma carga informativa*

*sobre o portador, que, entre outras coisas, se insere o imaginário egóico. " (COSTA, 1989, p.110)*

COSTA (1989), salienta ainda, em seu estudo, que o nome seria não apenas uma "marca inevitável de singularização", mas também uma "marca inevitável de a-significação", já que nos apoiamos em um nome que, inicialmente, não diz nada de nós por si só. Por outro lado, demarcar uma certa impermeabilidade visível do sujeito, não significa que o sujeito seja o mesmo que esta sua aparência (visível aos olhos dos outros).

*"... É nessa brecha entre a necessária marcação não-predicativa do sujeito e sua existência enquanto ser do desejo e sexualidade (na medida em que o nome também marca a cadeia de gerações e dos sexos) que se inserem os conteúdos imaginários, capazes de dar substância descritiva a essa existência rica de eventos, preenchendo de sentido um nome despido de significatividade. O sujeito psicanalítico, então, vai ser aquele portador de uma perpétua tensão entre um nome ao qual está ancorado, e que não pode dispensar por ser a condição de sua individualização, e conteúdos que disputam a propriedade do nome, pretendendo ser o único ou o verdadeiro sentido que o nome pode ter. Esses conteúdos vão formar as representações constitutivas da identidade ou subjetividade, que, ... são uma faceta do sujeito."(COSTA, 1989, p.111)*

Assim, a individualização não predicativa do nome pode servir como "âncora" para o sujeito psicanalítico, na medida em que buscar dar um sentido próprio ao seu nome, torná-lo um nome próprio (que reflita as propriedades do sujeito? Que seja só seu enquanto posse? Único no seu significado?).

MARTINS (1991), defende também a idéia do nome próprio como uma "propriedade inalienável do sujeito", na medida em que seria o processo de apropriação das potencialidades do nome (ter o nome) pelo sujeito que o tornaria um nome próprio (ser o nome). Mais ainda, aquele autor nos traz questões importantíssimas sobre a gênese do nome

próprio, que não seria nem signo, nem significante, mas um texto. Texto este concebido inicialmente como a expressão do desejo de um Outro, o qual manifestar-se-ia, preferencialmente, por meio das condensações e deslocamentos que, por sua vez, estariam relacionados à metáfora (inclusão de vários significados em um único termo) e à metonímia (transferência de denominações, troca de um nome por outro) respectivamente.

O processo de significação de nome, através dos mecanismos psíquicos da condensação e deslocamento, também articularia a dimensão pulsional (o desejo, o próprio corpo vivido) com a engrenagem própria da linguagem (a cadeia de significantes, a atividade noética, ao saber estabelecido pela cultura). Desta forma, o significante pode estar associado às qualidades físicas, corporais, morais, etc. , atribuídas aos fonemas, ou mesmo a associação de alguns sons à determinada região do corpo pulsional. A cultura forneceria os elementos qualificativos pela moda, pelos hábitos, etc. , e o corpo vivido traria a dimensão pulsional que daria a "representação inconsciente" do sentido do nome.

Acima de tudo, o nome, mesmo sendo um texto que expressaria o desejo do Outro, continuaria a constituir o núcleo do que vivemos como sendo o Eu.

*"Caso o sujeito não se aproprie do nome, ele fica somente a endossar e a se identificar com o texto do Outro; por isso um nome não é um destino, mas pesa com autoridade na realidade psíquica do sujeito. "*  
(MARTINS, 1991, p.91)

Não bastaria, então, ao sujeito alienar-se na identificação com o texto do Outro, mas identificar-se com o próprio nome que o identifica, tomá-lo como parte de si mesmo, ou como representante de si mesmo, que, por sua vez pode ser visto como o fruto da articulação do corpo pulsional com o texto desse Outro.

Um exemplo desta articulação é a análise que MARTINS (1991), faz sobre o nome completo, o prenome e o sobrenome. O primeiro (o nome completo) inscreve o sujeito na lei simbólica edípica, na medida em que marca, simultaneamente, a diferença entre os sexos (pelo prenome) e a diferença entre as gerações (pelo sobrenome). O segundo (o prenome), por estar relacionado mais ao universo privado, inscreve-se dentro da fantasia inconsciente dos pais e o terceiro (o sobrenome) serviria de "símbolo maior do Ideal do Eu", pois inscreve-se dentro da mitologia familiar, situando o sujeito em relação à diferença de gerações e aos modelos ideais nelas corporificados. O "si mesmo" é, antes de tudo, um "mesmo texto" do Outro. O nome próprio precisa está inscrito no contexto significativo da filiação, e com isso submete-se ao simbólico, para ter um sentido.

AULAGNIER (1985), também reafirma a posição: antes que possamos ser sujeito da enunciação, somos o sujeito do enunciado do Outro, pois antes que possamos dizer quem somos os nossos pais nos dirão que nome teremos e o que desejam que sejamos!

Retorna-se, assim, a ALTHUSSER (1980), o qual afirma que o indivíduo, enquanto categoria, seria uma abstração pois, ao sermos pensados anteriormente pelos nossos pais somos desde já sujeitos. Compartilhando da idéia de uma "anterioridade da representação do Eu" BERGER e LUCKMAN (1983), lembram que não podemos escolher os Outros Significativos cujo modelo interiorizaremos : eles já estariam aí e nos seriam impostos como o "primeiro conto do vigário" que a sociedade nos prega!

Assim, o sujeito não se identifica com o essencialismo, onde se buscava uma "essência" imutável e comum a todos os seres humanos. Porém, mais ainda, a psicanálise também vem introduzir a questão do descentramento do sujeito - que, enquanto sujeito do inconsciente e das pulsões, é aonde não está -, provocando, de acordo com FREUD (1917 -

*Uma Dificuldade no Caminho da Psicanálise*), o terceiro golpe contra o narcisismo universal dos homens. O primeiro, foi o da teoria heliocêntrica de COPÉRNICO. O segundo, a teoria da evolução das espécies de DARWIN. Ambos também teriam destruído a ilusão de que tudo giraria em torno do homem e de sua mente, equiparada a sua consciência até então.

BIRMAN (1994), enfatiza que o "sujeito freudiano" (salientamos que o termo sujeito não fora utilizado por FREUD) pressupõe um conflito estrutural entre o corpo pulsional e a ordem simbólica, na medida em que , o que constitui a possibilidade da construção da singularidade é , justamente ,essa tensão entre o *eu sinto* (corpo pulsional) e o *eu devo* (ordem simbólica). É também , nesta tensão, que existe a justificativa para a impossibilidade de uma constituição subjetiva absoluta, pois , sempre haverá algo do sujeito que escapará à representação simbólica, como também nem todas as exigências do Outro serão passíveis de realização. Ao contrário, haverá sempre resistências que marcarão a diferença dos destinos da pulsão em cada corpo pulsional e, com isso, a repetição seria algo que se daria como algo singular, a partir da historicidade de cada um.

Com isso, salienta BIRMAN (1994), o sujeito do inconsciente não pode se restringir à interioridade, como na psicologia clássica.

*"... A psicologia clássica, centrada na consciência, considerava o psiquismo como o universo privacidade absoluta da individualidade, e a exterioridade, o seu Outro. Se o sujeito era representado de maneira solipsista, como uma mônada interiorizada no campo da consciência, ficava difícil resolver o impasse de como uma mônada poderia ter uma abertura para a relação com o Outro(...)*

*Em contrapartida, para o discurso freudiano, o psiquismo, é interioridade e exterioridade ao mesmo tempo, não sendo possível enunciar qualquer coisa sobre o registro interno sem que se formule algo sobre o registro externo. Isso porque o psiquismo é antes de mais nada diálogo com o Outro, encontrando na ordem da linguagem o campo para a sua produção e para a sua reprodução como fenômeno.*



*(...) A experiência psicanalítica fundada na transferência e na fala é justo o oposto da experiência psicológica centrada na consciência, já que a primeira pressupõe um sistema de trocas entre sujeitos e a segunda pressupõe um psiquismo que não implica qualquer outro. "*  
*(BIRMAN, 1994, pp 166-167)*

Assim, este sujeito do inconsciente (lacaniano, diga-se de passagem), enquanto realidade "transindividual", encontra no campo da linguagem, e na cultura como ordem simbólica, a própria condição da possibilidade de ser sujeito.

A constituição da noção de sujeito do inconsciente passaria pela noção de recalque, onde se daria a possibilidade da inscrição da força pulsional (*Drang*) no universo da representação (*vorstellung*), e pela noção de incompletude e finitude do sujeito, que buscaria no Outro a re-vivência da completude, o retorno ao corpo materno como representação de um paraíso perdido, onde não teria existido falta alguma. A angústia da castração seria um equivalente de todas as angústias que remetem a perda, que evidencia a sua incompletude e de sua demanda endereçada ao outro como possibilidade de satisfação.

*"É a inscrição da pulsão como força no universo da representação que delinea o horizonte para os diferentes destinos da pulsão e para os acidentes de percurso que se colocam necessariamente nessa inscrição. Assim, se a pulsão passa pelo Outro como itinerário obrigatório para a regulação da demanda de satisfação, na medida em que é no campo do Outro que se perfila o horizonte dos objetos de satisfação, o efeito disso é a divisão do psiquismo (*spaltung*) entre o pólo energético da pulsão e sua inscrição como representação através do Outro. Esta divisão estrutural do psiquismo destaca a incompletude do sujeito e sua alienação fundamental, pois é somente através do Outro que ele pode se constituir como sujeito e a pulsão pode realizar um percurso para a satisfação da pressão. Além disso, a divisão indica a finitude do sujeito, pois para sua constituição é necessário o apelo ao Outro, indicando o limite de suas possibilidades. "* (BIRMAN, 1994, p.125)

Recai-se, aí, na impossibilidade do sujeito pensar-se a si mesmo, sem que haja o reconhecimento do Outro. Porém, este Outro também não existirá, enquanto representação, se não houver um investimento libidinal de um corpo pulsional.

Deste modo, podemos entender a identidade como um processo de produção social, que se dá no sujeito através da interiorização e identificação de modelos socialmente aceitos e que se articulam com a dinâmica pulsional. Estes modelos sociais são, por sua vez, produzidos historicamente e passam a ser vistos como naturalmente dados, tendo em vista a sua "incorporação" ao sujeito pela "alienação do desejo", que se dá no processo de identificação com estes ideais.

Sabemos que para a psicanálise a constituição de ideais está intimamente ligada à identificação, e que há várias fases neste processo identificatório. Primeiro, a identificação primária fusional, onde a criança busca uma completude com a mãe, na busca de lidar com o desamparo primordial, colocando-se como objeto de desejo da genitora. Neste momento, estamos falando de um tipo de identificação especular, de caráter narcísico, que daria origem a transposição de catexias de objeto para a constituição do ego e do ego ideal, a partir das frustrações advindas do outro. Da necessidade de completar-se no outro, advém a busca de ser o outro, que é um reflexo do meu próprio ideal (o ego ideal, calcado no narcisismo). Assim, o ideal do ego é fruto de identificações narcísicas, que buscam a indiferenciação e o absolutismo, só resolvidos a partir das identificações edípicas, como relata CARVALHO (1994):

*"O lugar do Ego Ideal constitui lugar de identificações narcísicas, ora como a aspiração de ser único, ora como projeto de ser o Outro.... Podemos afirmar que, na resolução do impasse identificatório narcísico, o passo seguinte será a instalação de identificações edípicas. Desta forma, o trajeto pressupõe a assunção da Lei, como um dos símbolos fundamentais na direção de identificações secundárias. Desta*

*maneira, pensamos estabelecer-se a marca da diferença. Ao abrir mão do projeto de indiferenciação ou absolutismo de si próprio, abre-se, como símbolo da lei, lugar para o Superego e Ideal do Ego.*

*Falamos aqui da árdua trajetória para o que podemos designar como o reconhecimento da falta, da certeza do ego para a mera possibilidade incerta. A relação com outros se coloca agora no lugar de alteridade, da diferença, portanto. Lugar de diferença, de ideal agora calcado na impossibilidade e fruto do paradoxo. Condição advinda do abrir mão da "certeza ilusória" inicial. " (CARVALHO, 1994, p.41).*

A identificação torna-se então, um conceito fundamental para entendermos a estruturação do Eu e da própria vida em sociedade. Nesta perspectiva, o Eu se formaria a partir de uma assimilação total ou parcial de modelos oferecidos por outras pessoas, que são tomadas como "ideais", operando como modeladores totais ou parciais dos indivíduos. Porém, estes "modelos oferecidos por outras pessoas", não deixam de ser o modo como representamos inconscientemente estas pessoas. Assim, para a psicanálise, as relações intersubjetivas são também relações intrapsíquicas entre o sujeito e objeto, isto sem falar que LACAN, conforme diz NASIO (1992), ainda coloca o objeto como o próprio agente da identificação, ou seja; a coisa com a qual o Eu se identifica é a própria causa do Eu!

A representação da internalização desses "Outros" ou "pedaços de Outros", formaria o nosso Ideal de Eu (Ideal do Ego), que só se completa no reconhecimento pelo outro concreto da imagem que fazemos de nós mesmos e, reciprocamente, pelo reconhecimento do outro (que é visto a partir de uma relação imaginária que temos com ele). Criando-se aí a noção de uma identidade, que pode ser reconhecida no e pelo outro concreto. Por outro lado, a existência da necessidade do reconhecimento no e pelo outro de mim mesmo e do outro por mim, é a própria possibilidade da explicação da formação dos grupos sociais. Ou seja; há de

existir modelos ou laços identificatórios que garantam a possibilidade do UM e do OUTRO, ligados ao NÓS.

Este NÓS é o elo do social que fornece uma estrutura de sustentação simbólica, onde o eu pode se perceber existindo no tempo e no espaço. Mas, ao mesmo tempo, enquanto estrutura fundada em laços identificatórios, é dependente do modelo de identificação (do objeto, como diria LACAN). Por isso mesmo, é a garantia de uma identidade (por mais instável e mutável que seja), mas também a atribuição a outrem de um poder sobre quem somos e sobre quem podemos ser. Contra a impossibilidade de nos dizermos quem somos, atribuímos ao outro o poder de nos dizer o que fazer ou ser (enquanto modelo de ideal que compulsivamente repetimos), para que nos diga quem somos! Porém, mesmo sem nos darmos conta disso, neste movimento também dizemos ao outro quem ele é, e a palavra assume o lugar do ato. Aqui o reconhecimento simbólico substitui o ato individual e, na transferência, a realidade do inconsciente é posta em ato ( e que é subjugada, posteriormente, pela simbolização provocada pela interpretação)!

Neste reconhecimento mútuo, como já assinalamos, não só haveria uma complementaridade, pelo reconhecimento de mim para o outro e do outro para mim (tal como entre pai e filho, entre patrão e empregado, senhor e escravo, etc. ), mas haveria múltiplas determinações, na medida em que a sociedade nos fornece vários marcos identificatórios, de acordo com o lugar, o momento histórico, o grupo onde estamos, etc. , os quais irão, por sua vez, fornecer elementos para a formação de uma totalidade, como assinalou CIAMPA (1987), estabelecendo-se um

*"... Jogo de reflexões múltiplas que estrutura as relações sociais (...) mantido pela atividade dos indivíduos, de tal forma que é lícito dizer-se que as identidades, no seu conjunto, refletem a estrutura social e, ao*

*mesmo tempo, que reagem sobre ela conservando-a ou a transformando. " (CIAMPA, 1987, p.67)*

A conservação desta estrutura social, ou a sua própria construção, exigiria então que, concomitantemente, houvesse a produção de uma subjetividade que espelhasse tal estrutura. Para tanto, como já havíamos assinalado através das idéias de autores como BERGER e LUCKMAN (1983) e ALTHUSSER (1980), a sociedade fornece mecanismos de controle da produção desta subjetividade (chamados por BERGER e LUCKMAN de **mecanismos de conservação rotineira da realidade** e por ALTHUSSER de **aparelhos ideológicos de estado**), que podemos ver como formas de dar continuidade ao processo identificatório iniciado pela socialização primária na família, que em si mesma já pode ser vista como um desses mecanismos, na medida em que é também uma instituição social.

A tentativa de negação dessa multiplicidade de modelos identificatórios, constituiria o movimento do totalitarismo, enquanto modelo único a ser seguido e que não deve ser confundido com a existência da função aglutinadora do ideal coletivo, onde a multiplicidade pode ser uma característica! Porém, ambos os movimentos, representam um deslocamento da crença na possibilidade de uma representação única ou mais verdadeira da realidade ou, em outras palavras, de se estabelecer uma unidade (princípio mor da identidade!) representacional, quer seja pelo consenso, pelo convencimento, ou mesmo pela força.

Podemos dizer que a sociedade fornece mecanismos de controle e poder sobre os indivíduos, de forma a garantir uma continuidade da estrutura social, através da manutenção de modelos identificatórios que estejam de acordo com um "ideal maior comum" vigente (função da ideologia) "como se" fosse o único e verdadeiro modelo de ideal a se ter (perpetuando-se assim o "conto do vigário" da identificação primária iniciado na família).

Existiria, então, uma estreita relação entre esse ideal coletivo e a formação da identidade, da cidadania, enquanto possibilidade de reconhecimento do EU e do OUTRO, na relação de direitos e deveres com o Estado, enquanto institucionalização do OUTRO.

O que acontece quando os ideais coletivos são difíceis de serem encontrados, devido a mudanças sócio-políticas ou por qualquer outra ruptura na cadeia identificatória a que nos referimos?

LASCH (1987 E 1983) e também COSTA (1988), salientaram que a cultura ocidental contemporânea tem promovido a emergência do narcisismo, como resposta à ausência de ideais coletivos e instituições que o representem nas práticas sociais. Na ausência de uma função paterna, em forma de lei consensual, surge uma tendência dos membros da sociedade de se colocarem acima da lei, exercitando um poder pela violência, pela lei do mais forte (ou do "mais sabido", no caso da famosa "lei do Gerson"), como se cada um fosse a encarnação da própria lei.

ENRIQUEZ (1990), chega a afirmar que qualquer que seja a nossa cultura, na atualidade, estamos vivendo um "déficit de ideais", isto é, há uma escassez de marcos identificatórios,

*"... nos quais possamos nos agarrar, nos apoiar e tomá-los como modelos de conduta, de ação e pensamento..." (ENRIQUEZ, 1990, p.20)*

Com isso, não só haveria a emergência do individualismo, mas também o aumento dos particularismos locais (tendência a constituir-se pequenos grupos como defesa) e a massificação geral. Ou ainda, o movimento de "perda de identificação", causado pelo "déficit de ideais", levaria a um mecanismo compensatório de "sobre-identificação", que explicaria outros fenômenos como o fanatismo religioso, a renovação do nacionalismo (e até mesmo dos

grupos neonazistas!), ou mesmo da existência de "sobre-identificações" ao interior de organizações específicas.

Não seria de hoje que ouvimos falar do famoso "jeitinho brasileiro", onde a lei nunca é vista como para ser cumprida, mas para ser "dilatada" (na melhor hipótese) ou mesmo burlada e ignorada! Talvez porque a representação de lei no Brasil seja uma representação onde o público e o privado se misturam, onde o prazer pessoal e a realidade social estão num mesmo plano, onde o público é a extensão do eu (e não a sua fronteira). Enfim, a lei não tem assumido uma interdição que permita à constituição de uma identidade de cidadão que, ao mesmo tempo que limita, permita nos interrogar construtivamente a nossa relação com o outro.

Porém, temos, ainda que discriminar a lei enquanto possibilidade de intermediação da relação entre eu e o outro (que seria o domínio da ética, do mal estar das instituições) e a lei enquanto possessão, poder do outro sobre mim (lugar do despotismo, da crise de identificações). No primeiro caso, (a lei e as instituições como intermediação simbólica) a resposta ao mal estar passa pelo questionamento e enfrentamento coletivo, pela democracia e pela ética. No segundo caso, (a lei como atributo e poder pessoal) leva-nos a condutas permeadas pela identificação ou sobre-identificação, que tem como tônica o individualismo e a negação do social e de qualquer ética.

Se analisarmos o comportamento de aparente apatia da população em relação às denúncias de corrupção nas instituições públicas<sup>1</sup>, poderemos vê-lo sobre dois prismas: ou o que está acontecendo já está metabolizado como um "dejá vù", como um lugar comum, tal

---

<sup>1</sup> Apesar de recentemente termos assistido a um grande movimento das massas populares pelo "impeachment" do presidente Collor, e de termos depositado na saída do presidente a esperança de uma mudança no quadro social.

como a chamada "banalização da corrupção"<sup>2</sup>, ou seja, estaria havendo apenas a explicitação do já conhecido e aceito como norma (norma onde o indivíduo está acima da lei) ou, num segundo prisma, poderíamos estar assistindo a uma atitude de expectativa democrática de uma população que acredita na intermediação de uma lei que foi coletivamente forjada e que pode servir de divisor das águas lamacentas por onde estamos a navegar há bastante tempo!

Podemos, então, defender a idéia que os ideais coletivos são marcos de sustentação necessários para que uma sociedade exista, enquanto representação simbólica e prática, ao mesmo tempo que sustenta e é sustentada pela representação de identidade e ações de seus membros, e que com isso há uma produção de subjetividade própria de cada contexto histórico-político-cultural.

Para lidar com a relação do sujeito com o seu contexto social, ENRIQUEZ (1994), resgata o conceito de "heteronomia" de CASTORIADIS (relativo constituição plural ou coletiva do sujeito, devido a múltiplas identificações) e o critica, acrescentando que, mesmo que o indivíduo só exista e funcione no interior de um contexto social dado, onde desenvolve suas significações imaginárias específicas que ditam parte da sua conduta, ele teria sempre uma parcela de originalidade e autonomia. Os processos sociais nunca regulariam completamente a conduta individual e é, justamente, esta maior autonomia e originalidade que distinguiria o sujeito do indivíduo. Este último submete-se às identificações coletivas rígidas ou ao coletivo totalitário, repetindo e reproduzindo o funcionamento social, enquanto que o

---

<sup>2</sup> O Jornal do Brasil (MARIA e VENTURA, 1992), publicou uma matéria sobre a ética como um valor que não estaria no poder, enfatizando que a banalização da corrupção a transforma em norma de funcionamento das instituições públicas. Além disso o artigo falava de exiguidade de pessoas que pudessem servir de modelo de integridade moral, dando ênfase a proliferação de um modelo de caráter baseado no oportunismo e na amoralidade (já que esse caráter se situaria para além da ética). Podemos interpretar, que a classe dirigente se oferece como modelo identificatório que nega a ética como valor a ser introjetado pelos membros da sociedade.



sujeito teria um papel essencial nas transformações sociais, justamente pelo seu maior grau de autonomia.

Para ENRIQUEZ (1994), o sujeito se situa entre uma certa noção de "interioridade", relativa à espacialidade que define um interior e um exterior ao "Eu", e a "identidade" que marca a diferença entre o "Eu" e o "Outro". Diferença esta também marcada pela "pulsão criativa" (WINNICOTT, 1975), representa a vontade de cada um deixar a sua marca, de criar no aqui-e-agora, de se fazer presente no mundo. Assim a relação do sujeito humano com a dinâmica social evidenciar-se-ia nas "pequenas coisas" e no cotidiano e não nos grandes homens e suas grandes obras.

Na abordagem "winnicottiana", resgatada por ENRIQUEZ (1994), a integração com o meio ambiente (e não apenas uma adaptação a ele) é fundamental na constituição do sujeito, como nos lembra GUIMARÃES & PODKAMENI (1997):

*"Como já evidenciou ANDRÉ GREEN, o pensamento de WINNICOTT forma como um tecido, uma rede de fios entrecruzados. Nesses fios, o ser em transição que nasce do corpo teórico winnicottiano parte da não-integração, da dependência absoluta e em função de um holding, manejo e de uma atitude de fidedignidade oferecidos por um meio ambiente bom o bastante (good enough) - que no início é representado pela mãe ou pessoa que ocupe este lugar -, tem possibilidades de desenvolver-se, apreender os limites de seu grupo ou cultura, construí-la, destruí-la, para reformulá-la de forma útil e criativa.(...)*

*No continente bom o bastante, a criação do sentido se institui, cria novos sentidos e forma matrizes de uma cadeia infidável de transformações, de vida, margeados pela lei da cultura que rege cada sociedade." (GUIMARÃES & PODKAMENI, 1997, p.8)*

Não haveria, então, como pensarmos o sujeito psicológico fora da cultura e do seu meio ambiente, tendo em vista que a criação de sentido envolve toda a rede simbólica que a

cultura nos proporciona, embora o papel atribuído a estes processos sociais sejam mais ou menos enfatizados, de acordo com a leitura teórica adotada.

A essa altura devemos nos perguntar: qual o lugar das instituições na configuração desta rede simbólica? Qual sua relação com os ideais coletivos e com a constituição da nossa identidade?

Passaremos, então, a analisar o papel das instituições na constituição da subjetividade, e, a seguir, o como o lugar da identidade profissional, tanto do cliente, quanto do psicoterapeuta / analista / psicólogo, funciona, não apenas, como demarcadora da individualidade, mas também se coloca como marco identificatório que orienta as práticas sociais.

### 2.3 - A identidade e as instituições sociais

Para ENRIQUEZ (1990), as instituições se fundam alimentando a ilusão de assegurar a cada um de seus membros uma identidade, realizando um duplo movimento de reconhecimento/desconhecimento:

*"... Integrai-vos a nós e poderemos satisfazê-los e, de maneira contraditória, não estamos certos de vossa adesão, portanto, procuramos controlar vocês ao máximo". (ENRIQUEZ, 1990, p.23)*

Assim, identidade e instituições estão numa relação de reciprocidade extrema, para não dizer relação de causa-efeito!

O lugar das instituições, por definição é em si mesmo o de função simbólica, na medida que as instituições só existem através das práticas que ocorrem nos estabelecimentos e organizações de existência concreta, cuja função é operar a transformação dos atos

individuais, através da normatização e atribuição de uma função social, em práticas sociais legitimadas que darão sustentação à rede simbólica. Essas práticas institucionalizadas são, por sua vez, a própria possibilidade da constituição de uma identidade, na medida que ao atribuir uma função e valor social ao ato individual, lhe confere um certo reconhecimento e um lugar próprio. Em outras palavras: as instituições identificam o sujeito (no sentido de demarcação) e se oferecem como modelo identificatório simultaneamente e, com isso, possibilitam a dramatização dos movimentos pulsionais, como afirma KAES (1991):

*"... a maior parte das representações sociais da instituição, míticas, eruditas ou militantes, constituem a economia do pensamento da relação do sujeito com a instituição. A sua função é por um curativo na ferida narcísica, evitar a angústia do caos, justificar e manter os custos indetificatórios, preservar as funções dos ideais e dos ídolos.*

*Esse trabalho coletivo do pensar realiza uma das funções capitais das instituições que é fornecer representações comuns e matrizes identificadoras: dar um status às relações da parte e do conjunto, unir os estados não integrados, propor objetos de pensamento que tenham um sentido para os indivíduos aos quais é destinada a representação e que gerem pensamentos sobre o passado, o presente e o futuro; indicar os limites e as transgressões, assegurar a identidade, dramatizar os movimentos pulsionais..." (KAES, 1991, p.3)*

KAES (1991), tal como também nos fez pensar BAUDRILLARD (1990), salienta que a crise da modernidade teria sido deflagrada em parte pelo fato das instituições não mais realizarem sua função principal de continuidade e de regulação. Elas mesmas sofrem contínuas ameaças de destruição pelas rápidas e constantes mudanças sofridas. Descobre-se, assim que as instituições, bem como as civilizações por elas sustentadas não são imortais. A desagregação institucional levaria às emergências desagregadoras no indivíduo, devido à angústia suscitada pelo aumento de energia desvinculada, que revelaria, por sua vez, a função de ligação que a instituição tem.

*"Nesse difícil percurso, talvez tenhamos descoberto que oscilamos entre duas ilusões e que nos esforçamos por inscrevê-las na história: a primeira é que a instituição é feita por cada um de nós pessoalmente, como a Providência; a segunda, que ela é propriedade de um senhor anônimo, mudo e Todo-Poderoso, como Moloc. Recusemos uma e outra. No final das contas, a instituição nos confronta a uma quarta ferida, a qual também é uma ferida narcísica, depois daquelas que as descobertas de Copérnico, de Darwin e de Freud infligiram à idéia do homem, retirando-o da sua posição central no espaço, na espécie e na sua concepção de si mesmo. Foi-nos necessário admitir que a vida psíquica não está exclusivamente centrada num inconsciente pessoal, que seria uma espécie de propriedade privada do sujeito individual. Paradoxalmente, uma parte dele mesmo, que o mantém na sua própria identidade e que compõe o seu inconsciente, não lhe pertence propriamente mas às instituições sobre as quais se apóia e que se mantêm por esse apoio. Mas cuidemos para não cultivar a ferida: a descoberta da instituição não é apenas a de uma ferida narcísica, é também a dos benefícios narcísicos que sabemos tirar das instituições, a preços variáveis, que apenas começamos a avaliar." (KAËS, 1991, P.5)*

Sendo assim, podemos dizer que as instituições, na medida em que se oferecem como objeto identificatório coletivo, podem ocupar o lugar do ideal coletivo que daria sustentação à rede simbólica, cuja abrangência dependerá, dentre outros fatores da extensão da cadeia identificatória. No caso das instituições públicas federais, que são, indiretamente, alvo de nosso estudo, espera-se que estas representem um ideal coletivo nacional e que por estarem a serviço do Estado, constituam-se de domínio público (que não deve ser confundido como direito de propriedade privada pelo público ou seus dirigentes! ).

ENRIQUEZ (1990), assinalou que na atualidade, com o gradativo triunfo da economia sobre o político, até mesmo as chamadas **empresas** (conjunto de produção de bens e serviços) estão se tornando **instituições** da sociedade, no sentido de também se tornarem elementos de regulação social (permitindo a reprodução, a socialização e a manutenção da sociedade). A empresa, enquanto **instituição** pode ser vista como **ideologia**, na medida em que exportaria

sua visão de mundo e dos indivíduos, não apenas para o seu interior (cultura organizacional), mas também para o conjunto da sociedade (ideologia), retroalimentando a rede simbólica.

Esta tese da instituição, como suporte ideológico, pode ser melhor entendida quando no seu livro L'Organisation en Analyse, ENRIQUEZ (1992, 1997), coloca a organização tanto como um **sistema cultural**, como um **sistema simbólico** e como um **sistema imaginário**. Como **sistema cultural**, a organização oferece uma estrutura de valores e normas que fornecem uma maneira de pensar o mundo e que orienta àqueles que ali convivem. Esta estrutura tende a se cristalizar a partir das atribuições de lugares e papéis sociais específicos, que, por sua vez, forneceram o modelo de socialização aos seus membros. Enquanto **sistema simbólico**, a organização se funda em cima de "mitos unificadores" ou de rituais de iniciação ou de passagem, que têm a função de sedimentar a ação dos membros da organização, servindo-lhes como sistema de legitimação. Os **sistemas simbólicos e culturais** não se sustentariam na organização, se não se produzissem mudanças no imaginário dos seus membros, assim,

*"...Ela tem opção entre duas formas de imaginário: o imaginário enganador e o imaginário motor. O imaginário enganador, na medida em que a organização tenta prender os indivíduos nas armadilhas de seus próprios desejos de afirmação narcisista, no seu fantasma de onipotência ou de sua carência de amor, em se fazendo forte para poder corresponder aos seus desejos naquilo que eles têm de mais excessivos e mais arcaicos e de transformar os fantasmas em realidade; na medida igualmente em que a organização lhes garante suas capacidades em protegê-los do risco da quebra de identidade, da angústia de desmenbramento despertado e alimentado por toda a vida em sociedade: conseguindo para eles as couraças sólidas do estatuto e do papel (constitutivo da identidade social dos indivíduos) e da identidade da organização.*

*Ao prometer-lhes tentar corresponder a seu apelo (angústias, desejos, fantasmas, pedidos), a organização tende a substituir seu próprio imaginário pelo deles. Ela se exprime assim, de um lado, como uma organização-instituição divina, todo-poderosa, única referência que nega o tempo e a morte, de um lado mãe englobadora e devoradora e*

*ao mesmo tempo mãe benevolente e nutriz, de um outro lado, genitor castrador e simultaneamente pai simbólico(...)*

*O imaginário motor, na medida em que a organização permite às pessoas de se deixarem levar pela sua imaginação criativa em seu trabalho sem se sentirem reprimidas pelas regras imperativas. Se o imaginário é sempre irreal ("desreal"), ele é também o que fecunda o real. Sem o imaginário, o desejo se detém porquanto ele é proibido ou não pode nem se reconhecer como desejo nem encontrar as vias que lhe permitiriam tratar de se realizar..." (ENRIQUEZ, 1997,p.35).*

Retomamos, então, aqui, a idéia desenvolvida anteriormente, onde alguns autores postulavam o papel da organização (e da sociedade, por que não) como uma "tela de projeção" dos anseios individuais, que aqui se transforma no nível imaginário. Nível, este, que também se articula com as práticas grupais, como defende COSTA (1989). Acrescente-se a isso, que agora a organização não apenas serve de "suporte" para os ideais individuais, mas se propõe que o imaginário individual, seja ele mesmo substituído pelo imaginário institucional. Será que o imaginário individual se "alimenta", apenas, da relação entre o mundo interno individual e as representações que a organização oferece? Será o processo de constituição do sujeito tão linear?

GIANOTTI (1992), falando sobre a idéia do imperativo categórico, como regra moral, o opõe ao sujeito, que na "transgressão" revela a essência da sociabilidade e distingue o sujeito do agente, ou seja:

*"... um ser humano está sempre participando de vários sistemas de normas, aceitando uns e rejeitando outros, de sorte que sua individualidade não se resume naquela encruzilhada de determinações de um certo jogo de linguagens, que faz do indivíduo o suporte de uma função social. Sua individualidade é diferente daquela do bispo ou da torre no jogo de xadrez, ou ainda daquela que lhe marca papéis e ações num sistema social. Tudo isto leva-nos a distinguir o sujeito do agente. Todas as regras, sistematicamente unidas, implicam agentes capazes de operá-las, que as apreendem e algumas vezes podem ensiná-las. Do mesmo modo implicam dispositivos, coisas engrenadas*

*entre si e condutoras da ação. No entanto, os indivíduos podem entrar e sair desses sistemas, despojar-se de alguns desses dispositivos. Não há dúvida de que isto não se faz sem resíduos, de que ao sair de um sistema o indivíduo está sendo agarrado por outro, mas este movimento o revela como uma espécie de aresta, de ponto de fuga, que, embora desprovido de qualquer conteúdo, se mostra necessário para o desempenho de um jogo. A este ponto de vista chamarei de sujeito... o sujeito só se mostra na transgressão ou quando abandona de vez um determinado sistema de regras... "(GIANOTTI, 1992, p.239)*

Vemos, então, se delinear a constituição de um sujeito não submisso ao movimento do "totalitarismo" do imaginário institucional, a partir de suas múltiplas inserções no social. Porém, na sua essência, os sistemas sociais de significação não podem ser descartados, fazem parte do "jogo". Diríamos até que, na "frustração narcísica" de submeter o imaginário social aos domínios das suas pulsões, o indivíduo ou sucumbe a ele (ocultando-se como sujeito e transformando-se em "agente social") ou se revela nos momentos da transgressão ou de abandono. Mas todos nós sabemos, que até mesmo estes momentos de "revelação do sujeito pela transgressão", podem ser fornecidos pela sociedade, como é o caso das festas "profanas" (tal como o carnaval). O modo como cada indivíduo reage ao imaginário social, como articula seus desejos ao do outro determinará, por sua vez o valor dos papéis sociais na sua vida.

SANTOS (1990), nos mostra que o valor do papel social desempenhado pelo indivíduo tem para si mesmo; pode ser revelado na ausência de possibilidade de desempenhar este papel, como é o caso do momento da **aposentadoria**. Assim, tanto como a transgressão revela o sujeito, a impossibilidade de desempenhar um papel ao qual se tenha identificado (colocando-o no lugar do seu ideal) revela o sujeito pela falta. Aquela autora dá ênfase a identidade como um valor, valor este ligado à necessidade de reconhecimento e de aceitação e afirma que:

*"... representar um papel significa adotar um certo número de valores, assumir certos comportamentos para responder às expectativas do outro e ser assim reconhecido. Logo, na medida em que o sujeito assume um papel, ele se define com relação aos outros e a si mesmo. Ele adota maneiras de ser a partir das quais ele constrói sua identidade pessoal. Entre estes papéis sociais, o papel profissional ocupa um lugar privilegiado. O valor do trabalho é prioritário, está no centro da sociedade de produção. Assim, pode-se perguntar como o papel profissional se inscreve na identidade do sujeito. Se se considera que o sujeito, durante os períodos de infância e adolescência, é preparado para exercer um papel profissional que será representado durante a maior parte de sua vida adulta, pode-se deduzir que a influência deste papel sobre o sujeito ultrapassa a atividade do trabalho propriamente dita. Como, então, irá se instituir a identidade no mundo do trabalho? Como se traduzirão as necessidades de aceitação, poder, o sentimento de unicidade em uma situação social que privilegia o grupo, a produção? Como pode o sujeito conciliar estas necessidades contraditórias?" (SANTOS, 1990, p.17)*

Podemos, então, tomar como ponto de partida para o nosso estudo, a idéia que o trabalho não apenas atribui um papel social ao sujeito, mas, como também assinalou SANTOS (1990), o sujeito pode se identificar a este papel social, constituindo grande parte daquilo que ele assumirá como sua identidade pessoal. Por outro lado, ao se identificar com o papel social que o seu trabalho representa, qualquer mudança na representação social deste papel afetará diretamente a representação que tem de si mesmo. A instauração de uma "crise de identidade", suas repercussões mórbidas e estratégias defensivas adotadas dependerão da articulação desta identidade com a economia libidinal e estrutura interna do sujeito. Estrutura interna esta, por sua vez, construída a partir de ideais socialmente constituídos e dos quais o trabalho é um dos mais valorizados. Mas terá sido sempre assim? Será que o trabalho sempre possuiu esta "força" na constituição de nossas identidades e será que atualmente ainda pode ser visto como um valor central na produção das nossas subjetividades? Para responder a esta questão, vamos explorar um pouco a relação do trabalho com a formação da subjetividade, enquanto objeto histórico.



## 2.4 - O trabalho, o trabalhador e sua identidade

Se existe algo que seja sempre referido na história da humanidade, em todas as áreas de conhecimento, é o trabalho do homem, chegando-se a afirmar, como fez ENGELS (1979), que o trabalho estaria ligado ao próprio processo de "humanização do macaco". Ressaltamos, que não nos compete aqui discorrer sobre se o trabalho institui o processo civilizatório ou é por ele instituído, numa discussão do tipo: "quem veio primeiro; o ovo ou a galinha?" Mas sublinhar que, de uma forma ou de outra, é atribuído ao trabalho um papel fundamental na estruturação do social e na constituição da subjetividade de seus membros, independente de análises valorativas, filosóficas, econômicas, fisiológicas, etc.

Para o marxismo (e até mesmo para FREUD, como veremos adiante), a história do trabalho iniciar-se-ia com a tentativa do homem dominar a natureza para satisfazer as suas necessidades de sobrevivência, como salienta ENGELS (1979), e OLIVEIRA (1987), mas evolui na medida que estas necessidades básicas são satisfeitas:

*"... ampliam-se as necessidades a outros homens e criam-se as relações sociais que determinam a condição histórica do trabalho..."*

*(OLIVEIRA, 1987, p.5/6)*

No início, o trabalho seria uma invenção, um fato social - na medida em que o homem se associa a outros - para dar conta da sua impotência frente aos fenômenos naturais - e, com isso, dominar a natureza, buscando adequá-la às suas necessidades; Depois passa a ser uma forma de sobreviver na própria sociedade - devido ao surgimento de novas necessidades que devem ser satisfeitas - de acordo com o modo de produção historicamente determinado (nos

fazendo lembrar da famosa pirâmide das motivações, desenvolvida por MASLOW). Mais ainda:

*"... no processo de produção, as relações sociais é que determinam as condições do trabalho, isto é assalariado ou não, tendo em vista a finalidade da produção". (OLIVEIRA, 1987, p.7).*

O trabalho constitui, então, uma condição essencial para a vida em sociedade, mas também as relações sociais determinariam relações de produção e as condições de trabalho, num processo dialético. Sendo os modos de produção e as relações sociais historicamente construídas, o sentido do trabalho e de seu produto, não é o mesmo o tempo todo, variando de acordo com o contexto e a época.

Arqueólogos, como CHILDE (1978), justificam a evolução cultural, do homem não apenas através de sua evolução orgânica, mas também a partir do domínio da natureza e nas mudanças das atividades produtivas, que por sua vez geraram mudanças nas relações sociais. Assim, ainda na pré-história, os coletores de alimentos e caçadores nômades, passam para atividades de criação de animais e agricultura, modificando, sobremaneira a sua organização social (pelo fato de deixar de ser nômade e fixar-se mais tempo em um só lugar), com reflexo imediato no crescimento e concentração demográfica.

Estudos de sociedades na antiguidade clássica já abordavam o surgimento de classes sociais a partir da escravidão e do colonato, enquanto classe definida pela sua relação com o trabalho (ANNEQUIN et al, 1978). Da mesma forma, o surgimento do feudalismo na idade média poderia ser estudado pela sua relação de dependência entre os senhores das terras e aqueles que nela produzem (PINSKY, 1979). Tanto a mão-de-obra escrava quanto a mão-de-obra livre são tidas como forças produtivas necessárias à sociedade.

Podemos dizer, que a própria história da riqueza do homem, mesmo que considerada como campo da economia, não se faz possível, se não considerarmos a sua relação com a estrutura da vida social (HUBERMAN, 1981), onde o trabalho também assume a conotação de um objeto histórico.

Resta-nos lembrar que a noção de "classe trabalhadora" dentro da teoria marxista, serve para designar àqueles que não detém os meios de produção e devem vender sua força de trabalho à classe possuidora dos meios de trabalho. Porém, caso consideremos que a "classe trabalhadora" também é uma "classe social", deve ser considerada a questão da própria "consciência de classe" e sua relação com a identidade do trabalhador.

*"... A consciência de classe é aquele estado de coesão social refletido no entendimento e atividades de uma classe ou segmento de uma classe. Sua expressão absoluta é uma atitude generalizada e durável por parte de uma classe no sentido de sua posição na sociedade. Sua expressão relativa a longo prazo encontra-se nas tradições lentamente cambiantes, experiências, instrução e organização da classe. Sua expressão relativa a curto prazo é um complexo dinâmico de estados de espírito e sentimentos afetados pelas circunstâncias e cambiantes com eles, às vezes, em períodos de depressão e conflito, quase dia a dia. Estas três expressões da consciência de classe estão interligadas entre si: mudanças no estado de espírito ensejam e exprimem o reservatório subjacente das atitudes de classe que, embora possa estar no fundo, muito abaixo da superfície, jamais está totalmente exaurido."  
(BRAVERMAN, 1980, p.36).*

Dentro desta perspectiva, ressalta-se o papel de uma classe enquanto "ator no palco histórico", apreensível e cognoscível pelas opiniões, emoções, sentimentos e estados de espírito compartilhados entre os seus membros (às vezes "cambaleantes", imprevisíveis até!) e discriminatória em relação às outras classes sociais.

Talvez esteja aí, na construção da noção de consciência de classe, uma possibilidade de se iniciar a discussão sobre o trabalho enquanto uma "obrigação moral". No entanto não

devemos nos esquecer ,que REICH (1976, 1934), havia nos alertado sobre o perigo da definição de "consciência de classe", enquanto conceito moral, já que para aquele autor, a consciência de classe dos trabalhadores se forma justamente por oposição à ordem burguesa e neste sentido vai de encontro aos preceitos éticos já estabelecidos, tornando-se revolucionária, justamente por ser "amoral" ( no sentido de ir de encontro à moral burguesa).

REICH alerta-nos ainda para o fato de que:

*"O trabalho coletivo na empresa é incontestavelmente a fonte mais importante do sentimento de classe. Mas ser proletário e trabalhar numa empresa e estar sindicalizado não significa ter consciência de classe.(...) quem subestima a força material da ideologia não fará nada de bom. Ela revelou-se no nosso período histórico mais forte que a pressão da necessidade material, senão não seriam HITLER e THYSEN que estariam no poder.(...) O nosso trabalho sindical deve também ser procedido por um trabalho ideológico, longo e cuidadosamente refletido, bem informado das deformações ideológicas sofridas pelo operário. O operário sente bem a ação que foi dirigida contra ele, o que é um elemento importante da sua consciência de classe, mas dispõe imediatamente de pensamentos e sentimentos que o impedem de tomar consciência de toda a gravidade da sua situação, que não domina, e fica assim sujeito às ilusões(...)". (REICH, 1976(1934), p.39-41)*

Esta citação de REICH nos remete então a pensar que a pressão da necessidade material em si mesma não seria suficiente para mover o homem, mas também estaria ele sujeito às "ilusões" e as "deformações ideológicas" (sem se considerar aqui uma análise de valor implícito nesta assertiva), que são fruto de mecanismos psíquicos que fazem o trabalhador optar pela ilusão do que pela realidade! Então, propõe REICH:

*"A existência e as condições de existência dos homens refletem-se, incrustam-se e reproduzem-se na sua estrutura mental, à qual dão forma. é só através desta estrutura mental que este processo objetivo nos é acessível, que podemos entravá-lo, favorecê-lo ou dominá-lo. Só por intermédio da cabeça do homem, da sua vontade de trabalho, da sua procura da alegria de viver, em resumo, da sua existência psíquica, que nós criamos, consumimos, transformamos o mundo. Foi*

*tudo isto que esqueceram há muito os <<marxistas>> que degeneraram em economistas... " (REICH, 1976 (1934), p.19)*

Fica evidente o papel desempenhado pela "existência psíquica", como via de acesso à transformação do mundo. Passamos assim de uma lógica de sobrevivência do homem, para sua "existência psíquica", enquanto determinante de suas ações no mundo. De um mundo ditado pela natureza, para um mundo ditado pelas "ilusões". Mas, ainda tendo o trabalho como transformador da realidade material e social como objeto de estudo. O objetivo é, ainda a transformação e controle sobre a realidade objetiva e material. É também fato, que hoje assistimos a uma mudança significativa no modo de abordar esta relação do homem com o trabalho e a sociedade, principalmente no campo da antropologia e sociologia do trabalho. Na atualidade, o desafio é a investigação e teorização dos microfundamentos dos macroprocessos de transformação social, tendo como preocupação a valorização da construção subjetiva das ações (como já previra REICH, ainda que dentro de uma perspectiva da teoria da ideologia marxista) e cujo exemplo podemos ter nos estudos como os de GUIMARÃES (1993), que inicialmente tomam o processo de trabalho, como foco privilegiado, em detrimento de "estudos sócio-econômicos sobre o mercado de trabalho e de análises sócio-políticas de movimentos sindicais" e ampliam esta perspectiva para:

*"... enfrentar novos desafios interpretativos: como os indivíduos representaram para si as condições sociais em que atuavam e, ao fazê-lo, estruturaram as disposições subjetivas que presidiram suas ações? Como essas representações - conquanto produzidas por agentes que projetam o futuro ( para si e para seus descendentes) - eram estruturadas pelos pontos de partida destes mesmos agentes ( meios sociais, lato senso, e familiares, stricto senso)? " (GUIMARÃES, 1993)*

GUIMARÃES (1993), abre, desta forma, uma nova perspectiva de estudos sobre o trabalho que não se restringe a pesquisar sua relação com as transformações sociais, mas também, sem cair no perigo do reducionismo psicologizante, busca o resgate do sujeito, não apenas um receptáculo ideológico, bem como artífice de disposições subjetivas articuladas com o seu meio social e orientadoras de suas próprias ações.

Neste ponto, devemos nos deter um pouco para salientar que GEERTZ (1978), faz uma crítica ao uso do termo ideologia, tomado ele mesmo como uma "ideologia", devido a sua forte carga valorativa, que lhe tirou a "*utilidade científica*", enquanto conceito analítico. Propõe, que se pense *a ideologia como sistema cultural*, pois sua função é servir como um "*mapa rodoviário*", como fonte de informação para a organização dos processos social e psicológico, tal qual os símbolos culturais e a função da metáfora na linguagem.

*"(...) Mapas de uma realidade social problemática e matrizes para a criação da consciência coletiva. Se o mapa é correto ou a consciência é digna de crédito em cada caso particular, é outra questão, à qual não se pode dar uma mesma resposta, como não existe uma resposta idêntica para o nazismo e o sionismo, para os nacionalismos de McCarthy e de Churchill, para os defensores da segregação e seus oponentes." (GEERTZ, 1978, p.192)*

Aquele mesmo autor ressalta, ainda, que apesar de serem, ciência e a ideologia, sistemas culturais (onde ambas são respostas a uma falta sentida de informações necessárias), e manterem relações entre si, possuem diferenças:

*"Enquanto a ciência é a dimensão de diagnóstico, de crítica da cultura, a ideologia é a dimensão justificadora, apologética - refere-se à parcela da cultura que se preocupa ativamente com o estabelecimento e a defesa dos padrões de crença e valor. Torna-se claro, portanto, que há uma tendência natural para que as duas se confrontem, principalmente quando dirigidas para a interpretação do mesmo âmbito de situações." (GEERTZ, 1978, pp.203-204)*

Com isso, ao se discriminar a "função reveladora da ciência" e a "função justificadora da ideologia", resgata-se a "*utilidade científica*" da ideologia, na medida em que esta se oferece como objeto de análise para a ciência.

Retomando a questão do trabalho. Este pode ter vários "sentidos", que servem de guia e justificativa para a sua existência no decorrer dos tempos, os quais podem ser revelados pela ciência, sem que se tenha que recorrer a extremismos ideológicos; Ao contrário, os atravessamentos ideológicos devem ser analisados e contextualizados, o que pretendemos fazer neste trabalho.

ARENDT (1983) é uma das autoras que busca distinguir os diversos sentidos do trabalho. Para ela, há que ser feita a distinção entre o TRABALHO, enquanto uma atividade ligada à sobrevivência biológica do homem, que caracterizaria o *animal laborans* (por ser também uma atividade compartilhada pelos animais, que manipulam e utilizam-se da natureza para sobreviverem), em oposição ao LABOR, típico do *homo faber*, que corresponderia o homem como aquele que não só sobrevive da natureza, mas cria coisas a partir dela, inventa um habitat humano:

*"O labor é a atividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano, cujos crescimento, espontâneo, metabolismo e eventual declínio têm a ver com as necessidades vitais produzidas e introduzidas pelo labor no processo da vida. A condição humana do labor é a própria vida.*

*O trabalho é a atividade correspondente ao artificialismo da existência humana, existência esta não necessariamente contida no eterno ciclo vital da espécie, e cuja mortalidade não é compensada por este último. O trabalho produz um mundo <<artificial>> de coisas, nitidamente diferente de qualquer ambiente natural. Dentro de suas fronteiras habita cada vida individual, embora esse mundo se destine a sobreviver e a transcender todas as vidas individuais. A condição humana do trabalho é a mundanidade. (ARENDT, 1983, p.15)*

GUARESCHI (1993), num estudo sobre a fala do trabalhador, também busca os atravessamentos ideológicos dos sentidos que o trabalho possa ter e, resgatando as idéias de KARL MARX sobre o trabalho como uma atividade tipicamente humana, enfatiza a idéia que o homem, diferente dos animais, antes de modificar o material em que opera é capaz de antecipar a sua obra, imprimindo ao material o seu projeto, subordinando-o a sua vontade. Ressalta ainda que o taylorismo (que advogava uma "administração científica "do trabalho) refuta a criatividade que envolve o processo de transformação da natureza pelo homem, na concretização do trabalho.

*"Assim, vemos que várias são as definições encontradas que visam expressar, num somatório de palavras concatenadas, o que é o trabalho.*

*Num processo que sofre um atravessamento ideológico de quem cria essas definições, trabalho pode ser entendido como exclusivamente humano, portanto consciente e proposital, como refere MARX; numa relação dialética do ser humano com a natureza, como mostra ARENDT; ou , numa versão ideologicamente contrastante com as anteriores, como um processo contínuo e fragmentado, que permite uma análise da preocupação em aumentar a eficiência da empresa através da organização, portanto, alienante, como que TAYLOR."* (GUARESCHI, 1993, p.31).

Com estes autores, ressalta-se, não apenas, a "desnaturalização" do trabalho como relacionado, exclusivamente à sobrevivência do homem, mas também que a teoria explicativa adotada é em si mesma uma "versão ideológica" e deve ser tratada como tal, evitando-se por como natural o que é uma construção interpretativa, própria do homem e, como tal, parte de um processo criativo que transforma o trabalho em obrigação moral.

GONDAR (1989), defendendo a idéia do trabalho como um objeto histórico, afirma que o enunciado do tipo "o trabalho com essência do homem", surge a partir do século XIX, com a revolução burguesa e traz no seu bojo o trabalho como imperativo categórico (é preciso



trabalhar!). Sendo visto como a essência do homem, o trabalho passa a ser como uma "necessidade básica", como "natural".

ACCORNERO (1980), autor de tendências marxista, tenta resolver esta questão da "centralidade existencial" e "obrigação social" tomando o trabalho como "ideologia". Para aquele autor, as prescrições sociais do trabalho, do tipo "o trabalho como essência para o progresso espiritual e material da sociedade", podem ser tomadas como motivações individuais quando o trabalho enquanto ideal, possui uma função ideológica (onde não se falaria da alienação do trabalho, mas da alienação de um ideal). Neste sentido, o trabalho propiciaria também o surgimento da identidade social dos membros da sociedade, no sentido de lhes atribuir sentido de pertencer ao grupo social e ser reconhecido pela pertinência de seu papel social, onde a chamada "consciência de classe" desempenharia um papel fundamental. O trabalho enquanto "obrigação" ditada pelas relações sociais, acaba por se tornar um ideal coletivo a ser perseguido e que "organiza" as práticas sociais, inclusive o lazer.

Mesmo o lazer, não pode ser visto como não-trabalho, no sentido que quando tomado como um "direito" do trabalhador, é uma atividade conquistada pelo trabalho, quando não muito já está cooptado pelo processo de produção de bens e serviços. Ou melhor, temos o direito ao lazer, enquanto pausa para descanso e para repor energias do trabalhador, mas não ao ócio. Este enquanto representante do não - trabalho, é passível até de ser taxado como "atividade" ilegal, como é o caso da vadiagem no Brasil.

OFFE (1989), num estudo sobre trabalho e sociedade, chega a questionar o trabalho como categoria sociológica fundamental. Argumenta aquele autor, que as obras da sociologia clássica (WEBER, DURKHEIM E MARX), tomam o trabalho como pedra fundamental da

teoria da sociedade por uma questão de contexto histórico, caracterizado pela burguesia e capitalismo:

*"... não seria audacioso lançar a tese de que a sustentação inamovível (em termos de análise ou politicamente normativos) de modelos de sociedade e critérios de racionalidade centrados no trabalho e na atividade remunerada representa, hoje, uma posição conservadora. A pesquisa teórica e empírica dos cientistas sociais comprometidos com a tradição do materialismo histórico ou da teoria crítica demonstra hoje, freqüentemente de modo mais incisivo que nos trabalhos clássicos da escola de Frankfurt, um afastamento das estruturas, conflitos e perspectivas de desenvolvimento do trabalho social, voltando-se para um "espaço vital" a ser protegido de usurpações econômicas e/ou políticas." (OFFE, 1981, p.18).*

Haveria, então, uma "implosão da categoria trabalho", enquanto determinante da estrutura e desenvolvimento sociais, que OFFE tenta explicar a partir de três indícios: primeiro, ressalta que os múltiplos aspectos empíricos do trabalho demonstram ,hoje,a qualidade de "trabalhador", não pode mais ser tomada como ponto de partida para a formulação de agregados culturais, organizacionais e políticos, bem como para interpretações coletivas, pela sua perda de poder discriminatório devido à expansão relativa do trabalho remunerado dependente (o fato de alguém ser trabalhador torna-se pouco informativo e não mais seria surpreendente):

*"... não é nada evidente que indagar sobre a noção social "do" trabalhador seja a priori sociologicamente mais relevante que indagar sobre a noção de sociedade do consumidor de gasolina ou do contribuinte do IPI..." (OFFE, 1989, p.21)*

Esta perda de poder discriminatório é fundamental para entender o segundo indício, que se refere ao significado que o trabalho tem para aqueles que trabalham, ou seja, seu papel

na existência pessoal (que poderia ser condição externa de sobrevivência física e também como obrigação moral).

*"... Com respeito ao trabalho como obrigação moral do homem, o poder de convencimento e de comprometimento dessa idéia provavelmente fracassa não só pela erosão das tradições culturais e religiosas ou secularizadas, que um dia podem ter sustentado tal compreensão do trabalho, e também não preponderantemente pelo hedonismo consumista, cuja propagação foi freqüentemente apontada como possível causa da ruína da própria infra-estrutura moral das sociedades industriais capitalistas. Pelo menos complementarmente, o poder de comprometimento das concepções éticas do trabalho seria enfraquecido pelo fato de que a sublimação ética do trabalho só pode funcionar sob condições que permitam aos trabalhadores afirmarem-se e serem reconhecidos como pessoas que agem moralmente, enquanto detentores de deveres, por meio do próprio trabalho. Permanece obscuro em quais áreas do trabalho social e com quais tendências de mudança tais condições poderiam ser vistas, hoje, como dadas. "*  
(OFFE, 1989, p.27)

Vemos surgir aí uma articulação entre a própria degradação das instituições sociais e o aumento do "hedonismo consumista", como responsáveis pelo trabalho não mais ser visto como uma obrigação moral primordial nos dias de hoje. Um outro motivo apresentado para a "secundarização moral" e a "irrelevância subjetiva" da esfera do trabalho seria a desagregação dos ambientes de vida, cada vez menos identificados com a biografia de trabalho:

*"... A descontinuidade da biografia de trabalho e a redução do tempo de trabalho no tempo de vida tendem a tornar o trabalho um assunto "entre outros", relativizando sua função enquanto ponto de referência para a construção da identidade pessoal e social. Além disso, quanto maior for a extensão de experiências (ou ansiedades) de desemprego ou de retirada involuntária da atividade de trabalho remunerado, tanto mais baixo será, presumivelmente, o limiar do efeito da (auto-) estigmatização moral do desemprego, já que ele não mais poderia ser atribuído ao fracasso ou à culpa individual (principalmente não no caso do desemprego maciço em certas regiões ou em certos ramos de atividades)... (OFFE, 1989, p.28)*

É interessante esta interpretação sobre a banalização do papel do trabalho nas relações sociais, conjugada com a descontinuidade dos espaços de vida, como justificativa para que o trabalho não possa ser visto mais como uma categoria sociológica fundamental, e o movimento que observamos hoje no sentido de restabelecimento da relação entre "qualidade de vida e trabalho", entre "sucesso profissional e felicidade pessoal".

*"... - Hoje as empresas querem maior produtividade, qualidade, criatividade, mas precisam se conscientizar que só será possível se as pessoas estiverem satisfeitas. Elas precisam se sentir importantes, participativas. Isto ajuda a produzir melhor. Mas o trabalho não para por aí. O papel da empresa moderna é colaborar para que o indivíduo possa harmonizar o trabalho com a família... a empresa que exige muita hora extra, deve reestruturar para não exigir demais dos funcionários. E permitir a flexibilidade de horário também contribui para a pessoa se sentir mais satisfeita. Se um funcionário precisa faltar um dia para ficar com o filho, isto deve ser compreendido, porque no dia seguinte ele vai render mais..." (DUNNINGHAM, 1993)*

Esta harmonização do trabalho com a família, não seria uma tentativa de fortalecimento mútuo destas duas instituições sociais, que são calcadas na "obrigação moral" (ser bom trabalhador é também ser bom pai/mãe/companheiro)? Por outro lado, mostra também que o descentramento do trabalho como categoria fundamental traz conseqüências para o próprio trabalho como atividade econômica e social e, paralelamente, a primazia do "sujeito da produção" cede lugar ao "sujeito do consumo".

O hedonismo consumista pode ser exemplificado nos trabalhos de JABLONSKI (1993) e NEGREIROS (1994), sendo que a última autora ainda o relaciona ao tema da qualidade de vida:

*"Está presente, neste atual mal-estar de nossa civilização, a crença básica do bem-estar associado a posse máxima de bens materiais, ao consumismo exacerbado. As necessidades construídas em torno de poder, status, dinheiro, passaram a substituir as necessidades fundamentais de abrigo, alimentação, amor... ao se deslocar o sentido*

*de "ser feliz", atingir o bem-estar, para uma relação intensa do homem com as coisas esqueceu-se de que, entre os bens materiais, estão as relações humanas. "(NEGREIROS, 1994, p.12-13)*

Neste enfoque, o sentido de ser feliz, próprio do hedonismo, só se realizaria através da posse e consumo. Mais ainda: estaríamos assistindo à transformação do sentido do trabalho como possibilidade de reconhecimento social, para a gradativa substituição deste reconhecimento pela posse do Capital em si mesmo.

*"A questão ética é um dos aspectos cruciais deste panorama da atualidade. A vitória profissional, o êxito financeiro passaram a ser o passaporte para o respeito e admiração - instâncias que supostamente garantirão a paz e a tranqüilidade. Todos os meios seriam válidos para se atingir esta "preciosa" finalidade - desde a competição insaciável até a possibilidade sempre presente, de corromper ou delinquir, nos mais diferentes níveis, contanto que se conserve a perspectiva salvadora do sucesso e não se deixe apanhar em falta. Perspectiva esta que, de resto, ditará as normas morais, desde que já estando incorporada aos costumes, passa a fato natural, contra o qual nada se pode fazer. " (NEGREIROS, 1994, p.12)*

Resgata-se, assim uma visão um tanto utilitarista do trabalho, que passa a ser um meio para atingir uma finalidade, onde a lógica seria a de que "os fins justificam os meios". Essa "relação instrumental, moralmente neutralizada" (OFFE, 1989, p.29) com o trabalho levaria a uma "desvalorização subjetiva" do trabalho em si mesmo, em troca da valorização do trabalho por aquilo que ele representa enquanto aquisição de bens e de evitação de necessidades.

A motivação para o trabalho (e sua valorização) também envolve uma avaliação custo/benefício, que leva em conta fatores como as condições físicas, psíquicas e organizacionais, nas quais ele se realiza e também do "direito ao trabalho útil e significativo" (onde a relação ética também é questionada). O sentido do "dever moral" para com o trabalho, e o conseqüente processo de culpabilização, é intermediado também pelas instituições e pelo

estado, a partir dos "direitos subjetivos" produzidos no interjogo dos bens coletivos e das ações do ator individual.

O terceiro e último indício apresentado por OFFE (1989), para justificar o deslocamento do trabalho como fator social vital, é complementar as duas anteriores (os múltiplos aspectos empíricos do trabalho e o papel do trabalho na organização da existência pessoal) e refere-se aos paradigmas adotados pelas ciências sociais na atualidade.

*"... Quais seriam os conceitos estruturais e as noções de conflito sociologicamente aplicáveis a descrição de uma sociedade que, no sentido apontado, não mais é uma "sociedade do trabalho?" Se a consciência social não mais pode ser reconstruída como consciência de classe, a cultura cognitiva não mais pode ser referenciada principalmente ao desenvolvimento das forças produtivas, o sistema político não mais se atém primordialmente a garantia das condições de produção e da superação de conflitos distributivos, e se a sociedade não mais se problematiza principalmente através de indagações que possam ser respondidas pelas categorias da escassez e da ocupação, então surge evidentemente a necessidade de um sistema de coordenadas conceituais com o qual seria possível cartografar as esferas da realidade social não plenamente determinadas pelo âmbito do trabalho e da produção..." (OFFE, 1989, p.34)*

De um modo geral OFFE aponta para a existência, na atualidade, de sistemas conceituais e interpretativos que se utilizam de dicotomias entre o lado do trabalho e o lado do "modo de vida", mas que apenas HABERMAS, através da sua "teoria da ação comunicativa" satisfaria as exigências de uma teoria das mudanças sociais e ,não apenas, mais uma classificação *ad hoc*. Teoria esta que baseada numa colisão entre os "subsistemas da ação objetivamente racional", mediatizados pelo dinheiro e pelo poder, e um "espaço vital" auto-determinado.

Verificamos, na atualidade, essa preocupação maior com o "modo de vida, enquanto determinante para a própria avaliação do sentido que o trabalho e seu produto possa ter.

Assim, assistimos a instalações de conferências internacionais, cujo tema é o "desenvolvimento econômico sustentável", numa tentativa de implantação de uma "consciência ecológica" nas atividades econômico-sociais. Será que esta nova tendência, não nos remete, novamente, ao resgate do trabalho como relacionado a uma necessidade de "controle" sobre a natureza? A diferença é que agora o controle se dá sobre os "excessos" do próprio homem sobre o seu meio, já que ameaçar a natureza, é ameaçar a existência do próprio homem!

A questão da centralidade e valor da categoria trabalho nas ciências sociais, levantada por OFFE (1989), pode, a nosso ver, ser suplantada, caso pensemos que tanto a história e as ciências sociais também são disciplinas de interpretação, e:

*"... Parar de supor que "as coisas-a-saber" que concernem o real sócio-histórico formam um sistema estrutural, análogo à coerência conceptual-experimental galileana... tentar pensar os problemas fora da negação marxista da interpretação: isto é, encarando o fato de que a história é uma disciplina de interpretação e não uma física do tipo novo. " (PÊCHEUX, 1990, p.42)*

Assim, não há uma coerência conceptual-experimental que possa impor ao trabalho uma característica que não passe pela interpretação, e, como tal, não está sujeito apenas às descrições de arranjos estruturais, mas também do sentido do seu lugar na estrutura, sem negá-la ou por ela ser negado. A classificação e sua interpretação pressupõem, pois, o valor como mediador e determinante da sua "força" e papel social, e este depende do contexto de quem interpreta.

Um exemplo disto são autores com SUPER (1962) e VROOM (1964), que colocam a satisfação das necessidades de reconhecimento e status (ao lado das satisfações advindas de atividades interessantes e satisfatórias, além da própria subsistência), como um dos motivos

porque as pessoas trabalham. Reconhecimento este que, podemos dizer, confere um lugar do sujeito no mundo, apaziguando grande parte de seus conflitos entre o mundo interno e a realidade exterior. Ser reconhecido pode ser sinônimo de ser aceito, onde a manifestação desta aceitação de mim pelo outro pode refletir na auto-estima do sujeito. Mas, ao mesmo tempo que o trabalho pode ser visto como uma das alternativas de satisfação da necessidade de reconhecimento, este mesmo reconhecimento social pode ser fonte de alienação do sujeito, como nos alerta SANTOS (1990):

*"... se se considera a importância dada à produção numa sociedade industrial, pode-se perceber a supervalorização que é dada aos papéis profissionais. O valor do indivíduo, seu reconhecimento enquanto ser humano pode ser medido pelos papéis profissionais que ele representa e pela posição destes papéis no sistema social. Logo, é a identidade profissional que define o sujeito e determina seu lugar na sociedade. Em consequência, se o sujeito interioriza esta idéia dominante, este "pensamento social", o trabalho se torna um fim em si mesmo, podendo ser um fator de alienação, na medida em que o sentido de sua vida, sua importância enquanto pessoa, depende, diretamente, do papel profissional que ele representa. " (SANTOS, 1990, p.11)*

Desta citação devemos, antes de mais nada, ressaltar que o valor do trabalho, enquanto categoria, se transforma na própria possibilidade de classificação do indivíduo e, conseqüentemente, do lugar que ocupará na estrutura da sociedade. Com isso, estaríamos também falando de um mecanismo interno que não apenas internaliza um papel social (externo ao sujeito), mas o assume com parte de si mesmo; Logo o sujeito identifica-se com o papel internalizado, confundindo sua identidade (interna) com o papel que representa na sociedade (representação externa ao sujeito).

Esta identificação do sujeito com a sua identidade profissional pode ser demonstrada pela luta daquelas categorias que excluídas simbolicamente do status de "produtivas", lutam para demonstrar que também são "trabalhadores", tais como as "donas de casa" ou daqueles



"aposentados", que lutam para demonstrar que hoje têm o "direito" de estar neste lugar por já terem produzido durante grande parte da sua vida. Luta esta que pode simbolizar o desespero de se ver negado enquanto pessoa, pois a perda da qualificação de "trabalhador" pode significar uma "morte social" para o sujeito. Sua identidade profissional é o passaporte para a inserção social ou sua manutenção no sistema. Isso pode demonstrar o determinismo econômico na atribuição da identidade profissional. Mas, será por conta apenas de uma questão econômica que há esta "necessidade" deste "reconhecimento" simbólico de uma "identidade profissional"? Ou podemos supor que esta necessidade de um reconhecimento de uma identidade profissional possa estar ligada mesmo ao reconhecimento de nossa existência enquanto pessoa? Ou ainda, a busca deste reconhecimento é a busca utópica de uma realização plena enquanto pessoa?

Talvez aqui podemos recorrer a noção de Sujeito Psicológico apresentada por JEAN-MARIE DOLLE, apresentada por MOREIRA (1997), para lidar com a questão de identidade de gênero nos processos de paternidade e maternidade, onde é enfatizada a articulação que existe entre cognição e a afetividade. Nesta perspectiva, o Sujeito Psicológico seria um sistema composto por quatro elementos - sujeitos biofisiológico, afetivo, cognitivo e social - que estariam em constante interação com o meio e entre si. Também o meio seria composto de três elementos: Pessoas ou Sujeitos, Objetos naturais e artificiais e Regras Institucionais (também em constante interação). Assim, o Sujeito Psicológico não é, apenas, influenciado (como um sistema biofisiológico, afetivo, cognitivo e social) pelo meio, mas atua sobre o meio, modificando-o, manipulando-o e até dando-lhe outra significação!

*"O sujeito psicológico fica então caracterizado como um sujeito histórico, que não pode ser destacado de seu meio porque isto acarretaria a eliminação do sujeito social, prejudicando o equilíbrio*

*interno do sistema e, por outro lado, desconsiderando sua interação ativa com o meio.*

*Ao discutir aspectos da socialização primária, DOLLE (1993) mostra que a criança não se socializa e, portanto, não se torna sujeito, sem transformar e ressignificar os conteúdos de seu meio que já lhe são prévios. Desta forma o autor destaca o caráter interacionista de sua concepção de sujeito psicológico uma vez que este sujeito é ativo em relação ao meio." (MOREIRA, 1997, p.21)*

Então, caso analisemos o trabalho dentro desta perspectiva do Sujeito Social, não estranharíamos que haja uma articulação entre e a identidade como um conceito básico para a compreensão da realidade subjetiva (como o fazem BERGER E LUCKMANN, 1976) e a constituição da subjetividade do trabalhador, e mesmo sua articulação com o seu sofrimento psíquico, enquanto estratégia de "interagir" e "agir" sobre si e sobre o seu meio (como defende DEJOURS, 1988).

**De um modo geral, podemos dizer que, independentemente do modelo interpretativo adotado no decorrer da história, a força exercida pelo papel de trabalhador, na constituição da identidade do sujeito, só seria comparada a da diferenciação sexual e a da família (tanto nos vínculos afetivos, quanto em relação às relações de parentesco).**

Retomemos aqui a seguinte questão: se é possível pensar a realização profissional enquanto desejo? De antemão, sabemos que o nosso desejo baseia-se na falta do já ter tido (na medida em que nós já teríamos experimentado alguma satisfação no passado) ou na incompletude do presente, buscando, em ambas as situações a sua realização no futuro. Neste sentido, o desejo estaria ligado a busca de completude do ser, à sua própria realização. Busca esta que sofre "desvios", "deslizamentos", propiciados pelo social e que oferecem ao sujeito uma "promessa de realização" futura (que vem a ser a "ilusão fundamental" das organizações

e da busca de uma identidade). Talvez esteja, justamente, aí o entendimento do sentido e amplitude da antiga e sempre atual pergunta: o que você vai ser quando crescer? No sentido de que só seremos alguém, quando formos reconhecidos socialmente através de uma identidade profissional.

Podemos, então, afirmar que **existe um elo de ligação entre a busca de realização do sujeito e a identidade profissional**, no sentido da obtenção de uma identidade (pelo reconhecimento mútuo, consigo mesmo e pelo outro) ser vista como uma possibilidade de se organizar como um todo completo, ou vir-a-ser quando "crescer e for alguém". Assim, a identidade, enquanto coisa virtual que orienta nosso comportamento, direcionando nossas ações ( como um padrão a ser alcançado) explica sua eficácia enquanto mecanismo de controle social, por sinalizar com uma possibilidade de realização (mesmo que utópica!), ou completude, a ser alcançada desde que... sejamos "bons sujeitos", como diria ALTHUSSER, ou servindo de "mapa rodoviário", como diria GEERTZ (como se fosse um *tipo particular de ideologia*).

Sabemos, ainda, que a atribuição e reconhecimento de uma identidade profissional pode ser vista como mais um mecanismo de regulação social, no sentido de orientar as práticas profissionais em função da organização social. Também, pode funcionar como um "analisador" natural (não construído a priori, com objetivos definidos pelo seu exterior) das relações sociais de uma determinada sociedade e de como cada membro desta sociedade se relaciona com esta identidade, a nível de produção e reprodução das demandas profissionais, em particular.

Deste modo, cada identidade profissional articula-se com a produção da demanda do profissional (por reconhecimento, remuneração, sentimento de realização, etc... ) a demanda

por seus "serviços" (aquilo que ele oferece ao outro diretamente ou indiretamente através das práticas organizacionais). Sendo assim, tentaremos explorar um pouco os possíveis reflexos da identidade profissional em duas categorias, que estão sendo abordadas em nosso estudo: **os funcionários públicos e os psicanalistas.**

## 2.5 - Os funcionários públicos e sua identidade: em busca da segurança perdida?

O funcionário público é como um caleidoscópio de várias faces: reflete a própria instituição para o público e é, ao mesmo tempo, um reflexo dela mesma! Isto para não falar que, também, é um cidadão como qualquer outro. Assim, para entendermos a identidade do funcionário público, ou melhor, a sua atual "crise de identidade", devemos olhar estas várias perspectivas desse "caleidoscópio".

Na formação da identidade do funcionário público há uma sobreposição entre a identidade profissional de especialista (médico, psicólogo, etc...) e a de ser servidor público, implicando numa exigência/expectativa de comportamento para além das expectativas técnicas do cargo ou da própria organização onde trabalhe (hospital, por exemplo). Como "servidor público", com uma função pública, deve garantir o direito ao exercício da cidadania ao outro, e a si mesmo enquanto cidadão.<sup>3</sup>

Logo, a denominação de funcionário público não é um atributo de uma categoria profissional especializada (tal como engenheiro, médico, etc...), nem tampouco uma classe de trabalhadores definida pela atividade de produção econômica (tal como metalúrgicos, trabalhadores da construção civil, etc...). É por servir ao Estado e dele obter sua remuneração e, em última instância, servir ao público que o funcionário público se define.

AUBERT e PAGÉS (1989), ao estudarem o stress profissional numa companhia estatal francesa de transportes urbanos, salientaram a "dupla imagem" que as empresas estatais oferecem aos seus empregados - ao mesmo tempo que são vistas como organizações

---

<sup>3</sup> Isto pode melhor ser entendido quando nem sempre a formação profissional específica (advogado, engenheiro, economista, etc.) é uma qualificação específica exigida nos concursos públicos, que, na maioria das vezes, distingue apenas o nível superior do nível médio, em termos de escolaridade.

sociais de produção capitalista, são também uma organização pública à serviço do estado - e a sua importância nos conflitos de identidade.

Podemos, então, nos perguntar se a identidade do funcionário público não seria um determinante naquilo que podemos chamar de "sentimento de realização"? Poderíamos dizer que sim, na medida em que a sua identidade profissional, e com ela a construção de ideais de realização profissional e pessoal, é determinada por uma intervenção num campo duplo que é o seu próprio espelho duplo. Ousariamos dizer, que ao funcionário público é pedido que sua realização seja a realização do outro, igual a si mesmo, ambos cidadãos!

Por outro lado, sabemos que existem representações sociais do que seja o funcionário público. Neste sentido, não é incomum ouvirmos falar da busca de um "emprego público" (numa oposição ao sentido de um "trabalho", enquanto produção), como forma de garantir um ganho fácil ou uma "segurança", mesmo que seja a segurança dos pais verem seus filhos "garantidos" na vida (tal como, outrora, um emprego no Banco do Brasil pudesse ser o emprego almejado por todos!), já que foram "adotados" pelo estado (que nunca os rejeitarão ou os despedirão).

Antes que possamos tentar analisar melhor estas questões, temos que nos deter um pouco na representação social das instituições públicas brasileiras e sua relação com a identidade do funcionário, de modo que, possamos tecer melhor esta rede de sustentação simbólica do desejo de ser funcionário público.

MATTOS (1990), quando analisa a "falência" das instituições públicas no Brasil, ressalta que:

*"... O sentimento que temos hoje é de que a máquina administrativa do estado não tem tido condições de responder pelo papel que se espera do estado, como se a nossa máquina, de uma maneira gera, tivesse sido quebrada, praticamente destruída, destroçada nesse processo. Nós*

*cidadãos não acreditamos mais muito, por exemplo, que a saúde pública funcione nesse estado, que o ensino funcione, nem que a justiça funcione(...) Além do estado, a máquina do estado também está falida. E fico imaginando as pessoas que vivem dentro da organização (...) Pergunto-me como é que essas pessoas procuram se referenciar, do ponto de vista funcional (como é que eu funciono como funcionário público, com o compromisso que a máquina administrativa do estado deveria ter)(...) Certamente começa aí a questão da falta de identidade, da dificuldade de encontrar modelos de efetividade para que essa máquina funcione, do mesmo modo que o próprio funcionário se posicione..." (MATTOS, 1990, p.35)*

Por outro lado, essa falência das instituições (que pode ser em parte creditada ao seu sucateamento material e moral por parte dos seus dirigentes, nesse mar de escândalos administrativos que vemos todos os dias nos meios jornalísticos), traz conseqüências em relação à representação social do funcionário público, o qual passa a ser visto ou identificado como causa desta falência (como "bode expiatório") e como MATTOS (1990) bem aponta:

*"... Essa relação de causa-efeito (quem é que faz a máquina não funcionar é o funcionário, ou quem é quem não oferece modelos de referência para que o funcionário se posicione), essa é uma discussão que, pela mídia atual, os funcionários já perderam e, com isso, perderam mais uma coisa; começaram a aparecer, oficialmente, na imprensa, e na mídia mais popular como pessoas relapsas, incompetentes, descomprometidas, etc. Portanto existe a possibilidade de uma identificação, hoje, no nível de nossas organizações, essa identificação construída pela mídia, é negativa. Isso significa que as pessoas não têm condições de se identificarem hoje com essa figura do funcionário público que está sendo divulgada." (MATTOS, 1990, p.34)*

Estas observações de MATTOS, apesar de darem ênfase ao aspecto do **funcionamento da máquina estatal**, nos trazem uma luz sobre o papel das instituições públicas na formação da identidade do funcionário público na atualidade brasileira. Instituições, estas, que se oferecem como modelo de falência da construção de um ideal coletivo positivo, representam, ao contrário, a própria dissolução da possibilidade de uma

intermediação simbólica institucional "positiva" (no sentido de pelo o menos não promover a destrutividade).

Grande parte dessa identificação do funcionário público com a própria instituição, ou melhor, a organização onde desenvolve sua prática, é facilitada pelo fato dos dirigentes se colocarem, eles mesmos numa posição de "donos do estado", ou melhor, numa postura despótica onde "o estado sou eu"! <sup>4</sup>

FREUD, em *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (FREUD, 1921), já alertava para a possibilidade de um líder poder vir a ocupar o lugar do ideal coletivo, corporificando em si a lei. Ora, se analisarmos o despotismo, enquanto forma de governo, veremos que se trata de um governo onde os ideais comuns se identificam com o ideal do líder despótico, o qual também se apresenta como representando o ideal de todos e onde até o seu desempenho físico e esportivo podem simbolizar o desempenho do Estado! Ao se colocar, enquanto pessoa como representação (e encarnação) do próprio Estado, estaria negando a possibilidade de uma intermediação simbólica da lei consensual, tal com a própria Constituição do Brasil, a qual as instituições e seus dirigentes devem representar. Logo, o público e o privado passam a ser uma coisa só, pois são condensados na figura do déspota, que, por sua vez, pode ver nos seus interesses pessoais os interesses do Estado ou, no mínimo, uma certa "concordância perversa", expressa em ditos populares como "rouba para si, mas faz por nós".

Desta forma, os funcionários e as organizações aonde trabalham (e não são donos!) podem ser identificados como uma coisa só. Mais ainda, reciprocamente, aos serem confundidos com a própria organização (ou com o Estado), podem também confundir sua

---

<sup>4</sup> MARILENA CHAUI, num debate que assistimos e, posteriormente, no seu artigo sobre o público, privado e despotismo (CHAUI, 1992), enfatizou que um dirigente ao associar suas características pessoais ao desempenho da sua função pública, estaria confundindo a esfera pública com a esfera privada e traria como consequência o despotismo como prática de governo.



vida privada com a função de funcionário público, retroalimentando o circuito identificatório despótico iniciado pelos dirigentes e alimentado por uma certa impunidade social.

Devemos considerar, também, que aqueles que lá trabalham terão seus papéis sociais ditados a partir da demanda dos governantes e dos anseios populares. Se as representações, acerca destes funcionários públicos, forem coerentes entre estes dois seguimentos (os cidadãos e os governantes), a possibilidade da identificação com o papel social será maior. Caso contrário, como vimos, estaríamos falando de uma crise de identidade, com repercussões no modo como o trabalhador pode ser visto pelos outros e como se vê a si próprio.

Retornemos, então, a pergunta anteriormente feita: mas onde fica a questão da realização profissional e sua relação com o desejo? Talvez, deslocada para a pseudo-segurança financeira (já que atualmente os salários públicos andam em baixa) ou o status social (que também não corresponde mais às posições mais elevadas do reconhecimento social) ou será uma questão de altruísmo? Enfim, já que o funcionário público não é uma "especialidade profissional", no sentido de uma prática articulada a uma formação e saber específico, qual a articulação possível com a realização do sujeito, enquanto uma positividade, ou será que estaríamos falando da produção de um desejo de não-vir-a-ser? Ou da frustração, da sublimação ou da perversão? Estas questões nos levam a pensar como lidar com a relação entre a identidade profissional numa prática clínica. Mas, exploremos um pouco mais esta questão, agora a partir da identidade do psicanalista.

## 2.6 - Identidade do psicanalista e sua formação

O propósito aqui é analisar a inserção do psicólogo/psicanalista, enquanto trabalhador, tomando-o na sua relação com o seu ofício e como se produz uma subjetividade própria de ser "psicoterapeuta", que pode levar (levando-o) a ver o seu cliente a partir da imagem de si mesmo, inclusive quanto ao papel desempenhado pelo trabalho nas suas vidas.

Pensar a questão da formação (ou constituição) do profissional psicoterapeuta, que toma a psicanálise como teoria orientadora de sua prática, é ter em conta a existência de um "sujeito do inconsciente", onde o sujeito é onde não está, e só se torna sujeito social quando se supõe um "sujeito do ideal". Mais ainda, todo social é fundado na inibição pulsional e na ilusão da realização do desejo e onde o próprio conceito de classe social, assim como da própria identidade profissional, podem funcionar como mecanismo de inibição pulsional, na medida em que representam uma das possibilidades de realização do sujeito (pelo reconhecimento do Outro). Assim, antes de passarmos a discutir a questão da formação do profissional, temos que rever a questão dos ideais, enquanto determinantes do desejo de ser analista / terapeuta.

Para CARVALHO (1994), a questão a ser pensada é que, tal qual o analisando demanda um retorno a uma posição fusional (própria das identificações tipo ego ideal) e que durante o processo cede lugar a passagem para a condição da falta, lugar do Ideal do Ego, o analista em formação também demandaria de sua instituição e de seus mestres algo semelhante:

*"Logo de início, o sujeito pode buscar uma identificação com o modelo de mestre que lhe garanta, à sua semelhança, o saber, e o mantenha sempre no ideal de ocupar um lugar semelhante. Retomamos aqui o paralelo metapsicológico que estabelecemos anteriormente: afirmo,*

*portanto, que na formação psicanalítica, o psicanalista assume, em relação à instituição, o lugar de analisante. Como tal, com um trajeto a seguir, passando pelos ideais. Cabe à instituição favorecer ao sujeito psicanalista sua condição de assumir a diferença e a falta no exercício de seu ofício. Não há possibilidade de "ensino", no sentido psicanalítico, se o analista não estiver na posição de analisante: aquele que reconhece seu saber como incompleto, a sua condição de falta, mas também, e talvez, sobretudo, sujeito às vicissitudes deste lugar. Como tal, passível de dor e resistências na instituição, assumindo a incômoda, porém, inevitável tentativa de funcionar no registro de ideal do ego." (CARVALHO, 1994, p.45).*

Salienta, ainda CARVALHO (1994), que qualquer idealização de "modelos de ser psicanalista" se prestaria como resistência à própria psicanálise, na medida em que alimentaria uma alienação narcísica, calcada em modelos do ego ideal. Mais ainda, aquele que tentar quebrar com o modelo idealizado, enfrentará dificuldades com a própria instituição e que:

*"... estamos aptos a afirmar que as relações entre as ocorrências do processo psicanalítico, além daquilo que envolve analista e analisante, se articulam de alguma forma com a relação estabelecida entre o analista, seus pares e o modelo de busca do saber psicanalítico que adotou. Trata-se, pois, da própria constituição do saber psicanalítico ou, se preferirmos, da própria "formação" dos psicanalistas" (CARVALHO, 1994, p.38)*

Postura semelhante adota FIGUEIRA (1996), quando defende a idéia de um "superego técnico psicanalítico".

*"Até mesmo nos dias atuais, a dissecação da mente do psicanalista facilmente mostra que, entre o ouvir e o interpretar, há sempre um superego técnico psicanalítico que varia em estrutura e funcionamento de analista para analista, mas que, no entanto, tem sua origem na importante codificação que Freud fez do seu primeiro superego técnico psicanalítico. Os sentimentos de culpa que muitos psicanalistas sentem quando se dão conta que quebraram algum princípio diretriz de sua técnica, o medo que pode tomar conta de um analista se ele ousar ir além de certos parâmetros técnicos, e a inércia que caracteriza a maior parte dos psicanalistas quando têm de aprender um estilo*

*técnico que é diferente do seu próprio. São exemplos de fenômenos superegóticos que podem facilmente impedir o próprio desenvolvimento do processo psicanalítico. " (FIGUEIRA, 1996, p.62)*

FIGUEIRA (1996), argumenta que tal superego técnico, fomentado desde os clássicos "escritos técnicos" de FREUD (elaborados entre 1911 e 1915), se fundamenta na indução de uma identificação egóica com o analista "bom e médio" e uma identificação superegótica com o próprio FREUD e suas regras, que seria o único psicanalista a poder quebrar as regras, já que foi o primeiro, o Criador!

*"Esta situação é também responsável por um contraste típico no campo psicanalítico entre o psicanalista que cegamente segue o Mestre de cujo amor e aprovação ele depende para se sentir um analista, e o psicanalista que, invejando Freud, não vai se conformar com nada menos que ser o próprio Mestre, tirando assim uma psicanálise da sua própria cabeça, sem qualquer referência sistemática ao solo comum de regras e linguagem que constituem o superego técnico partilhado.*

*Em outras palavras, o psicanalista pode se identificar ou com o não-criativo seguidor de um Mestre (o discípulo), ou com o Mestre que está acima da lei (as regras técnicas). Neste sentido, o modo de Freud estabelecer o superego técnico psicanalítico contém, através de um caminho identificatório alternativo, a possibilidade de sua própria negação. " (FIGUEIRA, 1996, p.68)*

O superego técnico controlaria o psicanalista de três modos: através da "regra fundamental da psicanálise" (a "associação livre", que submete o paciente ao controle do analista, fazendo-o dizer tudo o que vem a mente, e ambos ao superego técnico!); ao exigir a "atenção flutuante" por parte do analista, (interferindo no funcionamento ordinário da memória e da atenção do analista) ;e, finalmente, controlar o que veio a ser chamado de "contratransferência" (eliminando sentimentos e desejos em relação ao paciente, colocando-se como "espelho" ou mesmo numa "atitude de cirurgião"). A razão desta preocupação em controlar a mente do analista estaria na necessidade de se evitar "acidentes" causados pelo

desconhecimento do método psicanalítico por alguns de seus praticantes, e que viessem a desqualificar a psicanálise ,enquanto método de tratamento. Assim, FREUD teria buscado em suas recomendações técnicas um maior "controle sobre as interferências indesejáveis por parte da mente do analista" e, também, indiretamente estaria inaugurando o campo da ética psicanalítica! Ressalte-se, que o texto citado de FIGUEIRA (1996), analisa apenas o período de escritos freudianos ,onde a questão da análise de formação não havia ainda sido colocada, assim como o próprio sistema de formação que hoje conhecemos, calcado na análise pessoal, no aprendizado teórico e na supervisão.

Assim, as recomendações técnicas de FREUD se fundamentavam na perspectiva de que toda manifestação emocional do analista, provocada pelos seus pacientes, seria perigoso para o processo terapêutico, por isso deveria ser evitado ou controlado. As recomendações técnicas de FREUD estariam mais como "proibições" do que como orientações, do que poderia ser feito. Neste sentido, visariam também "proteger o analista" (e a psicanálise) de possíveis vicissitudes do processo.

A consequência de uma postura onde se deve evitar as próprias emoções, pode ser a culpa, ao perceber que o paciente provoca algo no analista, que o "defeito" é do analista e de sua "análise", que não foi (ou não está sendo) suficientemente abrangente e profunda, deixando-o ainda sujeito a coisas deste tipo!

Por outro lado, ao valorizar-se a postura da "associação livre" e do que é dito apenas sobre estas condições durante a sessão, pode levar a uma supervalorização da análise do discurso (do que está por trás do que é verbalizado), em detrimento de uma escuta que, também, leve em conta outros níveis de comunicação, que possam, também, esclarecer

significados ocultos e que afetam a própria relação terapêutica, ou até mesmo a relação interpessoal.

O que FIGUEIRA (1996), conclui é que o fato de se privilegiar determinadas condutas por parte do analista, não deveria ser atribuído à capacidade do próprio analista em sentir emoções ou estar atento a outros níveis de comunicação (o que também poderia ocorrer e onde a análise pessoal teria papel importante), mas ao fato de que há a influência de um superego técnico.

*"Contudo, este ou qualquer outro superego técnico é sempre ambíguo quanto ao seu valor para a análise. O superego técnico psicanalítico é tão firme quanto insustentável: no fim das contas, o psicanalista que trabalha, qualquer que seja o modelo psicanalítico que tenha abraçado, está simplesmente condenado a usar a sua personalidade a maior parte, se não todo o tempo de uma análise, se quiser realmente analisar. Com exceção dos que oscilam entre ser Mestre ou discípulo, os analistas têm inevitavelmente que criar para além do limite de qualquer regra herdada de qualquer autoridade que seja - e isto certamente os colocará em conflito com as demandas de qualquer superego técnico psicanalítico." (FIGUEIRA, 1996, p.80)*

Assim, a semelhança da postura adotada por CARVALHO (1994), é ressaltada à questão da própria resistência que a psicanálise, tomada como instituição, oferece àqueles que buscam operar a partir de um "ego criador". Mas, será isto típico da instituição psicanalítica ou um movimento constituinte de todas as instituições? Na medida que a repetição do mesmo é uma das possibilidades de estruturação das organizações, do reconhecimento de uma identidade de seus membros e da própria representação institucional, como vimos anteriormente, quando analisamos o sujeito e as instituições sociais, podemos afirmar que este movimento de manter o instituído e resistir ao instituinte é própria da dinâmica de todas as instituições.

O fato é que, como salienta KAËS (1991), existe uma realidade psíquica mobilizada, trabalhada ou paralisada e até mesmo apoiada pelos fatos e existência institucional.

*"... Com efeito, aquilo que em cada um de nós é instituição - a parte mais indiferenciada de nossa psique, bem como as estruturas de simbolização - está engajada na vida institucional, para o duplo benefício dos sujeitos individuais e do conjunto concreto que formam e do qual são parte ativa, para seu benefício e para seu prejuízo, ou sua alienação. Sobre o fundo de outros níveis da realidade na instituição, resulta uma vida psíquica característica do vínculo e do lugar institucionais, um "clima" típico de cada instituição: aí se conjugam a história e a estrutura da instituição, a natureza e as imposições da sua tarefa primária, a infra-estrutura inconsciente que as suas relações organizam visando satisfações que dela podem ser auferidas. Mas, muitas vezes, o estudo dos processos e das estruturas psíquicas das instituições só é acessível a partir do sofrimento que aí se experimenta, o qual apresenta alguns aspectos que dizem respeito a uma verdadeira patologia da vida institucional. " (KAËS, 1991, p. XVI)*

KAËS (1991), resgata o sofrimento do sujeito nas instituições, como uma via de acesso aos próprios processos e estruturas institucionais - tal como FREUD também se utilizou do sofrimento psíquico para explicar a normalidade -, postura, esta que não se opõe à idéia das resistências enfrentadas pelos psicanalistas descritas anteriormente por CARVALHO (1994) e FIGUEIRA (1996), já que a instituição revelar-se-ia quando se tenta fugir as suas regras, ao seu enquadramento, tal qual no processo psicanalítico, quando o enquadramento fornece meios de análise da resistência do cliente. Aqui, em sentido inverso, a resistência não tem sido vista como parte do analista, mas sim como parte da instituição. Talvez, o que possa unir os dois, o analista e sua instituição seja a análise do resistido, no sentido que ambos lutam para evitar a catástrofe imaginária, que seria a desagregação institucional e o desamparo do indivíduo, por isso devem se sujeitar as regras!

Assim, a manutenção do próprio sujeito e da sua identidade é em parte atribuída as instituições, daí porque os sujeitos "se sujeitam" a elas, para evitar a dor da ferida, buscar seus benefícios e, no caso dos psicanalistas e suas instituições:

*"Ao mesmo tempo que os conceitos e a prática da psicanálise nos esclarecem na nossa tentativa de refletir sobre os riscos psíquicos da instituição, surgem obstáculos específicos para se elaborar o status psicanalítico da questão da instituição. Minha hipótese é que as dificuldades para conceber psicanaliticamente a própria instituição psicanalítica estão ligadas com as que aparecem quando tentamos articular a ligação da instituição como os processos e as formações do inconsciente, com as subjetividades que a ela correspondem, e com os espaços psíquicos comuns que ela pressupõe e forma. Conceber psicanaliticamente a instituição psicanalítica consiste em descobrir, no campo do trabalho psicanalítico, o que do inconsciente e dos seus efeitos está ligado pelos analistas na instituição que eles formam e em estabelecer os efeitos disso na prática e na teoria. " (KAËS, 1991, p.5)*

Desta forma, retorna-se ao impacto da instituição de formação e filiação do psicanalista na sua prática. Para além do impacto do seu próprio "inconsciente individual", haveria o efeito provocado pela ligação da instituição com os processos e formações do seu próprio inconsciente, como tentaram demonstrar CARVALHO (1994) e FIGUEIRA (1996), com relação ao papel dos ideais e dos processos identificatórios inerentes à formação psicanalítica em instituições.

A importância na demarcação (ou desestabilização, desnaturalização?) do lugar do psicanalista ocupou grande parte dos trabalhos desenvolvidos no XV CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICANÁLISE, realizado em 1995, na cidade do Recife - PE, e patrocinado pela Associação Brasileira de Psicanálise (filiada a International Psychoanalytic Association). O tema "*O Psicanalista: Um Artífice e os Limites de Sua Identidade*", suscitou a apresentação de dez trabalhos, que reforçam a idéia da importância da análise pessoal, da supervisão, dos cursos teóricos na formação da identidade do psicanalista e do lugar de



"terceiro" que a instituição psicanalítica assume em cada um desses níveis (como se fosse uma "sombra" que controla os ideais de relação e desempenho individual).

Artigos, como os de ROCHA (1995), enfatizam a análise pessoal como pedra angular da formação do analista, na medida em que ,cabe ao analista levar o seu cliente a uma travessia da castração e que só o conseguirá, se já tiver passado por esta experiência, a de aceitar a passagem do ego ideal para o ideal de ego.

CABRAL (1995), resgata as preocupações de HERRMANN (1993), quanto ao efeito de sugestão que a análise didática pode ter na formação do psicanalista. Esta, quando aliada à transmissão dos conceitos, pode levá-lo a um submetimento teórico, por tender a acreditar em tudo que aparecer em sua análise, que seria, desde já, submetida a um repertório lingüístico da teoria dominante em sua instituição, e da qual o seu analista-didata seria como um porta-voz. Este processo poderia estar apontando para as mudanças psíquicas, que se processariam durante o processo de formação do psicanalista, onde a sua identidade seria constituída pela substituição do ideal do ego, pelo ideal do grupo.

MELLO (1995), refere a este processo como uma falha institucional, decorrente do fato de que grande parte dos candidatos, que buscam análise didática, estariam movidos por uma transferência à instituição, e não pela escolha de um determinado analista. Aponta com isso, que o risco não estaria no fato de o candidato, às vezes, ter que trocar de analista para satisfazer às exigências formais da instituição, mas sim quando:

*"... o candidato entra em análise sem ter respeito pelo seu didata ou pela instituição à qual decidiu afiliar-se apenas para atender aos requisitos de formação. Mesmo que seja conveniente trabalhar-mos no sentido de evitar a imposição dos nomes de analistas que são didatas a um analisando, ainda assim acredito que tal indicação não nos impeça de chegar aos fantasmas que o assombram e a obter um melhor "ajustamento" da sua identidade. A dificuldade está em que raramente*

*se consegue distinguir quem faz da análise didática um instrumento eficiente da sua resistência à psicanálise.*

*A transferência com a instituição torna-se perigosa para o candidato apenas quando as demarcações peculiares ao setting analítico forem confundidas com as exigências dos regulamentos da própria instituição. Neste caso o analista estará a tal ponto identificado às normas do grupo que ele deixará de ser analista para "virar didata". (MELLO, 1995, p.472)*

Assim, levanta-se a questão que a análise didática, ao exigir uma postura que favorece os modelos identificatórios que se confundem com os regulamentos da instituição e que requerem do candidato um certo "ajustamento da sua identidade", pode servir de resistência à psicanálise.

Mais ainda, caso se considere que para o candidato o seu sintoma é ser psicanalista, instituir prazos para o encerramento da sua análise didática seria uma violência, na medida em que:

*"... Nossa análise não se encerra quando a análise didática termina: ela prossegue na clínica, através da experiência com os analisandos. Ela continua através do que estudamos ou ensinamos, porque ela passa a ser uma maneira de viver. É quando nossa forma de amar se modifica e o que antes somente se expressava como repetição na transferência pode agora ganhar o mundo, na plena disponibilidade de quem se acertou com seu desejo e não teme as conseqüências dos seus atos. " (MELLO, 1995, p.473).*

Ressalta-se aí, que o tempo do indivíduo nem sempre é o tempo da instituição e, no caso da formação dos psicanalistas, o tempo de analisar é infinito, pois o ser psicanalista é estar permanentemente aberto à análise.

Ter uma postura de estar permanentemente aberto à análise, implica em saber diferenciar qual a "verdade" que se busca e o quanto de "criação" do analista está envolvida neste processo. MELLO (1995), fala-nos que numa visão determinista (o analista descobre

um objeto pré-existente, e o presente é causado pelo passado), de uma visão hermenêutica-criacionista ( onde o analista cria um objeto novo e o presente dá sentido ao passado e o faz existir) e de um terceiro caminho, proposto por LAPLANCHE, onde o que se processaria, seria uma "tradução" das "mensagens enigmáticas" características da realidade psíquica, facultando a obra transferencial somente ao analisante, demonstrando assim que não existiria uma obra feita. Caso isto ocorra, seria o analista aparecendo como o resultado da análise.

*"Para LAPLANCHE, a reconstrução na análise é uma tarefa comum ao analista e ao analisando, ao passo que a construção é uma operação executada apenas pelo analisando" (MELLO, 1995, p.477)*

Porém MELLO (1995), prefere adotar o papel de "intérprete", no sentido adotado por STEINER para o analista enquanto artífice, na medida em que:

*"Quando STEINER descreve a atividade do intérprete, ele está falando daquilo que acontece quando LIZST interpreta BACH, ou CHPMAN traduz HOMERO, mas entendo que o psicanalista também está livre para desenvolver esta qualidade de intérprete. A matéria-prima da sua interpretação não consiste dos artigos de FREUD, de KLEIN ou de LACAN porque isto promove apenas novos discursos secundários, mas ela nasce da experiência viva de contato entre analista e analisando. São analistas aqueles que respondem como intérpretes ao que ouvem dos analisandos e que engajam sua vida neste processo. "(MELLO,1995, p.476)*

Assim, o que é interpretado não seriam as obras dos teóricos da psicanálise, fazendo o analista retroceder a uma identificação com o mestre, mas sim o material que se apresenta no campo transferencial, do qual o analista e seus conhecimentos também fazem parte, bem como, as próprias construções do analisando; sem elas as interpretações não teriam valor algum.

Se, então, a relação que o sujeito guarda com o seu trabalho é determinante de possíveis crises de identidade, se a busca por uma identidade profissional também determina a relação que o sujeito terá com o seu trabalho, e se as instituições de formação e de filiação têm um papel fundamental na manutenção dessa identidade, chegamos a poder estabelecer uma relação entre o trabalho e a saúde mental, que têm em conta a representação do eu como fundamental.

### 3- A CLÍNICA PSICANALÍTICA E OS CONVÊNIOS

Ao tentarmos abordar a questão do método da psicanálise, temos que salientar que partimos do pressuposto, que na psicanálise não existe uma neutralidade valorativa; ao contrário, seus conceitos são marcados por uma certa "historicidade", e refletem não apenas o "espírito do tempo", mas também o "espírito do lugar". Mais ainda, com a crescente complexidade do campo psicanalítico contemporâneo, temos observado uma necessidade cada vez maior de definir o que é ou não psicanálise pela demarcação da filiação teórica aos grandes mestres (seguidores e dissidentes de FREUD) e suas instituições.

Muitas vezes, a prática clínica é relevada ao segundo plano deixando de se verificar a sua adequação aos problemas a vida cotidiana atual, como BERLINCK (1988), dez anos atrás, alertou sobre a existência e o perigo de simplificação de uma postura "militante", de uma atitude "confessional" dentro da psicanálise. Isto evidencia-se, pela tentativa de se estabelecer os limites da psicanálise pelos discursos dos mestres e seus discípulos, ao invés de se tentar uma reconstrução metapsicológica a partir de e em função de uma prática cotidiana. Esta postura teria repercussões na própria escuta analítica, fazendo com que os clientes de analistas "kleinianos" associem "kleinianês", os clientes de "lacanianos" sejam "lacanizantes", etc.

*"... A escuta psicanalítica é sempre limitada e uma das questões que se coloca ao psicanalista é a da constante busca dos limites de sua escuta. Assim, fazer com que um cliente sonhe em kleinianês ou em lacanês é questão que requer análise... em bom português.*

*(...)A escuta do psicanalista não é só limitada: ela engendra um discurso que pretende atender o desejo do analista e, por isso, se constrói em função de um sintoma. E disso não se escapa. E já que assim é, cabe, afinal, ao psicanalista pensar sua clínica... "*  
*(BERLINCK, 1988, pp.17-18)*

Já que o desejo (inconsciente) do analisando é sempre o desejo do Outro, e se esse outro vem a ter uma "escuta impura", o desejo do analisando atenderia, pois, a esta "escuta impura". A fala do analisando retornaria não como um reflexo de si mesmo, mas como uma imagem distorcida, como um reflexo da "escuta impura", produzindo-se, aí, uma estrutura discursiva "iana" (kleiniana, lacaniana, etc. ), de acordo com a identidade do analista.

O próprio FREUD (1938), no texto *Esboço de Psicanálise*, ao colocar a experiência analítica como uma oportunidade de "pós-educação do neurótico"(baseada na relação de transferência, onde o analista pode vir a ocupar o lugar do Superego), faz uma advertência sobre os usos dessa situação em relação a tomar-se o analista como modelo identificatório;

*"... Por mais que o analista possa ficar tentado a transformar-se num professor, modelo e ideal para outras pessoas, e criar homens à sua própria imagem, não deve esquecer que essa não é a sua tarefa no relacionamento analítico, e que, na verdade, será desleal a essa tarefa se permitir-se ser levado por suas inclinações. Se o fizer, estará apenas repetindo um equívoco dos pais, que esmagaram a independência do filho através da influência, e estará simplesmente substituindo a primitiva dependência do paciente por uma nova. Em todas as suas tentativas de melhorar e educar o paciente, o analista deve respeitar a individualidade deste. " (FREUD, 1938, pp.202-203)*

FREUD salienta, neste texto, apenas o impacto da atitude do analista para com o analisando, e não quais motivos podem levar o analista a ser tentado a se colocar como modelo para o seu analisando. Sabemos que, no entanto, por trás do método psicanalítico, que prescreve o que fazer no ato analítico, existe a questão da "equação pessoal" do analista, ou seja; como diminuir a influência do próprio inconsciente do analista no processo?! Tal assunto foi explorado por nós no capítulo anterior, ao nos determos na questão da identidade e formação do analista (item 2.6) e, por isso, não o abordaremos aqui. Salientamos, no entanto que, para além dos pressupostos teóricos, levantados por BERLINCK (1988), e do processo

de sedução/identificação do cliente aventados por FREUD (1938), existe o analista enquanto sujeito do inconsciente e suas motivações, como determinantes do processo.

Quanto ao papel da teoria e sua relação com a experiência analítica, BERLINCK (1988) salienta que não devemos confundir o estabelecimento de uma identidade da experiência através da teoria, de uma "correlação epistêmica", que assegure os limites da psicanálise, daquilo que seria refletir a clínica enquanto uma realidade que nunca é dada, mas sempre se apresenta numa "totalidade transcendental". No entanto, é também possível apreender a clínica como um objeto (de *ob-jectum*, que se confronta com o sujeito) de subjetividade na sua "cotidianidade", ou seja, que as experiências possam ser vistas como problema e não como hábitos.

O que permite pensar a clínica psicanalítica, de acordo com BERLINCK (1988), é a sua "estrutura normativa" (a livre-associação; a escuta equi-flutuante; a abstenção; a repetição do ato psicanalítico; a transferência; a interpretação) por um lado, constituindo um "dispositivo" (que inclui o enquadre) e, por outro lado as discrepâncias na experiência do analista, introduzidas pelas vacilações da estrutura normativa. Estas discrepâncias deveriam ser consideradas como um "enigma" da "cotidianidade" instituída da clínica, que aproxima o analista da estrutura normativa (quando busca auxílio dos dispositivos psicanalíticos para dar sentido a sua experiência) e, ao mesmo tempo, transforma-o em um "desviante" (quando tenta questionar seus dispositivos e teoria).

Ora, ao considerar a estrutura normativa com algumas premissas (livre associação, a transferência, etc. ), BERLINCK (1988) nos induz a refletir que a "cotidianidade" da clínica ao ser analisada se submeteria a estes parâmetros definidores dos limites normativos. Sem dúvida é um caminho, talvez não o único, mas temos que considerar que o ato analítico é constantemente "invadido" por situações que o cotidiano coloca, e que nem sempre dependem

exclusivamente do analisando. Sendo assim, pretendemos abordar a questão do método da psicanálise a partir de sua "cotidianidade" em geral e, em específico, sobre **"problemas"** que afetam a sua utilização dentro de um sistema de convênio de saúde: **o tempo, o pagamento, a vida profissional e a existência de um terceiro que autoriza o processo.**



### 3.1 - O tempo na psicanálise

Tendo em vista que o nosso propósito aqui, é o estudo do uso da abordagem psicanalítica pelos profissionais credenciados pelos convênios, nos restringiremos a explorar a questão do tempo na psicanálise, em relação ao próprio processo psicanalítico, com relação a sua duração, e, conseqüentemente, a sua relação com a cura e a prevenção.

A questão da duração do tratamento para FREUD (1937), quando trata da *Análise Terminável e Interminável*, está articulada de forma inevitável com a temática do próprio fim da análise e sua relação com o tipo de paciente que se está tratando, ou por que não dizer, ao modo como se concebe os próprios objetivos da psicanálise. Porém, quanto a limitação do tempo do tratamento como artifício da técnica psicoterápica, mostrava-se reticente, na medida em que o tempo necessário ao processo de elaboração, ou seja, o "*Durcharbeiten*", só é conhecido pós-facto, só-depois (*Nachtraeglich*).

*"Só pode haver um veredicto sobre o valor desse artifício de chantagem: é eficaz desde que se acerte com o tempo correto para ele. Mas não se pode garantir a realização completa da tarefa. Pelo contrário, podemos estar seguros de que, embora parte do material se torne acessível sob a pressão da ameaça, outra parte será retida e, assim, ficará sepultada, por assim dizer, e perdida para nossos esforços terapêuticos, pois, uma vez o analista tenha fixado o limite de tempo, não pode ampliá-lo; de outro modo, o paciente perderia toda a fé nele" (FREUD, 1937, p.250)*

Assim, ressalta-se a diferença entre o tempo cronológico, objetivo, e a sua não correspondência com o tempo subjetivo. Mas ainda, o tempo objetivo deve se submeter ao tempo subjetivo, pois, mesmo a manipulação do tempo objetivo, por parte do analista, pode ser "reapropriada" pelas estratégias defensivas do analisando. Mas, a questão é que desta forma haveria implícita a idéia da possibilidade de uma "completude" da tarefa terapêutica. A questão é, que tarefa é esta?

BIRMAN (1988) salienta que a discussão sobre o fim e a interminabilidade da análise, é deslocada para a discussão sobre a cura em psicanálise. Cura esta que é vista como impossível de ser atingida, quando o objetivo da psicanálise é o de "aperfeiçoamento pessoal" ou de "crescimento" e sendo a análise, por isso, interminável. Mesmo quando defendida a sua existência, a cura é inserida como uma modalidade do crescimento pessoal, ou seja, a cura seria, em si mesma, uma decorrência do "crescimento pessoal", e não uma finalidade buscada pela psicanálise.

COSTA (1978), ao refletir sobre a definição do que é psicanálise e do que seja psicoterapia, a partir de seus objetivos terapêuticos, afirma que tal postura esbarra na regra da "unidade significativa", segundo a qual o psiquismo não funcionaria como um simples aglomerado de elementos funcionando "partes extra partes". Para aquele autor, não podemos pensar nas mudanças psíquicas do sujeito, se a organização psicopatológica permanecer inalterada. Mesmo o "reforço ou fortalecimento" de defesas se submetem a esta regra, pois os mecanismos de defesa do ego são inconscientes e não dependem de aprendizagem ou reforço para se estabelecer. Quanto ao sintoma...

*"... Um sintoma é a manifestação visível e sensível de uma estrutura, é a estrutura ela mesma. Mais ainda, um sintoma sintetiza um conflito presente e uma história conflitual passada, ele é um resumo, um instantâneo da vida do sujeito..." (COSTA, 1978, p.238)*

Mas será que o sintoma, visto assim, já não é uma "leitura" que, onde a psicanálise introduz a dimensão conflitiva passado-presente, resgatando um sujeito histórico? Mas, o que dizer do sintoma para além de uma "manifestação visível e sensível de uma estrutura"?

Para BEZERRA JR. (1992), o questionamento do alcance terapêutico das psicoterapias que utilizam um tempo limitado, as chamadas "psicoterapias breves", relacionar-se-iam de certa forma, a uma "hierarquização" das psicoterapias, em função da

norma imposta pela "verdadeira psicanálise", onde a discussão da "cura sintomática" versus "psicologia profunda" tem uma grande importância. Assim, o sintoma do analisando é também tomado como um sintoma da própria psicanálise!

BRAZIL (1988), refere que a evolução da teoria psicanalítica, libertou a psicanálise do modelo biológico/fisicalista, próprio do conhecimento médico, que busca determinar com precisão os fatores patógenos das doenças e pretende a prescrição de uma cura. Ao tomar a consciência como sintoma e a própria alienação do eu, ao assumir o aforisma que "o homem não pode significar" (modelo lingüístico e semiológico de LACAN),

*"... ficamos referidos ao fato da significação que se situa numa prática e envolve analista e analisando; ficamos presos a um campo intersubjetivo que valoriza o superdeterminismo do inconsciente e a formação do objeto transferencial" (BRAZIL, 1988, p.56)*

Sendo assim, seria o analisando que constituiria o analista no ato analítico, a partir da relação transferencial impulsionada pelo desejo. O problema do diagnóstico e da terapêutica, trazidos pela psiquiatria, deve ser reconsiderado e se torna um meio de diferenciação entre a psicanálise e a psiquiatria clássica. Para a psicanálise, o sintoma é uma questão, cuja resposta não está na descoberta de um significado oculto, mas na construção de uma significação que não havia sido cogitada antes da relação analítica. Com isso, não há como referir aos objetivos terapêuticos (de "cura") que se sustentem em "soluções normativas", baseadas no normal e no patológico. O sintoma só tem sentido quando referido a uma metáfora, situado entre o desejo e a repressão (como uma solução de compromisso) e não diretamente relacionado a um dado fatural, que possa estabelecer uma relação causa-efeito aplicável a qualquer indivíduo.

Nem mesmo a noção de estrutura, advinda de uma metapsicologia psicanalítica, dá suporte para que se pense em critérios de normal e patológico, já que o próprio FREUD

(1938), no seu *Esboço de Psicanálise*, tentava explicar o funcionamento normal a partir da "psicopatologia" do cotidiano.

*"... Vimos que não é cientificamente viável traçar uma linha de demarcação entre o que é psiquicamente normal e anormal, de maneira que esta distinção, apesar de sua importância prática, possui apenas um valor convencional. Estabelecemos assim um direito a chegar a uma compreensão da vida normal da mente a partir do estudo de seus distúrbios - o que não seria admissível se esses estados patológicos, as neuroses e as psicoses, tivessem causas específicas operando à maneira de corpos estranhos. " (FREUD, 1938, p.224)*

Assim, o que orienta a ética psicanalítica, o bom tratamento, é da ordem da realização da diferença e não da busca de uma certa normalidade:

*"... Se, no início do processo, o psicanalista é para o analisando um enigma, o seu desejo é indefinido e não pode, por isso mesmo, ser satisfeito; e é na impossibilidade de se fazer objeto do desejo do analista, ou de reduzir o analista a ser objeto do desejo, considerando, ao pé da letra, a realização transferencial como impossível, que o analisando vem a se confrontar com o Outro na maior extensão do campo intersubjetivo, reconhecendo o desejo como seu e esvaziando o analista do desejo, fazendo o término corresponder à morte e ao enterro do analista (SCHNEIDERMAN). Se a psicanálise se refere sempre ao eu individualizado no seu isolamento narcísico - 'o eu é irremediavelmente alienante' - e se o sujeito só aparece no contexto intersubjetivo remetendo o Eu à verdade da sua história, delimitando cada subjetividade em uma experiência particular, então a prática psicanalítica não aceita 'soluções normativas' e não existem 'receitas ideológicas para o curso vital da estrutura edipiana', e o analista vive cada relação com qualquer analisando no modo contingente de não ter uma norma-objetivo ou uma finalização que oriente a sua prática. " (BRAZIL, 1988, p.67)*

O que dá suporte e possibilita a experiência analítica é a sua moldura, ou enquadre, que enquanto artifício, inclui uma técnica, mas também o dever ao silêncio do analista, o querer não desejar. Esta suspensão necessária do desejo do analista propiciada pela moldura (inclusive do desejo de querer curar, enquanto normatização), "fazendo-se de morto" (ou

sendo colocado neste lugar, pelo analisando!), permite que o analisando o coloque como um Outro sem nome, o grande Outro.

O analista não deve ser o modelo para o analisando, mas se referir ao processo analítico como experiência sempre inacabada, na medida que a função do desconhecimento é uma função do Eu. É impossível o Eu não estar em relação com seus objetos, mas isto é negado sempre, com a tendência de se negar a dialética da intersubjetividade, constitutiva do sujeito.

Mas isto indicaria uma impossibilidade de avaliação de resultados de análises já realizadas? Para responder a esta questão BRAZIL (1988), resgata a classificação dos critérios de cura elaborada por BALINT, em 1935, e que julga ainda atuais. Tais critérios agrupam as chamadas "mudanças estruturais" ou *grupo clássico*, que requerem uma avaliação mais exigente dos resultados, e do processo em termos metapsicológicos (FERENCZI, LACAN e BION), e as diferenciam dos critérios do *grupo romântico*, que valorizam o ponto de vista dinâmico na resolução de conflitos atuais, ou que levam em conta fatores de maturação, fatores emocionais e motivacionais. Este último grupo estaria mais relacionado com o surgimento das psicoterapias psicanalíticas, do que com a psicanálise.

*"... Neste grupo, que constrói paráfrases de resultados mais descritivos, de dinâmica, desenvolvimento e adaptação, podemos encontrar RANK exigindo a 'abreção do trauma do nascimento'; ADLER e a reação 'de compensação'; a formulação de KOVÁCS de resolução do 'fator (compulsão) de repetição', enfatizando a dinâmica do processo curativo; ou W. REICH colocando como final de análise a referência à genitalidade madura, na simplificação de se chegar 'à genitalidade plena da potência orgástica'; e o próprio BALINT na sua proposição de um 'Novo Início' na expressão e liberdade do desejo. Podemos também incluir neste 'grupo romântico' todas as outras descrições que enfatizam a cura como reparação, ou o 'efeito paradigmático' da 'cura pelo exemplo', que inclui a 'cura pela identificação' (extraordinariamente criticada por LACAN, que diz que 'as boas internalizações tendem a funcionar como tranquilizadores psíquicos, versões socializadas benignas da dinâmica mestre-escravo'); ou a cura 'pela integração' em que se restabelece o eu*

*ilusoriamente unificado na remissão de sintomas, ou ainda a cura simplesmente adaptativa de 'normalização social'. Todas essas referências a critérios de cura nos dizem sobre a ambição terapêutica de psicanalistas em uma prática social, e sobre as diferentes respostas ao fenômeno da resistência, aos fracassos e sucessos da prática clínica, determinando modificações de técnica e o surgimento das psicoterapias psicanalíticas." (BRAZIL, 1988, p. 71)*

Com isso a questão do término do tratamento, deslocada para a questão da cura, levamos a, também, ter que pensar a cura como delimitador entre as psicoterapias psicanalíticas e a própria psicanálise, o que é interior e o que é exterior ao campo psicanalítico. Sendo que as psicoterapias, ao adotarem critérios de "cura romântica", estariam "medicalizando" de volta a psicanálise, no sentido de buscarem atender a uma demanda social de remissão ou alívio de sintoma, quando não a própria adaptação como objetivo. Haveria implícito um objetivo terapêutico a ser alcançado, que atende a uma determinada demanda e, como isso, não se refere mais a produção de "significações na intersubjetividade", mas visariam atender ao objetivo pré-determinado. O reflexo se faz sentir na moldura adotada e lugar que o terapeuta irá ocupar.

*"... A diferença entre a psicanálise e psicoterapias se põe, portanto, nas suas respectivas práticas, como uma diferença de qualidade, como a diferença que se coloca na instalação da moldura terapêutica, em que o psicoterapeuta, representando uma demanda social, exerce um poder, um poder curativo, que lhe é outorgado pela sociedade, que exige dos seus membros participação na força produtiva.. O psicoterapeuta, prescrito seu trabalho na demanda social, deve pensar no fim de um processo que tem um sentido nitidamente adaptativo, de atender a uma normalidade estatística do que é prevalente no valor de como se deve ser." (BRAZIL, 1988, pp. 71-72)*

Impõe-se, aí, ter que pensar uma "demanda social", que orientaria o processo no sentido de normatização/adaptação e de uma "demanda de amor", própria do sujeito, que deve ser analisada e nunca atendida. No meio das duas se situa o terapeuta que, como um pêndulo,

oscila de acordo com a moldura adotada. A questão é se a própria "demanda social" não pode ser ela objeto de análise, inserindo-se as exigências do social e sua relação com o analista e o analisando na constituição do processo terapêutico?

GARRISON (1997) realizou uma interessante análise sobre as psicoterapias, que têm como objetivo maior a adaptação do ego ao contexto no qual o cliente está inserido. Ressalta que esta perspectiva se originou das concepções individualistas de personalidade, próprias da cultura ocidental.

*"...Because of its commitment to self-interested ego as the ultimate unit of analysis, the adaptationism model has made it difficult for psychotherapy to respond to some of the major sources of mental disorder today: isolation, meaninglessness, and depersonalization of self and others. Therapy must make a special effort to attend and respond to the person's ethical participation in constitutive relationships of several kinds." (GARRISON, 1997, p.107)<sup>1</sup>*

A terapia não deveria ter como função a adaptação da pessoa a sua "realidade material", mas sim servir como mais uma maneira de se poder refletir sobre esta realidade e como esta reflete na constituição das próprias relações humanas e no senso ético. Há que se reverter a visão utilitarista do mundo material, onde as relações são puramente contratuais e opcionais, para uma perspectiva, onde a relação com o mundo material seja essencial. Por isso, participar da sua transformação também o é. A "alienação intrapessoal", criada pelo modelo adaptativo, e suas conseqüências nas relações interpessoais, tais como a objetivação dos outros, que são vistos como descartáveis, em nome de um ego bem adaptado, devem ser revistas. A justificativa, para tal ponto de vista, está na idéia de que, tanto o mundo interno, quanto o mundo externo são constitutivos do Eu (SELF).

---

<sup>1</sup> "...Devido a sua implicação com um ego voltado para si como última unidade de análise, o modelo adaptativo tem se transformado numa dificuldade para a psicoterapia dá conta de algumas das maiores fontes de desordens mentais hoje em dia: isolamento, ausência de sentido e despersonalização do Eu, dentre outras. O trabalho terapêutico deve fazer um esforço especial para atender e dar resposta a participação ética da pessoa em relações construtivas de vários tipos". (tradução do autor deste trabalho)

Esta relação entre uma certa "realidade material" (que podemos associar a demanda social) e a "realidade psíquica" (ligada a demanda de amor, ao sujeito do desamparo) irá determinar a impossibilidade da realização de uma "prevenção" de conflitos futuros (logo de uma adaptação total) pela psicanálise, na medida em que a psicanálise não trabalha a nível de uma intervenção direta no real da existência dos analisandos, mas as interpretações se restringem àquilo que se atualiza e se evidencia na relação transferencial. Não é negado o papel desempenhado pela realidade material na vida do analisando, só que não há como o analista intervir diretamente nesta realidade, de modo a evitar o seu impacto na vida do sujeito. Caso o fizesse, estaria rompendo com a regra da abstinência, propagada por FREUD e cuja transgressão foi por ele repudiada, como no caso da técnica ativa de FERENCZI. Estabelece-se, assim, um paradoxo: ao exigir abstinência do cliente o analista estaria, com esta atitude, rompendo a própria regra de abstinência que deveria obedecer!

*"FREUD reconheceu o percurso inicial de FERENCZI na prática da atividade, considerando esta como uma inovação técnica importante no manejo do processo analítico. Entretanto, vai criticá-lo posteriormente quando a atividade vai se centrar em prescrições visando a abstinência libidinal e a produção de êxtase nos analisandos, com o objetivo de romper resistências caracteriológicas severas. Vale dizer, quando FERENCZI decide ter uma incidência direta no real da existência de seus analisandos, ao instituir ações para mobilizar a circulação libidinal na análise, FREUD não mais o acompanha. Portanto a crítica freudiana não se centra na pertinência da prática da atividade, mas na pretensão abusiva de invadir a realidade do analisando para provocar transformações na circulação libidinal e renovar a produção de representações." (BIRMAN, 1988, p.32)*

Não sendo incentivadas, e sim censuradas, as pretensões de intervir na realidade do analisando, por não serem da ordem do sujeito pulsional, resta ao analista lidar com os mecanismos intrapsíquicos, a partir dos seus efeitos, que não poderiam ser antecipados e onde a dimensão econômica do psiquismo está sempre em pauta.



*"... Assim, dependendo das condições do embate de forças, um conflito analiticamente elaborado se reapresenta na cena psíquica. A cada período em que se redistribui a libido, os antigos conflitos se recolocam e podem ser sedimentados como sintomas. O que se destaca aqui, é o poder desestabilizador de duas formas de realidade, isto é, a realidade material e a realidade psíquica. Existiria uma relação de circularidade entre ambas. Assim, a economia pulsional pode fazer exigências à capacidade de simbolização do sujeito que este é lançado novamente no seu desamparo originário. Ou, então, a realidade material potencializa o conflito psíquico, impondo demandas ao psiquismo que seriam impossíveis de articulação simbólica, colocando, portanto, o sujeito na mesma posição de desamparo. Enfim, em ambas as situações podemos indicar o poder de desestruturação da realidade pulsional, contra a qual não existe 'vacina' e muito menos qualquer possibilidade de antecipação do conflito para resolver dilemas futuros. "* (BIRMAN, 1988, p.34)

Não há, pois, como negar esta "circularidade" entre a "realidade material" e a "realidade psíquica", mas seus efeitos recaem sobre o sujeito e sobre ele se dirige a atenção do analista, sobre o "poder de desestruturação da realidade pulsional". Poder este que impede qualquer previsão de uma nova demanda de análise, já que a idéia de uma "normalidade psíquica" seria uma ficção, devido às diversas formas de recorrência da dimensão quantitativa.

*"... O conflito inesgotável entre o 'excesso' pulsional e a insuficiente simbolização do sujeito reafirma veementemente que a estrutura básica deste revela o conflito e o desamparo, condenando, então, o sujeito ao interminável desejo de saber".* (BIRMAN, 1988, pp.38-39)

Este "interminável desejo de saber" representa a inscrição do sujeito na ordem simbólica, que necessita da mediação da função paterna, e, com isso, sua entrada no registro da castração (da não plenitude) e não a sua abolição total, como pretendia FERENCZI (ao imaginar que a condição *sine qua nom* para o término do processo analítico, era que o analisando estivesse em pé de igualdade com o analista, tendo superado a sua angústia de castração totalmente).

Esta definição de um sujeito em busca de sentidos, do "interminável desejo de saber", refere a primazia da experiência individual e única, sobre o significado e valor da realidade social (realidade material), que pode apenas potencializar os conflitos psíquicos, mas não se estabelece uma relação de causalidade linear, como no modelo médico. Não há o que ser "curado", mas sim dado um sentido à experiência do sujeito, incluindo-se aí os seus sintomas.

Para LAPLANCHE (1992) é a situação analítica, o setting, que promove a centralidade da realidade psíquica. E essa situação é produto de uma permanente reinstauração do lugar analítico, não havendo por que se falar de uma "passagem progressiva" entre extra-análise para análise, no início do tratamento, ou em análise para extra-análise, no seu final. Refere que esta instauração contínua, é a de um lugar pulsional puro (campo da sexualidade ou da libido), que se distingue da autoconservação, do campo de interesses ou da adaptação, os quais não estariam propriamente excluídos, mas "tangencializados" pela instauração do recinto espaço-temporal do tratamento e por dois tipos de recusa do analista:

*"Pelo termo 'recusa' ou 'recusação' tentamos seguir a via da versagung freudiana e somos levados a descrever duas formas principais dessas recusações do psicanalista. Em relação ao que estamos tratando, o que opera é uma primeira forma de recusação, a de se situar no plano adaptativo: dar conselhos, discutir meios e fins; por exemplo, a propósito da ausência de uma paciente, recusar-se a reduzi-la a uma discussão sobre os horários de trens. (...)*

*A situação instaura uma relação originária com o enigma e com seu portador, "suposto saber" segundo a expressão utilizada e desenvolvida por LACAN. É aqui que se situa o essencial da ética do psicanalista, com o que se chama contratransferência. (...) O essencial é que o analista, se deve estar em posição de suposto saber, deve certamente recusar o saber, mas também, e sobretudo, recusá-lo a si mesmo. Essa recusa do saber, e essa recusa de saber é a segunda recusação do analista, depois da adaptação. Este é o motor, até mesmo a fonte de energia e, talvez, a fonte de uma energia nova, a que propulsiona o tratamento..." (LAPLANCHE, 1992, pp. 167-168)*

Assim, a recusa á adaptação e a recusa do saber e de saber, por parte do analista, promovem um "recorte" entre a realidade material e sua demanda social, e a realidade

psíquica e sua demanda de amor. Este recorte definiria também, de certo modo, a questão do término da análise, que, de acordo com LAPLANCHE (1992), pode ser vista como "limitada" (no sentido de que o inconsciente não pode ser abolido e impõe limites ao processo), "infinita" (no sentido de que o processo auto-interpretativo é potencialmente infinito) e "terminada" (já que a análise enquanto situação e tratamento não deva ser infinita). Finalmente, o único término concebível da análise, que se sustenta na transferência (que nunca cessa), seria a *transferência da transferência*, que lançaria o sujeito a poder transferir o processo de transferência para um ou vários outros lugares. Mas ressalta, que há o problema do estabelecimento de "um tempo certo" para que isto ocorra:

*"... O mais difícil, sem dúvida, é apreender o momento crítico em que essa transferência de transferência é possível. Podemos propor duas imagens, a de uma balsa, ou a do lançamento de um foguete para outros planetas. Há 'janelas' temporais limitadas, bem definidas, durante as quais pode-se mandar um foguete para Saturno. Da mesma forma, há momentos definidos onde o término da análise pode ser decidido. Se o perdemos, reiniciamos um novo ciclo, uma nova espira da espiral. " (LAPLANCHE, 1992, pp. 173-174)*

Com isso, ressalta-se a necessidade de avaliação, por parte do analista, de um "tempo certo" para finalizar o processo. Embora não tenha sido mencionado por LAPLANCHE (1992) quais os critérios adotados para este bom tempo, não se aperceber disto, traz conseqüências para o processo (na medida em que novo ciclo se iniciaria)! No entanto, fica claro que o estabelecimento de um tempo para o término do tratamento, se dá já com o processo em andamento, e não se trata de um tempo pré-fixado, como propõem alguns teóricos da psicoterapia breve.

KAHTUNI (1996) resgata a idéia de LAPLANCHE, sobre a existência de um "momento crítico" e cíclico para as "saídas" da análise, propiciado por estas "janelas" que se

abrem durante o processo, e tenta melhor esboçar que critérios orientariam a detecção destes momentos:

*"Penso que esta "janela" deve coincidir com uma visível ampliação egóica, em que percebemos que o paciente conquistou uma autonomia individual, e aprendeu que pode continuar o processo de sua análise, sem a pretensão de curar-se definitivamente. Que pode transitar com maior liberdade pelas novas dimensões existenciais de impossibilidades aceitáveis e potencialidades possíveis. "*  
(KAHTUNI, 1996, pp.80-81)

Fica, então, implícito a idéia que a análise, enquanto processo, é infinita, já que a transferência também o é, mas enquanto "situação terapêutica" pode ter um término, principalmente quando circunscrita às situações de crise, ou quando implícita uma aceitação das "impossibilidades aceitáveis". Esta finitude não pressupõe uma idéia de "cura" permanente, mas de uma maior conquista da autonomia individual associada à "aceitação das impossibilidades". A questão é que esta autonomia individual, muitas vezes, é interpretada como adaptação, a não ser que possamos remetê-la à metáfora da castração.

Também parece que o momento da saída da análise tenha um "sentido", tanto para o cliente, quando para o terapeuta. Sendo assim, devemos lembrar as idéias defendidas por COSTA (1989), que um "sentido" é aquilo acessível a nossa consciência, mas que também este sentido envolve as produções inconscientes, que sem significante não há sentido. Portanto, só com o simbólico e o significante não podemos entender a gênese do sentido. É preciso também recorrer a noção de ego, enquanto objeto imaginário mantido pelas paixões narcísicas, que, de certa forma, monopoliza os hábitos mentais - onde as propriedades descritivas do sujeito, que definem sua identidade, seriam produto das identificações imaginárias- e, mais ainda:

*"... O Ego, enquanto sistema imaginário de representações, dá-se sempre, como estagnação, como estática identificatória, o que significa, ao mesmo tempo, que ele pode sempre se apresentar como*

*diferente, mas sempre como um todo. O Ego é como o cubo de Sartre. E as diversas facetas da identidade egóica são culturalmente construídas e valorizadas, com a mesma paixão narcísica, pelo sujeito. A forma de apresentação imaginária do Ego não muda, pois é sempre narcísica e totalizadora, o que muda é a faceta do cubo, narcisicamente investida com paixão. Esta faceta por sua vez depende do ângulo em que for olhada pelo outro: do ponto de vista do ideal do Ego, do ponto de vista do objeto amado; do ponto de vista do objeto persecutório; do ponto de vista da emergência da produção fantasmática inconsciente; do ponto de vista das injunções superegóicas, etc. (COSTA, 1989, pp.157-158)*

Assim, o momento da saída da análise, deve também se relacionar ao "sentido" que os hábitos mentais (percepções de status, práticas lingüísticas, modos de expressão de sentimentos, modos de comunicação, etc. ) tenham para o cliente e a leitura que o terapeuta esteja tendo deste sentido, pois trata-se de "imagens egóicas". Os hábitos mentais são fundamentais para o processo, como salienta COSTA (1989):

*"... não são acidentes que se possa desprezar como inessenciais à psicoterapia. Naturalmente, estas representações ou imagens egóicas é o que se trata de analisar na psicoterapia. Do ponto de vista do processo psicoterápico e da teoria do aparelho psíquico, o sintoma, bem como o fato psíquico normal, são - uma vez só não é hábito - sintomáticos da mesma ilusão narcísica, que se trata de ressaltar, sublinhar, em suma, interpretar, tendo como background a teoria do sujeito, do inconsciente, etc. " (COSTA, 1989, p.158)*

Ressalta-se aí, que qualquer decisão sobre o término, ou mesmo a entrada, em análise, deve considerar uma certa adequação destes "hábitos mentais" a escuta e interpretação do analista, já que é preciso ter um "sentido" em falar ou deixar de falar ao outro, senão se torna um nonsense o encontro. Por outro lado há sempre um "background" teórico, que serve de suporte ao analista, que dá sentido a sua prática (inclusive definindo a sua postura e o enquadre em que se dará a relação), o qual pode ou não se confrontar com a visão de mundo do cliente, daí porque a adequação dos dispositivos terapêuticos, a escuta do cliente e sua demanda devam ser considerados. Isto quer dizer, também, que não se deve buscar apenas

uma "correlação epistêmica", ou seja, tentar identificar no discurso do paciente uma correlação com a teoria, que serve mais para assegurar ao psicanalista, que o que está ocorrendo naquele processo é psicanálise, do que assegurar que está havendo uma escuta do analisando, como enfatizou BERLINCK (1988).

Não devemos nos esquecer que a própria técnica psicanalítica freudiana, sofreu transformações a partir do desenvolvimento da compreensão psicodinâmica e dos resultados ou efeitos que FREUD obtinha ao longo da sua prática clínica. Técnica esta que evoluiu do método catártico, via hipnose (ou abreação), passando pela sugestão (com o uso da concentração como artifício) e chegando à associação livre (onde a interpretação e o sentido passam a ser fundamental), a partir da contribuição de seus pacientes. Ressalte-se, porém, que estas só foram de suma importância, porque também havia uma abertura, por parte de FREUD (FREUD, 1925, *Estudo Autobiográfico*), para uma escuta dos "hábitos mentais" e os "sentidos" a eles atribuídos pelos pacientes.

Devemos ressaltar que FREUD almejava, no início dos seus tratamentos, quando tentava dar conta dos sintomas (tidos como frutos de traumas infantis), encurtar estes processos com o desenvolvimento, futuro da técnica. Mas, ao repensar os objetivos terapêuticos, em função de uma nova compreensão dos fatores etiológicos e das dificuldades apresentadas em outros casos clínicos, tal como foi o caso da neurose obsessiva, os tratamentos se tornaram mais longos e o final de análise visto de outra forma.

Hoje, assistimos ao paradoxo de uma demanda institucional por atendimentos breves, tanto por parte das instituições públicas, como por parte dos convênios e, por outro lado, uma prática de atendimentos longos pelos psicanalistas. A questão é que, diferente de FREUD, não está havendo uma discussão em cima de uma necessidade clínica ou de uma adequação da técnica, mas interesses outros, nem sempre relacionados com a demanda do cliente.

SCHWARTZ (1997), tenta justificar a prioridade por atendimentos breves nos sistemas de seguro-saúde, em função de um critério populacional e da adoção de outro modelo para analisar a demanda da clientela. No caso, ele ressalta que estas instituições adotam a perspectiva de "atenção à saúde" do assistido, distinta da perspectiva de "crescimento pessoal", própria da psicanálise e outros tipos de psicoterapia. O modelo médico adotado ("medical necessity") pressupõe um diagnóstico acerca de um sofrimento emocional ou dificuldade funcional do cliente e a prescrição de um tratamento com vistas a amenizar, tratar ou prevenir o agravamento desta situação. Argumenta, ainda, que neste sistema de atendimento, não se pode olhar apenas as necessidades do paciente, mas também a demanda populacional, pois se trata de um sistema coletivo, onde as considerações financeiras fazem parte da assistência (atender com o menor custo e tempo, para atender ao maior número de pessoas).

Ainda de acordo com SCHWARTZ (1997), os psicanalistas tendem a não ser bem vistos pelos patrocinadores dos seguros-saúde, por não considerarem estas variáveis. Por outro lado, sentem-se desvalorizados frente a "apologia do PROZAC®" e outras abordagens medicamentosas, tão difundidas hoje em dia, e da preferência por psicoterapias breves focais, por parte das instituições.

Enfim, podem os psicanalistas atenderem num sistema de convênio que requer limitações de recursos, foco na população, tanto quanto no indivíduo e que tem uma preocupação com a prevenção? Passemos, então, a analisar o caso das limitações financeiras...

### 3.2 - O dinheiro e a psicanálise

A questão do dinheiro foi colocada por FREUD (1913), em *O Início do Tratamento*, como uma das quatro questões fundamentais, que o analista deve lidar no início do tratamento, ao lado das entrevistas preliminares, do uso do divã e do tempo.

*"... O analista não discute que o dinheiro deve ser considerado, em primeira instância, como meio de autopreservação e de obtenção de poder, mas sustenta que, ao lado disto, poderosos fatores sexuais acham-se envolvidos no valor que lhe é atribuído. Ele pôde indicar que as questões de dinheiro são tratadas pelas pessoas civilizadas da mesma maneira que as questões sexuais - com a mesma incoerência, pudor e hipocrisia. O analista, portanto, está determinado desde o princípio a não concordar com esta atitude, mas, em seus negócios como os pacientes, a tratar de assuntos de dinheiro com a mesma franqueza natural com que deseja educá-los nas questões relativas à vida sexual." (FREUD, 1913, p.173)*

Desta forma, o dinheiro atende à **autopreservação (necessidade)**, ao **poder** e ao **fator sexual**. Neste texto, FREUD traz à tona a complexidade do tema, que tanto pode ser visto como parte integrante da vida em sociedade, tal como a própria sexualidade, mas também o modo como o dinheiro é reapropriado em suas significações pelo paciente. Assim, como nos diz BERLINCK (1988), há um preço da clínica "visto por dentro" e um preço da clínica "visto por fora".

Enquanto o **preço da clínica "visto por fora"** faz o profissional deparar-se com a sua própria sobrevivência, igualando-se a qualquer outro trabalhador, o dinheiro assume o lugar de "capital", e de suas relações com os meios de produção e consumo. Mais ainda, enquanto profissional liberal, o analista não explora os meios de produção, através da regra da mais-valia, pois ele mesmo é o seu meio de produção e não há excedente de produção no seu trabalho, só há o seu tempo como forma de aumentar a produção, como salientou o próprio FREUD.



*"... O psicanalista deve colocar-se na posição do cirurgião, que é franco e caro por ter à sua disposição métodos de tratamento que podem ser úteis. Parece-me mais respeitável e eticamente menos objetável reconhecer os próprios direitos e necessidades reais do que, como ainda é costume entre os médicos, desempenhar o papel de filântropo desinteressado - posição que não se pode, na realidade, ocupar, sob pena de ficar-se secretamente prejudicado, ou queixar-se em alta voz, da falta de consideração e do desejo de exploração evidenciado pelos pacientes. Ao fixar os honorários, o analista deve também considerar o fato de que, por mais que trabalhe, nunca poderá ganhar tanto quanto outros especialistas médicos.*

*Pela mesma razão, deve também abster-se de fornecer tratamento gratuito e não fazer exceções em favor de colegas ou suas famílias(...) um tratamento gratuito significa muito mais para um psicanalista do que para qualquer outro médico; significa o sacrifício de uma parte considerável - um sétimo ou um oitavo, talvez - do tempo de trabalho de que dispõe para ganhar a vida, durante o período de muitos meses. Um segundo tratamento gratuito efetuado ao mesmo tempo priva-lo-ia de um quarto ou um terço de sua capacidade de ganho, o que seria comparável ao prejuízo infligido por um grave acidente. " (FREUD, 1913, p.174)*

Vimos aí que o dinheiro assume o lugar de demarcador das "necessidades", e do lugar que o analista deve ocupar enquanto sujeito social, colocando o pagamento como um "direito" do analista e um "dever" do paciente. Neste sentido, o dinheiro é um sinal que explicita a existência de um "contrato social", onde o paciente reconhece um "valor" no trabalho do analista e para o adquirir ,tem de pagar.

BERLINCK (1988), salienta ainda que as profissões liberais, tendem a um empobrecimento, pois dois processos contribuem para isto: o primeiro, já referido no próprio texto de FREUD, é que o profissional liberal possui uma limitada capacidade de gerar valor, pois não explora o trabalho alheio e, no mundo capitalista quem explora o trabalho do outro enriquece e quem trabalha empobrece!

*"O profissional liberal, por sua vez, vende o seu serviço, ou seja, a sua própria força de trabalho, isto é, ele não é nem um trabalhador produtivo, um operário, nem um capitalista. Eu diria que se trata de um esquizo-trabalhador pois é uma espécie de proto-capitalista, na*

*medida em que explora uma força de trabalho mas, na medida em que não explora outras forças de trabalho numa organização produtiva, ele não é propriamente um capitalista. Por outro lado, ele é um proto-operário pois vende sua força de trabalho a um outro que é ele mesmo. Ao contrário, portanto, do capitalista que é um reproduzidor ampliado de valor, o profissional liberal é um produtor simples de valor e, por isso, sua capacidade de acumulação é limitada. Enquanto capitalista acumula ampliadamente, através da mais-valia que apropria comprando e organizando o trabalho alheio, o profissional liberal só é capaz de apropriar a mais-valia gerada com seu próprio trabalho e, por isso mesmo, está sujeito a uma super-exploração a que nem mesmo o operário se submete. Isso porque só aumenta os seus ganhos aumentando sua jornada de trabalho. Mas, como se sabe, a super-exploração do trabalho é limitada, nesse caso, pois não há quem agüente trabalhar 15 horas por dia, 7 dias por semana, durante muito tempo. " (BERLINCK, 1988, p.59)*

Esse lugar intermediário entre o operário e o capitalista nos faz lembrar o lugar do artista, cujo produto de seu trabalho não pode ser valorizado apenas pelo "tempo" gasto na consecução de sua obra, mas também pelo valor intrínseco dado pelo seu autor e pelo reconhecimento social deste valor, passível de ser traduzido em "dinheiro". Porém, há de se considerar, que este reconhecimento social obedece às certas imposições ditadas pelo social, e uma delas é a lei da "oferta e da procura", onde a maior escassez do produto eleva o seu valor e sua "vulgarização" tende a desvalorizá-lo, como salienta BERLINCK (1988), como segundo processo a que se submete o profissional liberal:

*"Ora, o profissional liberal se manteria na média, ou seja, num lugar imaginário equidistante do capitalista e do operário, se as faixas de exploração do trabalho e, portanto, de acumulação se mantivessem as mesmas. Entretanto, não é isso que ocorre na sociedade capitalista.*

*Na medida em que uma profissão liberal se institucionaliza, vale dizer, se estabelece como parte de uma cultura, há uma tendência não só para que ocorra um aumento da oferta do serviço, como ocorre, também, uma paulatina diminuição da capacidade da demanda em pagar os preços originalmente cobrados, já que tais serviços passam a ser consumidos por um número cada vez maior de consumidores de renda mais baixa. " (BERLINCK, 1988, p.59)*

BERLINCK (1988), exemplifica este processo a partir da proliferação das sociedades de formação de psicanalistas e também da complexificação do campo psicanalítico, fazendo não apenas, surgir um aumento da oferta de "psicanalistas" no mercado, mas também que este aumento de oferta gerou uma ampliação da demanda em segmentos de renda mais baixa. Este fato trouxe, por sua vez, a uma diminuição do valor médio do honorário dos psicanalistas e que resultaria numa "paulatina degradação da profissão", se transformando numa atividade banal, com conseqüências para a representação que o psicanalista possa ter de si mesmo, e do lugar que o preço da clínica ocupa.

SOUZA (1996), enfatiza a dificuldade da mensuração ou quantificação do trabalho do psicanalista, devido ao fato de lidar com o discurso e o desejo do paciente e tomar a palavra como instrumento, diferenciando-se de outras profissões liberais (mesmo àquelas da área de saúde) e da relação que estas mantêm com o dinheiro. Ressalta, ainda, que até mesmo a demanda do cliente,, não se apresenta muito explícita no início do tratamento, merecendo ser transformada em questão para o sujeito que se apresenta para análise.

Esta dificuldade em demarcar o campo da psicanálise, enquanto "valor de troca", reflete o modo como as instituições de saúde, quer sejam públicas ou privadas, tratam estes profissionais.

*"... Os "sistemas de saúde" que custeiam os pagamentos hospitalares e honorários dos profissionais, com raras exceções incluem o tratamento psicológico aos pacientes internados no hospital, dificultando ao profissional o recebimento de honorários pelo seu trabalho(...).*

*... Num hospital privado, são os convênios de saúde que intermediam as relações entre o dinheiro, a instituição e o paciente. Mas, em se tratando da psicanálise no Brasil, verificamos em nossa prática que grande parte desses convênios não reconhece o trabalho do psicanalista como um tratamento necessário à maioria dos pacientes internados num hospital, sendo o tratamento psicanalítico, muitas vezes, visto como um recurso de tratamento associado ao luxo e portanto supérfluo. " (SOUZA,1996, p.40 -43)*

Assim, o trabalho do analista enquanto valor, deve se submeter ao social, cujo valor é também intrínseco ao seu valor de troca (e também de ostentação), transformando-se em um signo de poder econômico, quando tratado como supérfluo, na medida em que deixa de ser necessidade e passa a ser um luxo, uma ostentação do ter-a-mais que o outro! Porém, paradoxalmente, o trabalho do analista quando colocado como supérfluo expõe o profissional da cadeia produtiva e o coloca na galeria dos artistas ou da religião, deixando-o para decidir-se entre ser ídolo ou filântropo. Porém, em ambos os casos, o analista é colocado como aquele cujo trabalho não está ligado a necessidade do paciente, portanto a oferta do seu trabalho é que geraria uma demanda por este "artigo supérfluo", e sendo mais uma necessidade do próprio analista em ofertá-lo caberia a ele dar conta da sua oferta; se colocando como objeto de desejo do paciente, no caso do artista, ou como onipotente, no caso do filântropo. Ambas, as escolhas, têm repercussões na prática clínica.

FIGUEIREDO (1997), ao analisar a clínica psicanalítica no ambulatório público, frente à constatação da desvalorização dos serviços de saúde, com salários mesquinhos, aponta para a necessidade do psicanalista não restringir o trabalho ao salário, não se deixar levar pela perversão gerada pelo serviço público, onde se finge que se trabalha porque o Estado finge que paga. Para tanto, deve buscar uma outra fonte de renda (que lhe garanta mais dignidade) e também manter um convívio pela clínica, incentivando as iniciativas institucionais, voltadas para discussões e avaliações dos trabalhos realizados. Com isso, é como se houvesse uma tentativa de haver outra forma de sentir-se pago, gratificado, mesmo que não seja pelo salário. O Efeito regulador do dinheiro não reflete, pois, apenas no paciente, mas também no profissional!

*"A remuneração no serviço público, embora variável, torna-se risível se comparada à receita dos consultórios, mesmo considerando seu esvaziamento crescente e as concessões que os analistas têm de fazer para manterem seus clientes. Este deve ser nosso ponto de partida e*

*não um pretexto para a desqualificação do trabalho analítico. Nesse ponto, reitero que a reivindicação de melhores salários, assim como de melhores condições de trabalho, é uma luta maior e requer uma política séria e transparente dos servidores públicos. De nada nos serve o famoso pacto 'eles fingem que pagam e nós fingimos que trabalhamos' ". (FIGUEIREDO, 1997, p.98)*

Mas, na prática, os psicanalistas entrevistados por FIGUEIREDO (op.cit.) parecem não ter como lidar com esta situação, e as próprias soluções apresentadas por aquela autora podem ser vistas como "medidas paliativas". Estes deslocam o baixo valor dos salários para alguma outra forma de "pagamento simbólico", tais como: a gratidão dos pacientes atendidos; o possível e rico aprendizado que as instituições públicas oferecem, pela diversidade e abundância da demanda por atendimento; pela percepção, que custa caro aos pacientes deixarem seus trabalhos e pagarem transporte para comparecerem às consultas com regularidade; ou, ainda, quando são presenteados e recebem agradecimentos intensos, como forma de demonstração que seu trabalho é importante para seus pacientes.

Com isso, há como que um processo de "re-valorização" do trabalho analítico, pelo esforço individual de cada um, tanto do paciente, quanto do psicanalista. Neste percurso, a influência da instituição, enquanto terceiro, é reduzida, mesmo que haja o risco de surgirem outros pactos, entre profissionais e pacientes!

Quando no serviço público é proibido cobrar dos pacientes, e também não se paga ao psicanalista, já que ele recebe um salário, o dinheiro não aparece como possibilidade de intermediação simbólica e há que se buscar "outras formas de pagamento"...

O produto do trabalho só se transforma em dinheiro quando equiparado ao capital, no sentido de poder representar um meio de satisfação, uma posse de riqueza ou um conjunto de bens (intelectuais, espirituais ou morais). Por sua vez, como alerta-nos QUINET (1991), a

moeda (ou o dinheiro) pode funcionar tanto como metonímia desse capital (quando vista como parte deste) ou como uma metáfora (quando o substitui, representando-o).

*"O dinheiro, para MARX, se troca pela totalidade do mundo objetivo do homem e da natureza. Ele serve para trocar tudo e qualquer coisa, possuindo a qualidade de tudo comprar e de tudo se apropriar. O dinheiro é o objeto privilegiado da posse. " (QUINET, 1991, p.90)*

O dinheiro, que pode ser trocado por qualquer coisa do mundo objetivo, se torna o equivalente geral de todas as mercadorias, pois não se confunde com nenhuma delas e é, simultaneamente, equivalente a qualquer uma delas. Porém, sabemos ainda que, dentro do capitalismo, o que se paga por algo nunca é igual ao seu real valor, pois, o valor dos objetos é determinado pelo seu valor de uso dentro de um sistema de trocas simbólicas. Neste sentido, a noção de mais-valia (a parte do trabalho que nunca é paga, pois deve gerar riqueza para o outro pagante) vem a esclarecer a relação entre o valor de troca e o sujeito da falta, que busca incessantemente satisfazer-se.

*"... O que se troca verdadeiramente é a falta-de-gozar. O objeto de troca é, simultaneamente, aquilo de que um dos parceiros da troca pode gozar, mas não quer gozar - pois seu valor de uso não o satisfaz e por isso quer desfazer-se dele -, e aquilo que o outro parceiro quer, mas dele não pode gozar, pois seu valor de uso lhe falta por não possuir o objeto. Donde ambos os parceiros o valor de troca de uma mercadoria é uma falta-de-gozar(...)*

*A mais-valia que é produzida pela sobrecarga de trabalho na prolongação da duração da jornada do proletariado é um mais de gozar para o Outro. Ela é a `causa do desejo da qual uma economia faz o seu princípio: aquele da produção extensiva, portanto insaciável, da falta-de-gozar`.*

*O dinheiro é o que sempre falta, aquilo que nunca se tem o suficiente. Isto faz LACAN dizer que o rico é inalisável, já que para ele nada falta, podendo tudo obter. " (QUINET, 1991, p.91)*

Faz-se aí, então, a ponte entre o dinheiro na clínica "visto por fora" e sua articulação com o dinheiro "visto por dentro", já que estaria articulado às formações do inconsciente. Faz

ligação, entre a riqueza das pessoas e a acessibilidade à psicanálise, já fora anteriormente levantada por FREUD (1913) em *O Início do Tratamento*, que também enfatizou a relação entre pobreza econômica (razões externas) e o lucro secundário da doença (razões internas).

*"Pode-se estar muito longe da visão ascética do dinheiro como sendo uma maldição e ainda lamentar que a terapia analítica seja quase inacessível às pessoas pobres, tanto por razões externas quanto internas. Pouco se pode fazer para remediar isto. Talvez haja verdade na crença disseminada de que aqueles que são forçados, pela necessidade, a uma vida de árdua labuta são menos facilmente dominados pela neurose. Por outro lado, porém, a experiência demonstra, sem qualquer dúvida, que quando um homem pobre produz uma neurose, só com dificuldade permite ser livrado dela. Ela lhe presta ótimo serviço na luta pela existência, o lucro secundário da doença, que ela lhe traz, é demasiadamente importante. Ele agora reivindica por direito de sua neurose, a piedade que o mundo lhe recusou à aplicação material, e pode então eximir-se da obrigação de combater sua pobreza por meio do trabalho. Todo aquele, portanto, que tente tratar da neurose de uma pessoa pobre pela psicoterapia, geralmente descobre que o que é aqui exigido dele é uma terapia prática do tipo muito diferente - o tipo que, segundo nossa tradição local, costumava ser dispensado pelo Imperador José II. Ocasionalmente, é natural, depararmos com pessoas merecedoras que se acham desamparadas sem culpa alguma de sua parte, nas quais o tratamento não remunerado não se defronta com nenhum dos obstáculos mencionados e conduz a excelentes resultados.*

*No que concerne às classes médias, a despesa envolvida na psicanálise é excessiva apenas na aparência. Inteiramente à parte do fato de nenhuma comparação ser possível entre a saúde e a eficiência restauradas, por um lado, e um moderado dispêndio financeiro, por outro, quando adicionamos os custos incessantes das casas de saúde e do tratamento médico e contrastamo-los com o aumento de eficiência e de capacidade de ganhar a vida que resulta de uma análise inteiramente bem sucedida, temos o direito de dizer que os pacientes fizeram um bom negócio. Nada na vida é tão caro quanto a doença - e a estupidez." (FREUD, 1913, p.175-176)*

A primeira coisa a ser considerada nesta citação de FREUD (1913) é uma tentativa de justificar a manutenção da "pobreza econômica" devido a uma certa "pobreza da alma", por assim dizer. Neste sentido, os seus argumentos nos levariam a concluir a respeito de uma apropriação da doença (a neurose) sobre a condição sócio-econômica do paciente, mantendo

uma aliança que visaria resistir a qualquer mudança, tanto nas condições materiais, quando nas mudanças intrapsíquicas.

Uma segunda observação, que estaria a reforçar a necessidade da intervenção do psicanalista (quase que justificando o seu trabalho!), refere-se a um argumento onde o dinheiro é "visto por fora", dentro da relação custo/benefício financeiro. Assim, o trabalho do analista pode ser remetido a cadeia produtiva, por representar uma relação custo/benefício relativamente baixa, quando comparada aos custos de outros tratamentos e o "aumento de eficiência e capacidade de ganhar a vida", ou seja, o lucro que pode ser obtido, a "mais-valia" que possa representar para o paciente. Antes de ser um trabalho supérfluo, o produto do trabalho do analista passa a ser visto como um "investimento", um " bom negócio", que traz bom retorno, inclusive financeiro, ao paciente.

Cabe aqui uma ressalva, sobre o fato de que na época de FREUD a psicanálise efetivamente se mostrava como uma das poucas alternativas para o tratamento das "doenças mentais", além do internamento em "casas de saúde". Hoje, a psicofarmacologia e outros tipos de psicoterapia têm contribuído bastante para a busca de tratamentos de alívio sintomático imediato, ou de controle permanente do comportamento dos pacientes, onde, talvez, o argumento econômico utilizado por FREUD se volte contra a própria psicanálise. Talvez por isso, a psicanálise ainda não tenha conseguido romper com o estereótipo de um trabalho "supérfluo", como nos havia assinalado SOUZA (1996).

Na citação acima, bem como em outros trechos do mesmo artigo, FREUD enfatiza a necessidade de haver um pagamento pelo tratamento, não apenas por uma questão de necessidade (um meio de auto-preservação), mas também, como vimos, pela íntima relação do ato de pagar com o sentido dado ao tratamento.

*"... Durante dez anos ou mais, separei uma hora por dia, e às vezes duas, para tratamentos gratuitos, porque desejava, a fim de penetrar*



*nas neuroses, trabalhar frente a tão pouca resistência quanto possível. As vantagens que busquei por este meio não apareceram. O tratamento gratuito aumenta enormemente algumas das resistências do neurótico - em moças, por exemplo, a tentação inerente à sua relação transferencial, e, em moços, sua oposição à obrigação de se sentirem gratos, oposição oriunda de seu complexo paterno e que apresenta um dos mais perturbadores obstáculos à aceitação de auxílio médico. 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 esforça-se por dar fim ao tratamento. " (FREUD, 1913, p.174-175)*

Este "efeito regulador", que o pagamento teria, seria então aquilo que remeteria o paciente de volta para a realidade, e, conseqüentemente, de encontro a sua demanda. A questão é que para a psicanálise, toda demanda, é demanda de amor:

*"... Se pensarmos que toda demanda é de amor, inclusive a de análise, e se o amor é dar o que não se tem, o ato de pagar é fundamental. Se não houver um pagamento para mediar a relação entre analista e paciente, corre-se o risco de esta relação ficar simplesmente reduzida a uma relação amorosa baseada na reciprocidade, ficando o analista reduzido ao papel do "bom samaritano" no hospital, ao visar o bem do cliente. Mas, como alerta-nos LACAN, "muitas vezes fazer o bem é às vezes fazer o mal". "Fazer as coisas em nome do bem, e mais ainda em nome do bem do outro, eis que está bem longe de nos abrigar da culpa e de todo tipo de catástrofes interiores". Assim as idéias das "boas intenções" podem ser fonte de mal-entendido. Como resultado, o trabalho voluntário e benevolente poderá fixar o paciente naquela posição de "pobre coitado", vítima do destino. Sendo assim, o dinheiro poderá marcar para o cliente que aquele que o ouve, o analista, não é o Outro, embora possa ser tomado por ele, e que uma análise não é só amizade e amor. Mas, também o analista paga. O analista paga com suas palavras, com o corpo, com o seu ser, com a moral mais íntima, em nome da ética do desejo. " (SOUZA, 1996, p.45-46)*

Assim, o dinheiro assume não apenas um lugar na cadeia sócio-econômica, mas também na cadeia dos significantes do sujeito. Por isso o pagamento é sempre um ato individual, pois se refere à relação de um sujeito com seu analista, cujo encontro é mediatizado pela transferência, que "força" o analista a ocupar imaginariamente o lugar do

Outro, daquele que deveria preencher a falta! O pagamento reintroduz, então, o dinheiro como significante desta falta e denuncia as formações do inconsciente que tentam colocar o analista no lugar do Mestre, daquele que sabe o que falta ao paciente. Porém, estas formações do inconsciente (chistes, jogos de palavras, sonhos e sintoma) denunciam que há nelas um efeito de sujeito, efeito este que se evidencia no ato do pagamento, como o cliente paga e assim o dinheiro assume esta função reguladora da relação analista-analisando.

BERLINCK (1988), chega a lembrar que tanto a psicanálise como a prostituição são sintomas que se sustentam na demanda de amor do cliente, pois, ambos os profissionais estariam ilusoriamente colocados como respostas para esta demanda. A diferença seria que a prostituta silencia sobre esta ilusão, enquanto que o analista "sustenta" a ilusão para denunciá-la nos movimentos transferenciais, fazendo o ato retornar em palavra, pela via da interpretação. Assim, o sintoma do cliente necessita do analista como suporte imaginário, tal como a prostituta, e ele paga por isso! O ato de pagar alimenta este movimento ilusório e, paradoxalmente, promove a desilusão. Mas, para isto, é necessário que o psicanalista tenha em conta este movimento ilusório do cliente e o uso que este faz do pagamento, ao mesmo tempo que possa ver no dinheiro que recebe uma forma de se sustentar (tanto material, suprindo suas necessidades, quanto simbolicamente, pelo reconhecimento social do exercício profissional).

*"... O preço da clínica está diretamente associado à concepção que se tem da psicanálise e do ser psicanalista. Por um lado há os que defendem o ponto de vista de que cobrar pouco é um dever dos que se pretendem democráticos (ou gauchistas), que se pretendem psicanalistas da sociedade. Estes correm o risco, a meu ver, de, na sua atitude sacrificada, se transformarem em onipotentes vítimas do sacrifício, pois correm também um risco: o de se transformarem no imaginário do cliente, em seres Todo-Poderosos que "dispensam" ou "desprezam" os honorários e que, por isso, vivem ou sobrevivem sem dinheiro. Ora, será que isso é possível num trabalho que se orienta em oposição à miséria psíquica?"*

*(...) Por outro lado... alguns psicanalistas impõem seus honorários aos clientes, considerados por eles, freqüentemente altos, sem permitirem qualquer espaço para a palavra a tal respeito.*

*Neste caso, como no anterior, a onipotência se faz presente no lugar do analista que se esquece de que as questões econômicas são sempre libidinais. E que a economia, principalmente a libidinal, é sempre política. " (BERLINCK, 1998, p.64).*

O pagamento se insere, assim, nas práticas políticas (no sentido ateniense da palavra) e necessita ter em conta a relação com esse Outro, como um mediador da ordem simbólica e não como exercício de poder e negação da falta. A questão é que o pagamento, enquanto ato político no mundo contemporâneo, está atrelado à existência do dinheiro e isto traz uma questão, quando o tratamento possa ser feito em instituições públicas ou através de convênios, quando o ato de pagar é feito por um terceiro. E, neste caso, de que pobreza estaríamos falando, a do analista que precisa se submeter aos convênios e às instituições para sobreviver, ou a do cliente que não tem o dinheiro, mas tem um terceiro que pode pagar o seu tratamento? Sem dúvida, ambos já entram na relação analista-analisando com uma "dívida" para com esse terceiro, que os remete ao lugar do sujeito da falta. A questão é : como cada um lidará com esse terceiro, enquanto representante da falta (econômica e simbólica)!

Assinalamos, algumas páginas atrás, o quanto a ausência do dinheiro nas instituições públicas pode levar a uma busca de se ver outras formas de pagamentos, quer seja através dos presentes ou mesmo da cobrança da própria presença do cliente (FIGUEIREDO,1997). Este fato reitera a importância de que, não apenas o paciente se sinta pagando, mas também o profissional sinta que está sendo pago. Negar tal necessidade de pagamento, em ambos os casos, é um assunto que merece análise!

LUNA (1995), resgata as idéias de BIRMAN<sup>2</sup> sobre o modelo do dinheiro como exterioridade em relação ao que se passa na história da difusão da psicanálise no Brasil, em oposição ao dinheiro como motivo de reflexão interna para a psicanálise (quando pensado como objeto libidinal), e enfatiza a relação que existe entre o contexto cultural e seus efeitos sobre a teoria e a técnica psicanalíticas. Estes efeitos estariam, inicialmente, ligados a um "estilo macabro de brasilidade", onde o dinheiro teria um valor de bem supremo, e não de "dívida simbólica" (que possa ser paga ou ser reconhecida pelo Outro).

*"Num primeiro olhar, pareceu-me que a atual crise brasileira, entendida nos seus elementos centrais como BIRMAN a descreveu acima, justificava por si só a escassez de reflexão psicanalítica sobre o dinheiro no seu enquadramento. Isto porque todas as circunstâncias sociais atuais não favorecem em nada o estabelecimento de um campo de trocas simbólicas, pelo contrário; e, neste sentido, o dinheiro, entre outras coisas, adquire uma concretude espantosa. Assim, é como se com tantos planos econômicos, tantos índices de reajuste, tantos cálculos a fazer, etc., não sobrasse nenhum espaço para analista e analisando considerarem os elementos simbólicos que, mesmo silenciados, perpassam estas trocas e negociações.*

*Percebi aos poucos que esta era a leitura mais ingênu... "(LUNA, 1995, p.28)*

A partir daí LUNA, concorda que o silêncio em torno do dinheiro "de dentro da psicanálise", coincidiria com a institucionalização da psicanálise, nos anos 30/40, e com sua difusão no Brasil na década de 50, como havia salientado BERLINCK (1988), mas o importante é refletir que ao se colocar o dinheiro "fora do setting", corre-se o risco do estabelecimento de um pacto do analista em não analisar, com consequências importantes:

*"... Na medida em que o analista se tem colocado nesta posição, ele identifica-se com aqueles que estão do lado do poder, identifica-se com o agressor e estabelece uma relação permeada pela violência. Impede que o dinheiro seja pensado na sua dimensão simbólica, impossibilitado que está, ele próprio, de ter acesso a esse registro e,*

---

<sup>2</sup> Estas idéias de BIRMAN foram retiradas do seu texto "O Valor da Psicanálise", in: Agenda de Psicanálise. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

*assim, lida com o dinheiro como bem supremo e não como elemento de troca. Este é o império, como já dissemos, do ego-ideal, em oposição ao Ideal-do-Ego, onde já haveria o corte da castração. Assim, na verdade do seu lugar de analista, aprisionado que está à fixidez das identificações imaginárias, acreditando-se, por exemplo, poderoso, e é deste ponto que vai conduzir o processo psicanalítico. Isto significa a impossibilidade de estar no lugar do objeto a, objeto da pulsão, aquele que não é nada e, por isso, é potencialmente qualquer coisa, sem se ater a nenhuma. Neste sentido, num contexto social onde a marca tem sido a ação no nível da violência, do desrespeito à lei, do oportunismo etc. , o analista, em harmonia com isto, parece-me, tem atuado no sentido mesmo de atuação psicanalítica, deixando de fora do alcance da palavra alguns dos elementos organizadores da sua prática, colocando-se como não-castrado e gozando desta posição. Evidentemente que daí ele não pode facilitar e suportar o trabalho psíquico do analisando no sentido de elaborar sua própria castração. "*  
(LUNA, 1995, p.30)

Assim, o dinheiro "visto por dentro", enquanto na relação com o sujeito pulsional, pode ser um objeto de troca simbólica que representa a possibilidade do preenchimento da "falta", pelo reconhecimento do Outro e regulado pelo ideal do ego; ou, se transformar num objeto-fetichê, de poder supremo, que dispensaria o reconhecimento do Outro e seria regulado pelo ego-ideal. Por outro lado, a reflexão de LUNA (1995) coloca a psicanálise como campo onde o lugar do analista é o lugar do "objeto a", objeto da pulsão, onde a linguagem e o sujeito do desejo teriam supremacia sobre os destinos da vida sócio-econômica e seu impacto na vida do paciente.

Isto fica mais claro, quando aquela autora faz comentários sobre diversos aspectos do dia-a-dia do psicanalista na sua relação com o dinheiro, tais como: a não existência de preço fixo, dos significados simbólicos dos reajustes e aumento do número de sessões, dos intervalos dos pagamentos. E, em cada um desses aspectos, refere a necessidade da práxis do analista não ser vista sob a condição de prestador de serviço e sim no registro da libido e de o dinheiro não ser colocado como um bem supremo e sim como veículo de trocas simbólicas...

Neste sentido, assim como ter um preço fixo, seria transformar o dinheiro numa perspectiva de bem supremo - que negaria as vicissitudes de cada situação -, os reajustes sistemáticos que visam repor de alguma forma os índices inflacionários ou de variação cambial, devem ser vistos com cautela, pois têm efeitos na prática clínica e podem significar:

*"... entrar num jogo perverso da negação da falta, transformando o dinheiro em si em algo para ser gozado. Os reajustes, às vezes, são necessários e justos, mas é preciso abrir espaço para que os significados disto também apareçam em sua outra dimensão, a simbólica, e nos seus desdobramentos inconscientes. " (LUNA, 1995, p.27)*

Com isso, pretende-se evitar colocar o analista no jogo do "não se pode perder nada", onde o dinheiro viria como possibilidade de negação da falta e não como meio de interpretação das manifestações do sujeito do inconsciente.

Da mesma forma, o cobrar as sessões ao final do mês, estaria a análise sendo equiparada ao salário e, com isso, atrelada ao modelo econômico e não ao psicanalítico.

*"... Poderíamos pensar, então, que o ato de pagar por sessão, de maneira geral, estaria muito mais consoante com a exigência e a ética psicanalítica, em vários sentidos. Sabemos que, numa psicanálise, o lugar do dinheiro, como de outros elementos, é o lugar do luto, pois remete à perda, ao vazio, ao nada. (...) O dinheiro ao poder assumir infundáveis representações psíquicas, ocupa um lugar inquietante, tanto para o analista quanto para o analisando e, desta forma, adiar o pagamento para o final do mês pode servir como evitação deste confronto, como uma forma de adiar este mal-estar, colocando isto, se possível, para fora do "setting" analítico. Além disso, o pagamento por sessão pode facilitar que o cliente, "acertando suas contas" a cada vez, não se sinta contraindo uma dívida concreta, a ser paga apenas no fim do mês, mas, ao contrário, eleve esta dívida à categoria do simbólico, colocando-a efetivamente na cadeia das representações psíquicas e, como tal, como um elemento para ser analisado permanentemente. " (LUNA, 1995, p.27)*

O dinheiro na relação analista-analisando pode ser o lugar da angústia, tanto do analista como do analisando, evitar-se vê-lo no seu registro simbólico impossibilitaria a

análise dos movimentos transferenciais e de resistência, de ambos os lados. Como parte integrante da cadeia de representações psíquicas, como equivalente simbólico (igual às fezes, seios, pênis, etc. ) deve ser sempre alvo de análise!

Neste momento, queremos assinalar que ao se dar ênfase unicamente ao dinheiro "visto por dentro", enquanto equivalente simbólico, retira-se totalmente a possibilidade aventada por FREUD (1913) em *O Início do Tratamento*, citado anteriormente, de também justificar o trabalho do analista a partir de uma relação custo/benefício econômica, onde haveria o "direito de dizer que os pacientes fizeram um bom negócio". Logo um bom investimento, inclusive financeiro, por parte do cliente e de reconhecer os direitos e necessidades reais do analista, que deveria abster-se do papel do filântropo desinteressado.

Talvez, devêssemos resgatar que o "efeito regulador" do pagamento está justamente, na sua inserção na vida cotidiana, inclusive, como custo financeiro que pode ser motivo para o paciente esforçar-se para por fim ao tratamento, como sugeriu FREUD, mas também, paradoxalmente, como um motivo do analista ter o cliente em seu consultório. A questão é que, para ambos, o tratamento não deveria existir "custe o que custar", mas sim que haja um pagamento "significativo", tanto economicamente, quanto simbolicamente! Caso contrário, uma das duas partes estaria colocando o dinheiro como "bem supremo" e pervertendo toda a relação terapêutica.

Enfatizamos isto, pois, o dinheiro, de acordo com BIRMAN (1994), se inscreve na subjetividade no contexto da dívida simbólica e do processo de reconhecimento, como uma das trocas manejadas pelo sujeito para reconhecimento do seu lugar simbólico, em relação a outros sujeitos. Sendo assim, o sujeito do desejo, enquanto sujeito de desejo de reconhecimento, não veria no dinheiro o preenchimento das necessidades, mas a satisfação do desejo. Assim o dinheiro, enquanto valor de troca, representaria uma possibilidade de prazer,

na medida em que o reconhecimento do Outro se daria pela via da equivalência simbólica que o dinheiro possa representar para o sujeito e para este Outro. O inverso disto seria o dinheiro como valor de uso, quando o dinheiro visto como bem supremo, visaria apagar a condição trágica do sujeito da falta:

*"... Quando isso ocorre, o dinheiro se transforma num valor em si, um valor de uso que pode ser gozado pelo sujeito na sua onipotência. Assim existe uma transgressão crucial na função simbólica do dinheiro para o sujeito, transformado por este num fetiche, isto é, num objeto de adoração para a obtenção do gozo auto-suficiente, o bem supremo para a subjetividade. Estabelecendo-se então o gozo-fetichista. "*  
(BIRMAN, 1994, pp.170-171)

Ora, nesta leitura a "escolha" do valor que o dinheiro terá, recai no sujeito individual, quando o toma como equivalente simbólico, mas não devemos nos esquecer que a possibilidade de reconhecimento pelo Outro, pressupõe também o valor dado ao dinheiro enquanto equivalente geral de todas as mercadorias, que lhe atribui a possibilidade de servir como objeto de troca simbólica. Com isso voltamos a insistir que, ao mesmo tempo que, para a psicanálise, a necessidade transforma-se em desejo, pela mediação simbólica - onde o reconhecimento do Outro é fundamental -, este mesmo reconhecimento é também uma via de acesso à satisfação das próprias necessidades, na medida em que não ser reconhecido é correr o risco de não se ter acesso à possibilidade do prazer e de coisas materiais que sustentam simbólica e concretamente a vida do sujeito na sociedade. Assim o assumir-se como "trabalhador" já é, em si mesmo, uma forma de buscar este reconhecimento e das conseqüências que isto tem na vida em sociedade - bastaria nos referir aos desempregados para perceber esta importância -. Ressalte-se, ainda, que este reconhecimento passa também pelo pagamento dos "serviços prestados", só que os serviços que o analista presta é de outra ordem, de difícil objetivação sem dúvida, mas que não deve



também ser negado este papel, deslocando-se para o cliente o motivo do porque deve se manusear o pagamento e o dinheiro desta ou daquela maneira.

A justificativa teórica de tal preocupação está no fato de que para a psicanálise o sujeito não se constitui como uma identidade apenas (já que o sujeito é marcado pela falta, e cuja identidade jamais pode se materializar plenamente), mas como um projeto identificatório que necessita de uma certa consistência da ordem simbólica (BIRMAN, 1994).

*"... Esse projeto é a resultante da inscrição das pulsões no universo da representação, pela mediação da ordem simbólica, tendo como cenário constitutivo a relação do sujeito com o Outro e os objetos de satisfação oferecidos pelo outro no circuito da pulsão. " (BIRMAN, 1994, p.179)*

Esta consistência da ordem simbólica pressupõe o próprio valor atribuído ao dinheiro pelo Outro, que servirá, então, como possível objeto de satisfação pulsional, desde que também possa ser visto como possibilidade de reconhecimento de si mesmo pelo Outro.

Devemos, pois, refletir no impacto das transformações que o mundo tem passado, quando antes o valor atribuído ao capital, representado pelo dinheiro, estava atrelado ao sujeito que produzia a mais-valia, e onde a categoria trabalho tinha um importância fundamental no projeto identificatório. Categoria, essa, que representava a possibilidade de inserção do sujeito no universo simbólico a partir do "ser trabalhador e produzir". Hoje, assistimos a uma globalização desenfreada cujos efeitos na cultura são drásticos. A inserção do sujeito passa a ser através do consumo e não da produção! O importante não é produzir um excedente de capital, mas um consumo extremo, para fazer funcionar a engrenagem econômica. A questão não é o acúmulo de capital em si mesmo, mas a capacidade de gerar consumidores em potencial. Até a justificativa para haver mais empregos, não é a de satisfazer necessidades e garantir a sobrevivência das famílias, mas a de que quanto maior o

número de empregados, maior o número de consumidores e menor o risco da recessão econômica!

Assim, o projeto identificatório contemporâneo é marcado por uma ordem simbólica que não valoriza o **ser trabalhador** (aquele que produz riquezas, onde há ainda a possibilidade de satisfação do sujeito do desejo e do seu reconhecimento), mas sim a valorização recai no **ser consumidor** (aquele que tem como consumir, onde o meu gozar é a possibilidade da mais-valia do Outro). No primeiro caso, ser trabalhador, o reconhecimento se dá pelo processo de produção, pelo vir-a-ser que impulsiona a busca de satisfação no futuro e a aceitação da falta no presente. No segundo caso, ser consumidor, o reconhecimento se dá pelo processo de consumo, pelo quanto se pode gozar no presente e a falta se inscreve pela percepção de um mais-gozar do Outro, remetendo, talvez, o sujeito a vivenciar apenas o lado da perda que a percepção da falta traz e a todos os projetos identificatórios narcísicos daí decorrentes (tal como a depressão, a violência, etc. ), calcados no ego-ideal e na negação da dívida simbólica. Isto porque ver no outro a possibilidade de identificação, de vir-a-ser tal qual o Outro, e que pressupõe lidar com as diferenças e a castração, é diferente de ter o gozo do Outro, movimento este que nega a existência mesmo da castração e busca não o reconhecimento, mas a incorporação deste *Outro*.

Devemos refletir, então, que a relação como o dinheiro "visto por dentro" é também uma relação determinada pelo dinheiro "visto por fora", negar esta relação é negar a existência de um ordenamento simbólico, que, por sua vez é produzido historicamente e que tem efeitos de significação no presente, inclusive, quanto à possibilidade do "valor de troca" e "valor de uso" dado ao dinheiro. Ou seja, a possibilidade de haver um "dinheiro visto por dentro" se faz pelo fato de poder ser um "equivalente simbólico" ligado ao desejo, mas para que possa ser este equivalente, é necessário o reconhecimento do Outro, o que se dá pela

mediação de uma "ordem simbólica" vigente e por um "projeto identificatório". Porém, por outro lado, esta "ordem simbólica" se faz presente justamente pelo fato de o dinheiro também ser também um "equivalente geral de todas as mercadorias", do dinheiro "visto por fora".

Por último, devemos lembrar que esta nova ordem simbólica do mundo contemporâneo, ao remeter os projetos identificatórios para um sujeito do consumo e não apenas um sujeito da produção, tem conseqüências no modo como ele percebe a própria noção de tempo e de como o sujeito se organiza em relação a sua perspectiva temporal. **Por enquanto, podemos dizer que o sujeito da produção orienta-se para o futuro, ao que deve vir a produzir para se satisfazer. Já o sujeito do consumo, tem no presente a sua orientação temporal, pois o que está aí hoje, pode não estar aí amanhã, pois pode ser consumido por outro. Logo, o não pode ter hoje, remete o sujeito à possibilidade de deixar de ser por não-vir-a-ter, ao contrário do sujeito da produção que só terá quando vir-a-ser!**

### 3.3 - O trabalho e a psicanálise: entre eros e ananke

FREUD (1930), em *Mal Estar na Cultura*, ao discorrer sobre os fundamentos da civilização, não apenas associa a vida em comunidade com o desafio de controlar a natureza pelo trabalho (além do hábito de formar famílias), como também confere ao companheiro de trabalho uma "utilidade", para não dizer um imperativo:

*"Depois que o homem primevo descobriu que estava literalmente em suas mãos melhorar a sorte na terra através do trabalho, não pode ter sido indiferente que outro homem trabalhasse com ele ou contra ele. Esse outro homem adquiriu para ele o valor de um companheiro de trabalho, com quem era útil conviver. "* (FREUD, 1930, p.119)

Mais adiante, no mesmo texto, FREUD (1930), discorrendo sobre suas idéias anteriormente defendidas em *Totem e Tabu* (FREUD,1912), ressalta que:

*"... a cultura totêmica baseia-se nas restrições que os filhos tiveram de impor-se mutuamente, a fim de conservar esse novo estado de coisas. Os preceitos do tabu constituíram o primeiro 'direito' ou 'lei'. A vida comunitária dos seres humanos teve, portanto, um fundamento duplo: a compulsão ao trabalho, criada pela necessidade externa, e o poder do amor, que fez o homem relutar em privar-se de seu objeto sexual - a mulher - e a mulher, em privar-se daquela parte de si própria que dela fora separada - seu filho. Eros e Ananke (amor e necessidade) se tornaram os pais também da civilização humana. O primeiro resultado da civilização foi que mesmo um número bastante grande de pessoas podia viver reunido numa comunidade. E, como estes dois grandes poderes cooperaram para isso, poder-se-ia esperar que o desenvolvimento ulterior da civilização progredisse sem percalços no sentido de um controle ainda melhor sobre o mundo externo e no de uma ampliação do número de pessoas incluídas na comunidade. É difícil compreender como essa civilização pode agir sobre os seus participantes de outro modo senão o de torna-los felizes. "*(FREUD, 1930, p.121)

Nesta citação apesar de ter sido utilizado o termo "compulsão ao trabalho", entendemos que ela se refere ao trabalho como da ordem da necessidade, devida à necessidade externa, a ananke, ao mesmo tempo que coloca como objetivo da ação do

processo civilizatório tornar os indivíduos felizes, através da combinação entre o poder do amor, de eros e da necessidade, de ananke. Assim o trabalho, mesmo sendo uma necessidade teria como objetivo último, quando associado ao amor, tornar o homem feliz. FREUD coloca, ainda neste texto, que:

*"... no entanto, como caminho para a felicidade, o trabalho não é altamente prezado pelos homens. Não se esforçam em relação a ele como o fazem em relação as outras possibilidades de satisfação. A grande maioria das pessoas só trabalha sob a pressão da necessidade, e essa natural aversão humana ao trabalho suscita problemas sociais extremamente difíceis. "(FREUD, 1930, p.99- nota)*

É, como se o trabalho não representasse o "desejo individual", mas uma "necessidade" imposta pelo social, como se fosse um "grande outro", que impõe aos membros da sociedade sua vontade. Poderíamos dizer, metaforicamente, que visto assim, o trabalho enquanto necessidade, é tido como desejo do outro, desejo do social tomado como ente, logo uma "obrigação moral" que daria suporte ao processo sublimatório, com veremos adiante. Esta perspectiva fica mais clara quando FREUD, em *O Futuro de uma Ilusão* (FREUD, 1927) deixa claro que:

*"... é tão impossível passar sem o controle da massa por uma minoria, quanto dispensar a coerção no trabalho da civilização, já que as massas são preguiçosas e pouco inteligentes; não sem amor e renúncia instintual e não podem ser convencidas pelo argumento de sua inevitabilidade... só através da influência de indivíduos que possam fornecer um exemplo e a quem reconheçam como líderes, as massas podem ser induzidas a efetuar o trabalho e a suportar as renúncias de que a existência depende... expressando-o de modo sucinto, existem duas características humanas muito difundidas, responsáveis pelo fato de os regulamentos da civilização só puderem ser mantidos através de certo grau de coerção, a saber, que os homens não são espontaneamente amantes do trabalho e que os argumentos não têm valia alguma contra suas paixões. "(FREUD, 1927, p.18)*

Mas, então, como justificar o trabalho enquanto fonte de felicidade, de realização do sujeito? Para isto, FREUD recorre a sua teoria metapsicológica, especialmente ao problema econômico e coloca o trabalho como uma das possibilidades de satisfação pulsional, através do deslocamento libidinal, com a reorientação dos objetivos instintivos propiciada pela sublimação. Tal como fica claro na nota de rodapé, que acrescentou na seção II de *Mal Estar na Cultura* (FREUD, 1927), quando discorria sobre as técnicas que o aparelho mental utiliza para afastar o sofrimento causado pela não satisfação instintual através do mundo externo, e que passaremos a transcrevê-la, quase integralmente, por ser uma passagem bastante elucidativa sobre o papel do trabalho na organização social e na economia libidinal:

*"Quando numa pessoa não existe uma disposição especial que prescreva imperativamente a direção que seus interesses na vida tomarão, o trabalho profissional comum, aberto a todos, pode desempenhar o papel a ele atribuído pelo sábio conselho de Voltaire... não é possível, dentro dos limites de um levantamento sucinto, examinar adequadamente a significação do trabalho para a economia da libido. Nenhuma outra técnica para a conduta da vida prende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto a ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos, fornece-lhe um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana. A possibilidade que essa técnica oferece de deslocar uma grande quantidade de componentes libidinais, sejam eles narcísicos, agressivos ou mesmo eróticos, para o trabalho profissional, e para os relacionamentos humanos a ele vinculados, empresta-lhe um valor que de maneira alguma está em segundo plano quanto ao de que goza como algo indispensável à preservação e justificação da existência em sociedade. A atividade profissional constitui fonte de satisfação especial, se for livremente escolhida, isto é, se, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos persistentes ou constitucionalmente reforçados..." (FREUD, 1927, p.99)*

Assim, o trabalho constitui uma fonte de satisfação libidinal e, mais ainda, atrela o homem à realidade, pois, lhe oferece "segurança" para a vida em comunidade. O homem, mediante o processo sublimatório, submete os prazeres individuais ao social, que, por sua vez lhe garante a sobrevivência, quer seja ela física ou psíquica. Mas não devemos esquecer, que

nesta perspectiva de "atrelamento à realidade", está implícito que esta realidade, como veremos depois, já seria uma realidade "idealizada", com conotações valorativas. Esta realidade funcionaria, então, como mecanismo ideológico, que pode levar à alienação do sujeito, quer seja ( como dirão os marxistas) pelo sistema alienante de produção capitalista, quer seja pelo processo de identificação do sujeito com o seu papel social.

COSTA (1989), ao analisar o pensamento de FREUD, sobre o trabalho como fundamento da vida em coletividade, ressalta que FREUD sempre associou o trabalho como uma atividade derivada da sublimação, e como tal não poderia ser um fenômeno originário, na medida em que o processo sublimatório pressuporia a existência de princípios externos à sexualidade já instituídos para que o desvio pulsional seja efetivado. Para aquele autor:

*"... só abandonando o parâmetro da teoria social é possível entender este paradoxo (o do trabalho ser fundamento da vida em coletividade e ser derivado da sublimação). O trabalho pode ser invocado como um fator genético, sim. Mas não da vida social lato senso. O trabalho pode ser entendido como metáfora ou representante de uma resposta possível a uma carência primordial, como pode ficar claro em mal-estar na cultura. Por outro lado, o trabalho também pode ser razoavelmente entendido como força que coage o ego narcísico ou a pulsão, mas desde que se abandone a arena do social para articulá-lo à problemática dos ideais ou da sublimação." (COSTA, 1989, p.68)*

O trabalho, enquanto determinante social do sujeito, só se faria presente enquanto metáfora da "carência individual" primordial; como uma resposta à situação de desamparo do homem ao ser colocado no mundo já dado. Teoria esta, que apesar de restrita à identidade psicológica, não estaria conflitante com a teoria marxista, de que o trabalho surge a partir da necessidade do homem dominar a natureza por questões de sobrevivência física e com isto deixar de ser tão impotente frente às adversidades da natureza. Frente à sobrevivência física, temos uma teoria materialista, frente à sobrevivência psíquica temos uma teoria

metapsicológica/ psicanalítica! Porém, ambas nos remetem a questão dos ideais, quer sejam eles como função ideológica ou como fruto do processo identificatório.

Cabe, ainda, a ressalva de que devemos estar atentos à questão levantada por COSTA (1989), a respeito da relação entre o processo sublimatório e a possibilidade do trabalho vir a ser o fundamento da vida em sociedade. Pois, a sublimação pressupõe, não apenas, a mudança do objeto (através da dessexualização), mas também que esse processo se dá em função da valorização social do novo investimento libidinal, no caso o trabalho, e tal valorização é fruto dos processos sociais existentes a priori e às expensas da satisfação pulsional. Como se, como afirma BAUDRILLARD (1990):

*"o sujeito apenas pode desejar, só o objeto pode seduzir".  
(BAUDRILLARD, 1990, p.95)*

Caso tomemos o trabalho como "objeto", estaria ele subordinado às regras da sedução? Podemos dizer que, para que o trabalho possa funcionar como "objeto" etc, de alguma forma, deve ser investido como suporte dos ideais individuais e, mais ainda, precisa estar articulado com o nível de produção coletiva do trabalho, tal como sugere a noção de objeto profissional, proposta por AUBERT & PAGÉS (1989):

*"La notion d'objet professionnel (...) Entendons par les entités sociales, provenant de l'univers professionnel, qui sont investies comme support des idéaux individuels. Ce peut être le cas du travail proprement dit, des relations avec les chefs, les collègues, de l'organisation elle-même, des idéaux et philosophies collectives... Il s'agit d'«objets complexes», d'«objets collectifs», situés au carrefour de problématisations multiples, susceptibles de varier de plusieurs cotes (...). Pour se constituer, ils ont besoin d'être investis par le groupe social et par l'individu, de même qu'ils peuvent être ébranlés d'un côté ou de l'autre, ou des deux. Ce sont eux qui assurent le lien entre le système intrapsychique individuel et le système collectif. Ils*



*fonctionnent entre lés deux comme une sorte de synapse." (AUBERT & PAGÉS, 1989, pp.253-254).<sup>3</sup>*

Esta noção de objeto profissional nos dá a possibilidade da articulação do investimento individual num ideal social, tal como FREUD já havia assinalado com relação ao funcionamento das massas em *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (FREUD, 1921). Com isso, o contexto do trabalho (e a própria organização) se oferece como "suporte dos investimentos individuais", mas também é alimentado reciprocamente pelos investimentos individuais dos trabalhadores, formando uma "sinapse". Esta visão de dois sistemas autônomos, que se influenciam mutuamente, leva a se pensar também em dois níveis de patologia, como sugerem aqueles autores: uma "psicopatologia social", composta pelas disfunções sociais e conflitos existentes (explícitos ou não) e uma "psicopatologia individual", decorrente dos conflitos intrapsíquicos. O "poder de sedução" da organização (e do trabalho) estaria justamente na possibilidade de se colocar como "tela de projeção" para os anseios individuais.

No entanto nos resta tentar analisar melhor como está (ou não ) assegurado o sucesso desta empreitada de "recomposição narcísica". Para tanto, esta relação entre trabalho, realidade e a própria constituição do sujeito deve ser melhor analisada e, dificilmente poderíamos esgotar tal assunto aqui e agora. No entanto, podemos dizer que, tal como JABLONSKI (1992), assinalou em relação ao consumismo e AUBERT & PAGÉS (1989) em relação ao stress profissional, este "poder de sedução" (e de desilusão) poderá ser melhor

---

<sup>3</sup> "A noção de objeto profissional (...) entendemo-la com as entidades sociais, provenientes do universo profissional, que são investidas como suporte dos ideais individuais. Pode ser o caso do trabalho propriamente dito, das relações como os chefes, com os colegas, da própria organização, dos ideais e filosofias coletivas... Trata-se de << objetos complexos >>, de <<objetos coletivos >>, situados na encruzilhada de problemáticas múltiplas, susceptíveis a uma variedade de formas (...) Para se constituir, eles necessitam de serem investidos pelo grupo social e pelo indivíduo, da mesma forma que podem ser abalados por um lado ou por outro, ou pelos dois. São eles que asseguram o vínculo entre o sistema intrapsíquico individual e o sistema coletivo. Eles funcionam entre os dois como uma espécie de sinapse." (traduzido pelo autor deste trabalho)

explicado pelos mecanismos constitutivos do ideal do ego e do ego ideal, que foram muito bem estudados por CHASSEGUET-SMIRGEL (1992).

Mas, onde ficou a relação entre a clínica psicanalítica e o trabalho? Podemos dizer que FREUD (1898), pouco considerou o trabalho como fator etiopatogênico. Por exemplo, considerava que a sobrecarga no trabalho não seria um fator etiológico das neuroses, mas, ao contrário o trabalho serviria como prevenção à neurose, como fica claro no texto sobre *A Sexualidade na Etiologia das Neuroses* (FREUD, 1898) :

*"... o médico que não é neurastênico está tão exposto à influência de uma civilização alegadamente nefasta quanto o paciente neurastênico que ele deve tratar. Sujeitos a essas limitações, os fatores de estafa retêm sua importância. Mas o elemento de sobrecarga de trabalho, que os médicos tanto gostam de indicar em seus pacientes como causa de suas neuroses, é com demasiada frequência usado indevidamente. É bem verdade que qualquer pessoa que, devido à perturbação sexual, se torna disposta a neurastenia, tolera pessimamente o trabalho intelectual e as exigências psíquicas da vida; mas ninguém se torna neurótico apenas por efeito do trabalho ou da excitação. O trabalho intelectual é antes uma proteção contra a neurastenia; são precisamente os mais incansáveis trabalhadores intelectuais que escapam da neurastenia, e aquilo que o neurastênico se queixa como sobrecarga que o faz adoecer não pode ser chamado de trabalho intelectual, seja por sua qualidade, seja por sua quantidade. Os médicos terão que se acostumar a explicar a um burocrata que se 'sobrecarregara' em sua escrivania, ou a uma dona de casa para quem se tornaram pesadas demais as tarefas domésticas, que eles adoeceram não por terem executado tarefas facilmente realizáveis por um cérebro civilizado, mas porque durante todo o tempo negligenciaram ou prejudicaram grosseiramente sua vida sexual". (FREUD, 1898, p.298/299).*

Opinião, esta, que já havia deixado claro em 1892-94, quando analisara as idéias de CHARCOT, sobre o excesso de trabalho como causa de neurastenia cerebral, no *Prefácio e Notas de Rodapé de "Leçons de Mardi"* (FREUD, 1892-94)

*"Todas estas discussões etiológicas referentes a neurastenia são incompletas na medida em que não são consideradas as influências nocivas sexuais, as quais, em minha experiência, constituem o fator*

*mais importante, o único fator etiológico indispensável. " (FREUD, 1892-94, p.202)*

Ou no *Rascunho "A"* (FREUD,1950) das suas comunicações a FLIESS, no ano de 1892, na ocasião em que discorria sobre os fatores etiológicos das neuroses;

*"Simples excesso e sobrecarga de trabalho não são fatores etiológicos." (FREUD, 1950, p.246)*

FREUD, quando dá alguma atenção ao trabalho como fator etiológico das neuroses, o faz minimizando sua importância e colocando-o a serviço da excitação sexual, como substituto simbólico da satisfação pulsional. É assim quando, em *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (FREUD,1926), falando de inibições específicas, afirma que:

*"A análise revela que quando atividades como tocar piano, escrever ou mesmo andar ficam sujeitas as inibições neuróticas, isto ocorre porque os órgãos físicos postos em ação - os dedos ou as pernas - se tornaram erotizados de forma muito acentuada. Descobriu-se como fato geral que a função do ego de um órgão fica prejudicada se a sua erotogeneidade - sua significação sexual - for aumentada. Comportase, se me permitem uma analogia um tanto absurda, como uma empregada doméstica que se recusa a continuar cozinhando porque o patrão iniciou um caso amoroso com ela. Logo que o escrever, que faz com que um líquido flua por um tubo para um pedaço de papel branco, assume o significado da copulação, ou logo que o andar se torna um substituto simbólico do pisotear o corpo da mãe terra, tanto o escrever como o andar são paralisados porque representam a realização de um ato sexual proibido. O ego renuncia a essas funções, que se acham dentro de uma esfera, a fim de não ter de adotar novas medidas de repressão - a fim de evitar um conflito com o id. Existem também claramente inibições que servem à finalidade de autopunição. Este é amiúde o caso em inibições de atividades profissionais. Não se permite ao ego levar a efeito essas atividades, porque trariam êxito e lucro, e isso são coisas que o severo superego proibiu. Assim o ego desiste também delas, a fim de evitar entrar em conflito com o superego." (FREUD, 1926, p.110-111)*

O trabalho, ou as atividades corporais ligadas a uma determinada tarefa laborativa, não afetariam o funcionamento mental, senão quando sua representação psíquica for distorcida e

ameaçar colocar o ego em conflito com o id ou com o superego. Em suma, a atividade profissional, e o corpo do trabalhador só são, por assim dizer "sintomas" e não fatores etiológicos do adoecimento psíquico. Mesmo nos seus escritos mais recentes, FREUD mantém esta opinião acerca da importância do trabalho como fator etiológico, como é o caso de uma nota de rodapé no seu artigo *Análise Terminável e Interminável* (FREUD, 1937):

*"Esses fatores [não específicos, como o trabalho excessivo] sempre gozaram de reconhecimento geral, mas foram relegados para o segundo plano exatamente pela psicanálise. É impossível definir saúde, exceto em termos metapsicológicos, isto é, por referência às relações dinâmicas entre as instâncias do aparelho psíquico que foram indicadas, digo, identificadas - ou (se preferir) inferidas ou conjecturadas - por nós." (FREUD, 1937, nota p.258)*

Assim, para FREUD, como vimos, fatores como sobrecarga de trabalho só seriam levados em conta como agentes externos, que ajudariam a elucidar causas internas, advindas da economia libidinal e dos conflitos entre as instâncias psíquicas.

DEJOURS retoma a diferença entre o trabalho físico e o trabalho psíquico na sua relação com a saúde e, tal como FREUD, defende a idéia, que não seria o excesso ou "sobrecarga" do trabalho mental, que levaria ao adoecimento do trabalhador, como é o caso do trabalho físico excessivo e em condições penosas (DEJOURS, 1988, 1991, 1994), e para que seja possível a investigação entre trabalho e saúde mental, temos que abandonar o modelo médico e psiquiátrico clássico. Tais modelos privilegiam as "condições de trabalho", onde o foco fica nas pressões físicas, químicas, biológicas e, quando muito, nos fatores psicossensoriais e cognitivos do posto de trabalho.

DEJOURS (1994), salienta que, além da ruptura com os modelos da medicina e da psiquiatria clássica, o estudo da psicopatologia do trabalho propõe uma segunda ruptura epistemológica, pois, ao lidar com um campo psicopatológico não ocupado pela loucura -já,

que apesar dos trabalhadores estarem sujeitos a pressões, conseguem escapar da loucura, estaria lidando com uma certa "psicopatologia da normalidade".

*"A psicopatologia do trabalho propõe um método de investigação clínico e teórico que tenta integrar as duas rupturas epistemológicas. A relação específica entre o sujeito e a organização do trabalho constitui o centro de gravidade da análise. O sujeito é aqui visto dentro destas relações com o coletivo, sob duplo enfoque: os dos procedimentos defensivos contra o sofrimento do trabalho, que justamente articulam as produções deste indivíduo àquela do coletivo; da ressonância simbólica que articula o teatro privado da história singular do sujeito ao teatro atual e público do trabalho, abrindo assim uma problemática socialmente referenciada da sublimação e do prazer no trabalho (DEJOURS, C., 1988). Quanto a organização do trabalho ela é vista, antes de mais nada, como uma relação socialmente construída e não somente em sua dimensão tecnológica..." (DEJOURS, 1994, p.48)*

Sendo assim, ao tomar-se como apoio a psicanálise, temos que também introduzir, além do referencial sócio-histórico, onde o indivíduo está inscrito, a "dimensão organizacional" (divisão de tarefas e relação de produção) e tudo o que se possa considerar como "relação social" e como o esta se articula com o funcionamento psíquico individual. Neste sentido, a psicanálise não teria algo específico a dizer sobre o trabalho e sobre os trabalhadores, mas teria algo a dizer sobre qual o lugar do "desejo" e qual o lugar do "sujeito" no trabalho contemporâneo (DEJOURS, 1994, P.39).

O trabalho, enquanto campo de investigação da saúde mental seria, então, uma "interface" entre o singular e o coletivo (DEJOURS, 1994, P.47) ou propiciaria uma "sinapse" quando tomado como objeto (AUBERT & PAGÉS, 1989).

Resgata-se com a "psicopatologia do trabalho", proposta por DEJOURS (1994), a possibilidade de articulação entre a vida profissional e a história singular do sujeito. Mais ainda, a própria constituição das estratégias defensivas são vistas como coletivamente estruturadas - onde os processos e a organização do trabalho têm um papel fundamental -, mas

com uma "ressonância simbólica" no indivíduo. Articula-se, assim, o "sujeito pulsional da psicanálise" com o "sujeito social" do trabalho.

O sofrimento do trabalhador só pode ser tomado como uma expressão da vida coletiva do indivíduo, quando tomamos o trabalho como "exigência externa", enquanto "vontade do outro" (como vimos no capítulo 2) e sua relação com o "desejo" e os mecanismos de "repressão" e "sublimação" do indivíduo. No estudo da psicopatologia do trabalho, o trabalho se situa entre *EROS* e *ANANKE*.

### 3.4 - O contrato e esse terceiro: o convênio

Até agora havíamos destacado alguns aspectos da clínica psicanalítica, que estavam muito relacionados com uma relação interpessoal, entre o analista e o analisando. Neste momento, tentaremos colocar a questão da existência de um terceiro no estabelecimento do contrato terapêutico.

O "contrato" refere-se, primeiramente a uma situação onde duas ou mais pessoas formalizam uma relação de direitos e deveres, um para com o outro, em função de objetivos a serem alcançados. Porém, na psicanálise, como vimos, o primeiro obstáculo é a definição do objetivo terapêutico: É possível explicitá-lo tão objetivamente ao cliente, ou, aí, também se coloca a questão do "só-depois"? Se assim for, como justificar a existência de um convênio que financie o "tratamento" de não se sabe o que, "só-depois" poderá sabê-lo, se puder?

Sabemos, pelo que vimos, que o cliente sabe (e sente na pele) que tem uma demanda ditada pelo sintoma, mas como torná-la "objetivável", a um terceiro, ao analista, e a si mesmo? Se há uma demanda, há uma demanda de resposta! Mas como estabelecer um "contrato" para uma demanda que não será atendida?

Para pensarmos estas questões, recorreremos, primeiramente, a CARACUCHANSKY (1990), que nos assinala a existência de três tipos (ou níveis) de contrato: **o contrato administrativo, o contrato terapêutico propriamente dito e o psicológico ou implícito.**

Todos estes contratos se articulam na estruturação do enquadre e processo terapêutico, sendo influenciados e influenciando a eles.

O **contrato administrativo** representa mais a "realidade material"; define as relações de direitos e deveres e no ajuste de como serão exercidos. Estão incluídos o pagamento, horários, local de atendimento, duração do tratamento, etc. Apesar de representar uma continuação das rotinas contratuais sociais, representando o mundo real que vivemos, é

também parte do enquadre terapêutico, pois pode ser uma "proteção" contra algumas "táticas defensivas" que o cliente possa vir a querer utilizar na manipulação da situação terapêutica, movido pelas "resistências internas". Este tipo de contrato impõe limites objetivos e explícitos desde o início do processo terapêutico, sem o qual nenhuma terapia tornar-se-ia viável.

O **contrato terapêutico propriamente dito**, relaciona-se diretamente com a representação que o analista e o analisando têm do que seja o objetivo da relação terapêutica. Por isso, deve ser o mais próximo possível do *real*, do *razoável*, e do *realizável*. Para tanto, além de que o contrato em si mesmo não contrarie a lei e a moral vigente, deve haver um *consentimento mútuo*, uma *compensação para o terapeuta*, e uma *competência de ambas as partes* para cumprirem o contrato. Logo, há implícita a idéia que tanto o profissional, quanto o cliente, são responsáveis pelo resultado do processo.

Ressalte-se que, num primeiro momento, estamos falando de um **contrato terapêutico** que se estabelece em cima de uma "relação" que ainda não existe de fato. Estamos falando mais de "expectativas" e "intenções", um tanto conscientes, calcadas em cima de representações mútuas, do que de "julgamentos" a partir de uma vivência comum. Sendo assim, a efetivação desta relação contratual só se verificará durante o andamento do processo, quando surgirem os primeiros sinais de "resistência", e o "contrato" servir de suporte a esta relação.

O **contrato implícito ou psicológico** é um tipo de contrato invisível, baseado em expectativas mútuas, entre cliente e profissional, e que não foram explicitadas ao outro. Estas expectativas influenciam na direção do processo, na seleção do material que o cliente traz e na seleção das intervenções realizadas pelo profissional, como se formasse um "foco invisível". É impossível evitar este tipo de contrato a priori, mas se deve buscar a sua explicitação, de



modo a poder serem identificados e analisados os mecanismos psíquicos subjacentes, tais como a projeção, contratransferência, etc.

Tentemos, agora, refletir sobre as conseqüências da existência destes três níveis de contrato na prática psicanalítica em geral e, mais ainda, quando esta prática é intermediada por um terceiro, o convênio.

A primeira questão é qual a identidade profissional que é referida, quando o cliente procura ajuda, e que definirá o nível de competência para lidar com a sua demanda: psicólogo ou psicanalista? Mais ainda, o tipo de orientação teórica e nível de especialização é determinante nesta procura?

Sabemos que a psicanálise, enquanto "profissão regulamentada" não existe, ao contrário da profissão do psicólogo, do médico, etc. Sendo assim como firmar um "contrato administrativo" com um profissional cuja "profissão" não existe legalmente? Por outro lado, sabemos que quase todas as sociedades de formação psicanalítica exigem uma formação acadêmica de nível superior para o ingresso de candidatos à formação. Estes assumem um "status" de pós-graduação, se "apoiam" numa representação de conhecimento adquirido fora daquela instituição que, na maioria das vezes, são cursos da área de saúde ou das ciências humanas. Isto cria, então, o primeiro problema, a nível da representação do profissional e da formalização de um contrato administrativo, que fica mais claro ao analisarmos os credenciamentos dos convênios.

Na prática, ao consultarmos qualquer catálogo de serviços oferecidos pelos convênios, com lista de profissionais credenciados, verificamos que não há referências à especialidade "psicanalista". Encontramos referência a médicos, psicólogos e suas respectivas áreas de atuação, cuja classificação é a mais variada: por faixa etária da clientela (infantil, adolescentes e adultos); por número de participantes (individual, família e grupos) e por tipo de serviço

prestado (orientação vocacional, psicodiagnóstico, psicoterapia, etc. ). Mas nenhuma das classificações adotadas neste material de divulgação aborda a orientação teórica do profissional (psicanálise, gestalt, por ex. ).

Desta forma, podemos supor que, pelo menos para o convênio, a referência adotada para o profissional é a sua "profissão regulamentada", quando da realização do contrato administrativo. No entanto, como salientamos antes, isto não impede que nos outros níveis de contrato possam existir outras representações, como a de psicanalista, por ex. O que devemos estar atentos, é se esta "dupla representação profissional" interfere no processo, e de que forma. Pois, a própria psicanálise trabalha com o conceito de "verdade", que pressupõe o ato contínuo de revelar os "implícitos" da relação terapêutica, inclusive os "pactos inconscientes", para que cada sujeito possa assumir o seu desejo, e seus limites!

Esta questão da representação da identidade do profissional é fundamental, como vimos (ao analisarmos a questão da formação da identidade do analista, do uso do tempo e do dinheiro, etc. ) na determinação do ato analítico e seus objetivos, e sua explicitação no estabelecimento do contrato, e durante todo o processo, pode definir os rumos da relação. Mas como lidar com isso quando há um terceiro neste contrato?

GROHOL (1995), discute a relação dos profissionais e usuários/consumidores dos seguros de saúde, assumindo que os interesses dos convênios, são o de controlar o acesso de seus assistidos aos tratamentos de saúde mental, numa lógica que limita o tempo, o tipo de tratamento pretendido e a escolha do profissional pelo cliente. Este tipo de lógica não estaria relacionada a um maior aprofundamento de eficácia terapêutica, mas sim, atrelada a uma contenção de custos, que nem sempre representa uma real relação custo/benefício favorável para as próprias companhias. Um exemplo disto seria quando a companhia seguradora "indica", prioritariamente ,um tratamento medicamentoso, realizado por psiquiatras, para

casos de depressão, baseada na lógica de que a medicação, ao lidar com a eliminação de sintomas em curto tempo, custaria menos que um tratamento psicoterápico.

*"That is the bottom line, though. Medication costs less than psychotherapy, even if you need to take it for the rest of your life (long after the insurance company has had to pay for it). They don't care about long-term effects or goals as they are very business-oriented and short-sighted. While psychotherapy will cost more in the short-term, it is with the understanding that most people do not stay in psychotherapy the rest of their lives for their problems and they do get better. And once a problem is taken care of in psychotherapy, the problem is likely gone, to some extent, for most people for the rest of their lives. But insurance companies ignore this." (GROHOL, JOHN M. - WHY MANAGED CARE HURTS YOU, carta aberta na INTERNET, 21 de julho de 1995)<sup>4</sup>*

Assim, devido à má compreensão do que seja o trabalho psicoterapêutico e seus resultados, a própria relação custo/benefício das companhias de seguro-saúde estaria equivocada. GROHOL atribui tal fato, de que quem efetivamente controla e decide os atendimentos e credenciamentos são pessoas que têm uma qualificação inadequada ou insuficiente para entender do que se trata a psicoterapia, menosprezando o seu valor terapêutico e aquisição de resultados positivos duradouro, não restritos ao alívio temporário de sintomas, como é o caso de algumas abordagens medicamentosas.

Devemos lembrar, que argumento semelhante havia adotado FREUD (1913), em *O Início do Tratamento*, com relação ao dispêndio financeiro dos analisandos oriundos da classe média e os resultados duradouros que podiam obter com a psicanálise. Comparou, inclusive, com os excessivos gastos com possíveis internações, caso houvesse agravamento do quadro

---

<sup>4</sup> "Esta é a base, então. Medicamentos custam menos que psicoterapia, mesmo que você precise tomá-los pelo resto da sua vida (mesmo após a seguradora não ser mais obrigada a pagar por eles). Eles não se preocupam com os efeitos ou objetivos a longo prazo pois são orientados para o mercantilismo e com visão curta. Enquanto a psicoterapia custará mais à curto prazo, é com esta compreensão que a maioria das pessoas não ficam em psicoterapia o resto das suas vidas para resolverem os seus problemas e eles melhoram. E uma vez que um problema tenha sido tratado na psicoterapia, o problema geralmente desaparece, de certa forma, para a maioria das pessoas para o resto das suas vidas. Mas as seguradoras ignoram isto" (tradução feita pelo autor deste trabalho).

patológico no decorrer do tempo, por inexistência de tratamento adequado, ou mesmo dos ganhos advindos de um melhor desempenho profissional do paciente após o tratamento.

*"No que concerne às classes médias, a despesa envolvida na psicanálise é excessiva apenas na aparência. Inteiramente à parte do fato de nenhuma comparação ser possível entre a saúde e a eficiência restauradas, por um lado, e um moderado dispêndio financeiro, por outro, quando adicionamos os custos incessantes das casas de saúde e do tratamento e contrastamo-los com o aumento da eficiência e de capacidade de ganhar a vida que resulta de uma análise inteiramente bem sucedida, temos o direito de dizer que os pacientes fizeram um bom negócio. Nada na vida é tão caro quanto a doença - e a estupidez."  
(FREUD, 1913, pp. 175-176)*

Não pensar os benefícios da psicanálise e sua relação custo/benefício, seria uma "estupidez" que estaria custando caro então! Mais ainda, de acordo com GROHOL (1995), estariam sendo criados sofrimentos desnecessários aos usuários, que têm de se submeter às normas ditadas pelos convênios para terem acesso ao tratamento. Normas esta, que também incluem justificativas periódicas dos profissionais (laudos), para que haja renovação de autorização dos atendimentos. São feitas avaliações e julgamentos, por pessoas que desconsideram o valor terapêutico das psicoterapias, para não falar da psicanálise.

FIGUEIREDO (1997) também salientou o paradoxo que existe nos ambulatórios públicos quando:

*"...pacientes que permanecem freqüentando os ambulatórios, por um longo tempo, em busca de receitas de ansiolíticos e/ou antidepressivos. Por que não a longa duração de um tratamento psicanalítico?"  
(FIGUEIREDO, 1997, p.16)*

Também, no caso dos convênios e seguros-saúde, a livre escolha do profissional para atender o assistido fica limitada a uma lista de credenciados, na maioria dos casos. O que, sem

dúvida, já influenciaria no tipo de representação que o cliente possa ter do profissional e do próprio tratamento.

Este tipo de controle exercido pelos convênios, de acordo com LEÃO et al. (1995) tem reflexos diretos na relação transferencial, principalmente por conta de que o pagamento se faz através de um "terceiro pagante" (que se utiliza de guias em lugar do dinheiro, cujo baixo valor e prazos para a efetivação do pagamento são ditados pelo convênio), e que, por sua vez, também controla o tempo, relacionando-o a uma "mãe protetora" e "vigilante" (em relação a um "tempo da cura").

*"É possível que as questões em torno do dinheiro deslizem para as questões do valor tempo. Já diz o ditado popular que 'Tempo é dinheiro'. É comum ouvir alguns analisantes preocupados com o tempo: '... será que meu tempo aqui vai corresponder com o tempo que a instituição me dá direito?'.*

*Algumas instituições de convênios só autorizam 200 sessões. Sendo o número de sessões semanais também determinados: duas por semana. Nesse caso, como fica a fantasia do tempo para o analisante se o mesmo é controlado pela instituição? Observamos então que nestas situações o analista fica preso ao enquadre da instituição limitando seu próprio enquadre.*

*Percebemos também que a questão tempo e número de sessões preocupam os analisantes com relação a sua imagem na instituição: podem ser vistos como loucos ou casos graves, prejudicando a sua reputação na empresa." (LEÃO et al. , 1995, p.50)*

Verifica-se, aí, que o enquadre terapêutico passa a também ser determinado pelo convênio, com relação ao dinheiro e seus sentidos, e com relação ao limite temporal. Esta intervenção objetiva do terceiro reflete nas fantasias do cliente e na sua representação do processo terapêutico, sem dúvida, mas também potencializa produções imaginárias, já carregadas de sentido pelo contexto cultural do paciente, tal como a sua percepção do que seja a loucura, a qual será maior, quanto maior for o tratamento. Reforçando, assim, a tese de COSTA (1989), anteriormente apresentada por nós, sobre a relação entre o contexto cultural e

o imaginário psicanalítico (calcada na noção de ego-narcísico imaginário de LACAN), enquanto particularidade atribuída ao ego.

Até então, ressalta-se o impacto do convênio no assistido, aqui tomado quase exclusivamente da sua relação de consumidor, uma relação um tanto passiva, que se submete a essa "mãe protetora e vigilante", mas temos que tentar estabelecer uma relação entre esta situação e o que desejam os profissionais em relação aos convênios. Para tanto, deixemos que GROHOL (1995) fale do seu descontentamento e de propostas para mudar a situação:

*"I don't know what consumers can do, individually, to change all of this. One or two voices in the wilderness are generally ignored. A couple of hundred or thousand well-organized voices, though, can generate change. All therapists want is the ability to see patients in psychotherapy for as long as their professional judgement says, without having to justify every session to someone with no knowledge of you, as a person, or the therapist, or the progress you are making in therapy. That generally does not mean years, but rather a few months. Most HMOs won't even pay for that, though. Maybe slowly they will begin to understand what they are doing, but I urge you, as a consumer of mental health services, to write or call your insurance company and ask about their mental health benefits. If they don't allow therapists the freedom that all other doctors and health professions enjoy, voice your concern, not only to them, but to your local Congressmen as well. (Congress will be tackling health-care reform sometime again within the next few years) It may be the only way to help change this awful system. "(GROHOL, JOHN M. - WHY MANAGED CARE HURTS YOU, carta aberta na INTERNET, 21 de julho de 1995)<sup>5</sup>*

Podemos analisar que o que está em jogo é, também, uma busca de um lugar ao sol para os psicoterapeutas, junto ao sistema de convênios, com reconhecimento das mesmas vantagens e respeito que os outros "doctors" têm. Trata-se, pois, de uma luta política, que

---

<sup>5</sup> "Eu não sei o que os consumidores podem fazer, individualmente, para mudar tudo isto. Uma ou duas vozes na multidão geralmente são ignoradas. Algumas centenas ou milhares de vozes bem organizadas, no entanto, podem gerar mudanças. Tudo o que os terapeutas querem é a possibilidade de atenderem seus pacientes em psicoterapia por tanto tempo os seus julgamentos profissionais acharem necessário, sem terem que justificar cada sessão a alguém que não os conhece, como pessoas, ou como terapeutas, ou o progresso que está sendo alcançado na terapia. Isto geralmente não significa anos, mas, ao contrário, alguns meses. A maioria das seguradoras de saúde sequer pagam por isto, no entanto. Talvez aos poucos eles começarão a entender o que estão fazendo, mas eu insisto na urgência de que você, como consumidor dos serviços de saúde mental, escreva ou telefone para a sua seguradora e pergunte sobre seus direitos em saúde mental. Se eles não dão a mesma liberdade aos terapeutas que todos os outros profissionais de saúde e médicos têm, fale da sua preocupação, não apenas para eles, mas para o seu representante local do congresso (político) também. (o congresso estará discutindo novamente as

tanto os usuários, quanto os profissionais, devem recorrer aos seus representantes no congresso para normatizarem o funcionamento das psicoterapias dentro dos convênios. Por trás da busca de um reconhecimento profissional há também uma luta corporativista?

GROHOL (1995), introduz também a relação existente entre o fato de que ser cliente-convênio, é também ser um cidadão que tem uma relação de consumidor com uma seguradora. Este terceiro traz para a cena o cliente também como cidadão-consumidor e como tal pode ter um papel ativo nos destinos do "*setting institucional*" proposto pelas seguradoras. É claro que por trás das reflexões de GROHOL (op.cit), existe o lado da implicação dos profissionais com essa questão - onde uma vez mais pode estar ocorrendo um deslocamento para os assistidos de uma necessidade dos profissionais - ; mas, queremos assinalar é que o cliente está sendo chamado a dar sua contribuição para a mudança da atual conjuntura.

Devemos ressaltar, ainda, que justamente neste momento, segundo semestre de 1997, o congresso brasileiro está com reformas constitucionais e projetos de lei, que dizem respeito aos planos de saúde e sua relação com os consumidores, em tramitação e votação nos plenários da Câmara e do Senado Federal. Sendo assim, o alerta de GROHOL, datado de 1995, feito para os americanos, também serviria para os brasileiros de hoje.

Mas, quanto ao psicanalista, por que aceitaria trabalhar sobre estas condições? Qual o seu ganho, se nem mesmo a sua profissão, como vimos é regulamentada e não parece haver nenhum movimento que tenha o objetivo de regulamentá-la?

LEÃO et al. (1995), refere que talvez um dos ganhos de quem trabalha em convênio (e é mal remunerado por isso) possa ser a divulgação do seu nome no mercado:

*"Sabemos que, ao assinar um convênio para integrar um serviço de saúde de uma empresa, nós enquanto analistas não teremos o dinheiro Como o único benefício desse gesto. Pois a empresa, nesses casos, se*

*encarrega de transmitir através de seus catálogos de serviços médicos o nome de seus profissionais credenciados, favorecendo assim o profissional tornar-se conhecido, dada a dificuldade que temos de recebermos cliente quando abrimos consultório. " (LEÃO, 1995, p.52)*

Ressalta-se, aí, o convênio como uma forma de acesso ao mercado de trabalho de analistas iniciantes, e o baixo valor do pagamento é compensado pelo benefício do uso dos instrumentos de divulgação da empresa. Mas, além desses benefícios individuais, digamos assim, haveria, talvez, questões quanto a difusão da própria psicanálise:

*"... Estaria esse analista credenciado transmitindo a teoria freudiana a uma faixa da população que de outro modo não teria essa oportunidade? Realizando desse modo os sonhos de FREUD expressos na correspondência a JUNG, ADLER e FLIESS de levar a psicanálise às instituições médicas e à universidade?" (LEÃO, 1995, p.52)*

Vemos, aí, o risco de uma postura "messiânica", tão censurada por FREUD, além de misturar-se uma prática clínica, com objetivos terapêuticos, com a "transmissão da teoria freudiana", correndo-se também o risco do cliente tomar a teoria freudiana e o seu analista-mestre como modelos identificatórios. Problema este já discutido, por nós em páginas anteriores.

Mas, cabe aqui lembrar que ao desejo sempre se exige um Outro. A questão é como nos colocarmos frente ao Outro: **como analista não somos sujeito, mas uma função do desejo do cliente**, ou mesmo a sua causa (quando tomado como objeto "a"). Mas também, **como membro da "instituição psicanalítica" somos sujeito do desejo** e, com isso, devemos ter o cuidado de verificar qual o lugar que o cliente ocupa nessa nossa relação imaginária com a "nossa instituição", tomada aqui também como um Outro. É sobre o perigo de se transferir para a relação terapêutica nosso desejo de transmissão da teoria psicanalítica, que temos que



estar atentos, já que não estamos falando de fomentar uma *"weltanschauung"* psicanalítica nos nossos analisandos.

Mas o que traz o assistido a buscar ajuda psicológica / psicoterápica no convênio, e se o faz como vê essa sua busca? O convênio se coloca como mais uma opção ou representaria uma "falta de outras opções"?

SIQUEIRA (1995), resgata a crise financeira brasileira e seu impacto nos salários, além do descaso do Estado com os setores essenciais como a saúde, educação, habitação, transporte, etc. , como fator importante a ser considerado para as dificuldades, cada vez maiores, da clientela continuar pagando suas sessões de análise. Mais ainda;

*"Os baixos salários fizeram com que houvesse a fuga dos consultórios, impossibilitados que estavam os analisandos de arcar com as despesas das sessões de análise. Nascia, assim um tipo de interferência exterior ao "setting".*

*Estas dificuldades sócio-econômicas aludidas e a modificação da estrutura social e de bens de serviços contribuíram para que se tornasse inevitável o surgimento dos convênios e dos seguros-saúde, funcionando como intermediários financeiros e ocupando um espaço que deveria ser do Estado. Chamarei de 3º pagante a este grupo intermediário que cresce assustadoramente, obrigando a quase totalidade os brasileiros a ele se filiarem para suprirem a falência do serviço público de saúde. Mas, como não poderia deixar de ser, o 3º pagante constitui uma outra modalidade de interferência no "setting" analítico. " (SIQUEIRA, 1995, p.34)*

Nesta citação, encontramos um determinismo econômico que empurra os analisandos para atendimentos conveniados, criando "uma outra modalidade de interferência no setting analítico". Porém, a referida autora dá maior ênfase a este terceiro por ser "pagante" e, com isso, também cobraria resultados.

*"... O 3º que paga é o mesmo que cobra os resultados, interferindo no processo. A manipulação do dinheiro, ou de qualquer outra interferência, transcende a realidade material" (SIQUEIRA, 1995, p.35)*

Constatando que a crise financeira que assola a classe média, refletia na experiência analítica, com pedidos de redução do número de sessões semanais, de redução do preço das sessões ou mesmo do abandono, e que isto, aos poucos, instalou um novo enquadramento, diferente do proposto por FREUD, SIQUEIRA (1995), propõe que se analise a situação, evitando que a interligação dos conteúdos latentes e manifestos, possam confundir a compreensão do enquadramento analítico e mobilize as resistências do par terapêutico, que inclui tanto analista como analisando.

*"Este é o conflito do trabalho analítico. Embora participe desta realidade, o analista não pode escutar o analisando como se fosse um economista. Sua arte está em ultrapassar este impasse: não desprezar os dados da realidade, mas estar sempre atento à escuta do discurso inconsciente. " (SIQUEIRA, 1995, p.36)*

A proposta, então, é verificar o quanto dessas modificações podem trazer prejuízo ao desenvolvimento do processo, haja vista que o enquadramento psicanalítico é composto de elementos estruturantes que mantêm o processo, e onde o tempo e o dinheiro são fundamentais, como vimos anteriormente e, por isso não nos deteremos aqui nos diversos sentidos que possam ter. , vamos acompanhar a autora neste "movimento de invasão do setting" pelo social.

SIQUEIRA (1995), ressalta que o setting psicanalítico não é apenas composto pelo número e valor pago pelas sessões, ou mesmo pelo uso divã ; existem outras "marcas externas" importantes (de acordo com LAPLANCHE), como a relação analítica, a regra fundamental, a neutralidade, a interpretação, a transferência, etc. e que seria a **disposição à transferência** o fundamental na situação analítica.

Quando se propõe medidas adaptativas entre cliente e analista, evitando-se a rigidez das regras gerais (que teriam caráter puramente administrativo, se assim o fosse), a questão que tem que ser vista é : como a demanda do analisando se coloca dentro do movimento

transferencial e que tal demanda deva ser analisada em seu aspecto pulsional-sexual e não apenas compreendida em sua dimensão de auto-conservação. É nesse contexto, que a frequência e duração das sessões, bem como o uso do divã podem ser pensados.

*"Embora saibamos que os analisandos, que conseguem manter três ou quatro sessões semanais de análise, podem sentir mais facilidade para a disposição à transferência, conseguindo elaborar melhor as resistências, também sabemos que, por si só, este fato não garantiria um bom trabalho analítico. O número de sessões, assim como o divã, são vistos como elementos de facilitação do processo. A análise se faz pela escuta do inconsciente que emerge do setting, que se mantém através daqueles parâmetros já referidos." (SIQUEIRA, 1995, p.39).<sup>6</sup>*

Da mesma forma, o uso do dinheiro na clínica se submeteria à mesma escuta, calcada no seu valor simbólico, valor este que para ser revelado deve ter no contrato uma referência.

*"Analisando e analista devem discutir previamente todas essas variáveis do contrato. Que se possa ser flexível nos acordos precedentes, mas sem que isso signifique a falta de rigor quanto à essência da análise e do seu setting. É imperioso que se mantenha o contrato que ficou estabelecido. Todo esse rigor é necessário para que a vertente pulsional, o valor sexual e simbólico do tempo e dinheiro sejam objeto de análise. Tempo e dinheiro, sempre abordados por estes ângulos, mobilizam grandes discussões, mesmo quando são analistas os interlocutores. Trata-se de um tema tabu. Compreende-se, então, por que o setting passa a ser atacado, numa tentativa contínua de violação de suas regras." (SIQUEIRA, 1995, p.42)*

Resta salientar que, como vimos anteriormente, existem vários níveis de contrato, não apenas aquele explícito aqui referido. O tema tabu do dinheiro é também motivo para expectativas do próprio analista, e pode estar favorecendo o estabelecimento de contratos implícitos, ainda não revelados no início do tratamento. A questão é que nem sempre esta expectativa não revelada é puramente pulsional, mas da ordem da "auto-conservação".

---

<sup>6</sup> Um exemplo deste esforço de teorizar as modificações introduzidas na prática psicanalítica pela força do social, pode ser visto na prática das "análises concentradas", realizadas por alguns analistas, inclusive BION (conforme relatou MATTOS (1996), com vista a atender a demanda de candidatos a analistas que residem em cidades distantes dos grandes centros urbanos, e que não teriam outra forma de acesso a sua análise de formação.

Quanto às questões objetivas da crise financeira nacional, que instituem mudanças de hábitos de consumo, e que também significam uma intervenção no enquadramento psicanalítico, estas podem permitir discussões oportunas sobre modificações na prática psicanalítica, "porém":

*"... O enquadramento analítico pode ser adaptado às modificações sociais, contanto que se mantenha a escuta do simbólico, guardião do setting. Assim, dinheiro e qualquer outro conteúdo deverão sempre ser escutados em sua dimensão simbólica, seja do valor de troca, seja do valor de uso..." (SIQUEIRA, 1995, p.42)*

Acrescentariamos, aí, a necessidade de se articular uma dimensão política da inserção do sujeito, tanto no caso do profissional, quanto no caso do usuário, como tentou fazer GROHOL (1995) e também FIGUEIREDO (1997), no caso dos ambulatórios públicos. Dizemos isto, por que temos observado um certo "distanciamento" e isolamento dos profissionais psi, que se refugiam em seus consultórios e buscam soluções um tanto individuais para dar conta do seu próprio empobrecimento, como reflexo da própria redução do poder aquisitivo dos seus clientes. Acrescente-se a isto, que pensar a psicanálise como profissão, que possa agregar as mais diversas "escolas" é algo problemático e emblemático até, no sentido que se tem confundido a "regra da abstinência" dentro do processo analítico, com o abster-se de ser sujeito social!

Sendo assim, nos propomos, nos próximos capítulos, a analisar os dados colhidos nas entrevistas com psicólogos, que adotam a orientação psicanalítica na sua clínica, e que atendem em sistema de convênio e dos dirigentes destas instituições, de modo a verificarmos as possíveis "invasões do setting analítico" e suas conseqüências, que este tipo de prática introduz, bem como analisar as próprias representações dos entrevistados sobre o convênio, o assistido e os profissionais (psicólogos-psicanalistas).

## 4 - A PESQUISA

### 4.1 - Metodologia

Qualquer proposta de pesquisa no campo da saúde e trabalho, bem como das práticas psicológicas inseridas no social, enfrenta desde o seu início um desafio, como alerta-nos SILVA (1993):

*"O desafio que se coloca à pesquisa é o de alcançar um conhecimento integrado do que se processa simultaneamente a nível individual e a nível coletivo quando se toma por alvos do olhar o mundo do trabalho, seus atores e os intercâmbios que estes mantêm em diferentes espaços, inclusive nos exteriores ao ambiente de trabalho, entre si mesmos e com outros grupos e pessoas. " (SILVA, 1993, p.29)*

Assim, temos que ter em mente uma metodologia que propicie esse "conhecimento integrado", que articule o nível individual com o coletivo, sem, no entanto, correremos o risco de cair num "empirismo abstrato a-histórico e não comparativo", hipótese essa também levantada por SILVA (1993).

Pensamos, então, que a realização de entrevistas com psicólogos, engajados em convênios de assistência psicológica aos funcionários públicos (da administração direta, indireta e estatais), e dos dirigentes ou técnicos responsáveis pelos credenciamentos destes profissionais nas organizações patrocinadoras dos convênios de saúde, possa ser um caminho adequado às nossas pretensões.

Justificamos esta escolha, pelo fato de termos também a preocupação de tomar o conceito de "identidade" como articulador da representação do "nível individual" com o "nível coletivo". Articulação, esta, que pressupõe o entendimento de uma relação entre o

mundo intrapsíquico com o representacional, ambos articulados com as reais condições de existência, com a linguagem e o seu contexto semântico.

Como se trata de um "estudo exploratório", faz-se necessário identificar no discurso de cada interlocutor o seu próprio referencial teórico, na tentativa de operacionalizar um mínimo de "conhecimento integrado", sem, no entanto, nos enveredarmos por reducionismos psicologizantes ou sociologizantes. Esta identificação do "lugar de onde se fala", pressupõe, como nos ensina DUARTE (1993), a aceitação da mediação simbólica, logo a submissão da atitude de apreensão reflexiva do pesquisador à mediação do sentido, da significação (que se faz possível pela contextualização semântica). Para tanto, utilizamos a técnica de entrevista aberta, semi-estruturada, de forma a propiciar ao interlocutor a colocação de questões e articulações de acordo com o seu modo de ver o mundo, sem, no entanto, deixarmos de explorar as representações que os sujeitos tenham acerca do processo de adoecimento/tratamento/prevenção em saúde mental e quais os pressupostos teóricos que sustentam o seu discurso.

Enquanto uma "Pesquisa Qualitativa" (MINAYO,1996), ressaltamos que não estaremos nos baseando num critério numérico - onde a preocupação maior recairia no poder de generalização que as estatísticas possam oferecer -, mas sim, estaremos buscando um aprofundamento e compreensão de uma prática psicológica específica, o atendimento psicológico através dos sistemas de convênios de saúde, a partir da "análise de conteúdo" BARDIN (1977) de algumas entrevistas com psicólogos e funcionários que têm uma vinculação significativa com esta prática.

#### 4.1.1 - Sujeitos

Numa *primeira fase* foram pesquisadas **10 instituições de convênios de saúde vinculados à administração pública** (direta, indireta ou estatal; estadual e federal), onde entrevistamos os seus dirigentes ou funcionários responsáveis pelo credenciamento de psicólogos. Numa *segunda fase*, foram entrevistados **16 psicólogos credenciados que adotam a orientação psicanalítica na sua prática clínica**, selecionados aleatoriamente a partir das listas fornecidas por estas instituições.

#### 4.1.2 - Entrevistas

Todas as entrevistas foram realizadas por um grupo de três auxiliares de pesquisa<sup>1</sup>, alunas dos últimos períodos do curso de psicologia, que antes tiveram acesso à bibliografia sobre o tema da pesquisa e realizaram entrevistas piloto como treinamento.

Cada profissional foi entrevistado por duas auxiliares de pesquisa, sendo que uma dirigia as perguntas e a outra observava a dinâmica da entrevista, e quando não foi utilizado o gravador, anotava todo o diálogo. Logo após a entrevista, no menor espaço de tempo possível, as entrevistadoras se reuniam e avaliavam o conteúdo e dinâmica da entrevista.

Na *segunda fase*, na entrevista com os profissionais, optamos por não utilizar gravadores, devido à inibição e auto-censura exagerada que este equipamento provoca.. Assim, podemos ter perdido alguns detalhes, mas o ganho na qualidade da informação compensou esta perda. Mesmo assim, notamos que poucos detalhes são perdidos quando se

---

<sup>1</sup> Durante o desenvolvimento da pesquisa tivemos a substituição de duas das auxiliares de pesquisa, sendo uma na primeira fase e outra na segunda. Porém desde o início, até o final da pesquisa contamos com a participação continuada de duas auxiliares, que participaram de todo o processo.

trabalha com duplas, onde a reunião entre elas, após as entrevistas, torna possível o resgate de todo o "clima" e conteúdo da entrevista, mesmo que haja perda no encadeamento e forma como as questões foram respondidas.

Também observamos, que o fato do coordenador da pesquisa não está diretamente envolvido na coleta de dados, na situação de entrevista, propicia um certo "distanciamento analítico", que facilita ver as questões surgidas de outros ângulos e com maior "flexibilidade", principalmente quanto a interferência do entrevistador na dinâmica da entrevista.

**As entrevistas com os funcionários ou dirigentes das instituições, que correspondem a primeira fase da pesquisa, foram realizadas no período de outubro de 1995 a março de 1996.** Nesta fase, a nossa dificuldade maior foi a sensibilização dos dirigentes, para realizarem as entrevistas e a superação das solicitações burocráticas, do tipo "requerimentos", "ofícios de apresentação dos entrevistadores" e, principalmente, conseguir uma brecha da agenda dos executivos para um tempo médio de entrevista de cerca de 50 minutos.

**As entrevistas com os profissionais, que correspondem à segunda fase da pesquisa, foram realizadas no período outubro de 1996 a janeiro de 1997.** Nestas entrevistas, a nossa dificuldade foi, primeiramente, conseguir identificar, dentre as listas extensas de profissionais credenciados, quais aqueles que adotavam a abordagem psicanalítica. Isto demandou várias horas de contatos telefônicos, que implicavam deixar recados com secretárias, contatar os profissionais e explicar o motivo da pesquisa e, finalmente, quando identificados os sujeitos adequados à entrevista, ainda tivemos dificuldade em conseguir sensibilizá-los para tal ou conseguir horário nas suas agendas. A realização das entrevistas tiveram uma duração de 20 minutos a duas horas e meia, sendo que algumas vezes foram realizados mais de um encontro para a sua finalização.



### 4.1.3 - Questionário

Nas duas fases ,foram elaborados roteiros para as entrevistas (vide apêndices I e II), com perguntas em aberto que servissem de guia para os temas a serem abordados. Porém, a ordem das perguntas nem sempre foi àquela em que ocorreu a entrevista, haja vista que muitas vezes o entrevistado já antecipava em suas respostas outras questões, bem como nos fornecia outras informações pertinentes ao tema da pesquisa, e que foram também aproveitadas nas análises das respostas.

### 4.1.4 - Análise dos resultados

Cada entrevista após ter sido redigida em conjunto pelas entrevistadoras, foi lida para todo o grupo e foram feitas observações sobre o clima da entrevista; qualidade e conteúdo das respostas obtidas; questões que se relacionavam com as respostas; etc. Todas, estas observações da reunião do grupo, foram gravadas e depois serviram para a categorização das respostas obtidas. Neste momento, a leitura das entrevistas foi "flutuante", deixando-nos impregnar pelo seu conteúdo e levantar pontos para análises futuras.

No segundo momento, as entrevistas foram analisadas isoladamente por cada membro do grupo, tentando identificar, em cada entrevista como um todo, respostas que se relacionassem com categorias de análise previamente estabelecidas (que serão analisadas a seguir). Estas categorias foram extraídas de uma síntese feita a partir do roteiro de entrevista e das primeiras observações realizadas sobre as respostas obtidas.

O passo seguinte foi agrupar as respostas dos diversos entrevistados, de acordo com cada categoria, efetuando um corte transversal das entrevistas, e analisar as respostas obtidas

em cada categoria de modo a realizar uma análise crítica das respostas em cada categoria e levantar algumas interpretações sobre estas.

A última etapa da análise das entrevistas, foi uma consolidação das respostas em todas as categorias, de forma a buscar fatores que "atravessam" as entrevistas e que pudessem servir de base para uma análise final mais coerente, confrontando-se os resultados das entrevistas com as instituições com as entrevistas dos profissionais e com nosso estudo teórico.

## 4.2 - RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS CONVÊNIO

As entrevistas, com as instituições, foram realizadas seguindo um roteiro de perguntas (Apêndice I, item 6.1) e, posteriormente, foram transcritas ocultando-se qualquer tipo de informação que pudesse levar à identificação dos entrevistados ou de suas instituições (tais como os nomes verdadeiros das instituições ou mesmo os nomes das pessoas entrevistadas).

Salientamos que as instituições pesquisadas, receberam a numeração de 1 a 10 e as instituições patronais, as quais os associados se vinculam foram referidas, em ordem alfabética correspondente a sua ordem numérica, pelas letras A até J.

Outras instituições que foram citadas, mas não faziam parte da pesquisa, receberam numerações de 11 a 29, com ou sem acréscimo de letras antecedendo o número.

Desta forma, cada instituição citada, independente de ter sido pesquisada, recebeu um número (com ou sem letra associada) que a identifica em todo este trabalho, mas se preserva o sigilo dos entrevistados.

#### 4.2.1-Sobre o funcionamento das instituições:

Todas as instituições pesquisadas tinham algum vínculo com a administração pública, com as características, apresentadas no quadro abaixo:

**QUADRO 1 - CÓDIGOS USADOS NAS ENTREVISTAS E CITAÇÕES**

Nº Entrevista	Tipo de Atividade do Assistido	Tipo do Convênio	Código Inst. Patronal	Código Convênio
1	Adm. Indireta Financeira	Fundação	A	1
2	Economia Mista Prest. Serviços	Serviço Médico Patronal	B	2
3	Adm. Indireta Pesquisa/Fomento	Terceiros Contratados	C	3
4	Adm. Direta Vários Órgãos	Fundação	D	4
5	Economia Mista Prest. Serviços	Fundação	E	5
6	Adm. Direta Órgão de Controle	Sindicato (nacional)	F	6
7	Economia Mista Ind. e Comércio	Fundação	G	7
8	Adm. Indireta. Prest. Serviços	Serviço Médico Patronal	H	8
9	Adm. Direta Órgão de Controle	Associação Funcionários	I	9
10	Adm. Indireta Desenvolv. Regional	Serviço Médico Patronal	J	10
Sem entrevista	Privado	Cia. de Seguro-Saúde	K	11
Sem entrevista	Banco Estatal	Fundação	L	12
Sem entrevista	Adm. Indireta	Serv. Médico Patronal	M	13
Sem entrevista	Banco Estatal	Fundação	N	14
Sem entrevista	Privado	Cia. de Seguro-Saúde	O	15
Sem entrevista	Privado	Cia. de Seguro-Saúde	P	16
Sem entrevista	Privado	Cia. de Seguro Saúde	Q	17
Sem entrevista	Privado	Cia. de Seguro Saúde	R	18
Sem entrevista	Privado	Cia. de Seguro Saúde	S	19
Sem entrevista	Privado	Sindicato	T	20
Sem entrevista	Adm. Indireta	Serv. Médico Patronal	U	21
Sem entrevista	Bancos	Sindicato	V	22
Sem entrevista	Banco Estatal	Serv. Médico Patronal	X	23
Sem entrevista	Privado	Cia. de Seguro Saúde	Y	24
Sem entrevista	Privado	Serv. Médico Patronal	W	25
Sem entrevista	Privado	Cooperativa	Z	26
Sem entrevista	Privado	Serv. Médico Patronal	ALFA	27
Sem entrevista	Privado	Cia. de Seguro Saúde	BETA	28
Sem entrevista	Adm. Indireta	Serv. Médico Patronal	GAMA	29

Como pudemos constatar, no quadro anteriormente apresentado, foram identificadas, ao todo, vinte e nove instituições de convênios que atuam no Recife a que os entrevistados se referiram. Lembramos que apresentamos, no quadro acima, os dados colhidos em todas as entrevistas, inclusive com os psicólogos, no intuito de já introduzir a dimensão da prática de convênios na localidade onde ocorreu a pesquisa. Isto não significa ,que todos os vinte e nove convênios identificados ofereçam assistência psicológica na atualidade ; ao contrário, muitos foram citados, justamente ,como exemplos de convênios que não oferecem este tipo de atendimento.

#### **4.2.1.1- Tipos de serviços de saúde oferecidos pelas instituições**

Os serviços oferecidos pelas instituições estão sintetizados na **tabela 1** (ver adiante), e poucas instituições tinham informações precisas sobre o ano de inclusão dos serviços de psicologia, conforme pode ser verificado na **tabela 2**(ver adiante), bem como na forma que foram obtidos estes dados durante as entrevistas: com muita dificuldade de acesso aos registros.

Podemos dizer que a inclusão do atendimento psicológico, não representa um dado marcante, que mereça destaque nos registros destes convênios. Observemos, então, algumas respostas dadas pelos dirigentes e/ou funcionários dos convênios, quando indagados sobre o início da prestação de serviços de psicologia aos seus assistidos:

*"(...)Não faço idéia desde quando oferece cada tipo de serviço. Há mais de vinte anos (...)" (CONVÊNIO 1)*

*"É impossível de responder [há quanto tempo a instituição oferece o atendimento psicológico]. Já faz bastante tempo. Eu tenho 22 anos de empresa e já tinha assistência médica; lógico que algumas coisas,*

*alguns benefícios foram incluídos na assistência médica no correr dos anos (...)" (CONVÊNIO 2)*

*"Desde o início eu não sei dizer, mas faz bastante tempo(...)" (CONVÊNIO 2)*

*"Há vinte anos o "CONVÊNIO 3" oferece seus serviços, [inclusive o psicológico]" (CONVÊNIO 3)*

*"Desde o início já tinha o atendimento psicológico." (CONVÊNIO 4)*

*"Eu não sei nem quando foi que começou, [tem que fazer um] levantamento histórico(...) Isso é bem antigo, realmente eu não sei(...)" (CONVÊNIO 5)*

*"O programa de saúde foi montado desde 1991, então desde 1991 oferece tudo isso [inclusive psicologia]." (CONVÊNIO 6)*

*"O psicológico desde 1987; o resto desde 1983". (CONVÊNIO 8)*

*"[Todos os serviços] desde 1981...*

*[O atendimento psicológico], aí eu não sei. A questão cronológica, assim, como surgiu e o que tinha desde o início, eu não sei. Deixa ver se tenho algum material aqui...." (CONVÊNIO 9)*

*"...Todas [as modalidades de serviços] já existem desde a fundação [da instituição J]" (CONVÊNIO 10)*

Note-se, que o entrevistado do "CONVÊNIO 2" refere-se aos serviços como "benefícios", que foram incluídos na "assistência médica". Isto, veremos mais adiante, tem um significado especial, quando formos analisar outras questões. No momento, podemos adiantar que fica aí uma certa "tensão semântica", entre o sentido das palavras "benefício" e "assistência médica".

TABELA 1 - Serviços oferecidos por cada instituição

SERVIÇOS	INSTITUIÇÕES										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hospitalar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Consultas Médicas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Odontologia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Psicologia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Exames	X	X	X	X	X	X			X		07
Fonoaudiologia		X		X	X	X	X	X	X		07
Psiquiatria	X	X	X	X	X	X			X		07
Fisioterapia		X			X	X			X		04
Terapia Ocupacional		X			X	X		X			04
AIDS				X							01

TABELA 2 - Ano de inclusão dos serviços

SERVIÇOS	INSTITUIÇÕES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Psicologia	1987	não informou	1975	1945	não informou	1991	não informou	1987	1981	desde o início
Todos os Serviços exceto Psicologia	não informou	não informou	1975	1945	não informou	1991	não informou	1983	1981	desde o início

#### 4.2.1.2 - Motivos para inclusão do serviço de atendimento psicológico

Aqui mais uma vez, a psicologia aparece como algo a mais, como um "benefício" e não como uma necessidade, mas sim como um aprimoramento e mais conforto ao associado. A psicologia como atenção complementar: "mais atenção à saúde como um todo", "melhor conforto e atendimento personalizado", "ajudar aos associados", "para facilidade dos sócios", "ampliação do campo de assistência", são frases que exprimem esta visão da psicologia como

mais oferta do que necessidade. A exceção se fez na resposta do CONVÊNIO 1, onde é mencionado o "trabalho preventivo e ajuda para lidar com o stress profissional".

**TABELA 3 - Motivos para inclusão dos serviços de psicologia**

MOTIVOS QUE LEVARAM À INCLUSÃO DE PSICOLOGIA NO PROGRAMA DE SAÚDE	INSTITUIÇÕES	TOTAL
Não souberam responder	2, 3, 4, 5 e 6	5
Para ampliar o campo de assistência dos associados	7, 9 e 10	3
Necessidade de aperfeiçoar o sistema de atendimento; demanda em função do estresse no trabalho e trabalho preventivo da saúde mental	1	1
Acatar determinação de uma lei; atender a demanda e visar a saúde geral dos associados	8	1

*"A gente oferece o serviço [de psicologia] porque estamos conscientes que o psicólogo é um psicólogo de ajuda. [O CONVÊNIO 2] abre um leque muito grande de assistência médica que inclui psicologia."  
"(CONVÊNIO 2)*

E, conforme a citação, quando se fala em "assistência médica que inclui psicologia", estaria com isso significando que a psicologia seria um gênero da mesma espécie (a medicina)? Ou, por ser visto como "assistência médica", torna-se um "psicólogo de ajuda"?

*"É importante ter psicologia num plano de saúde porque todo mundo, ao meu ver, não precisa só de tratamento médico. Tem vezes que você precisa de uma psicóloga para conversar, para arrancar alguma coisa que você não abre com a sua família e o psicólogo vai ajudar. Eu acho que o psicólogo vai ajudar porque ele é especialista para isto. Então eu acho que, quando o CONVÊNIO 6 pensou em colocar psicólogos foi para ajudar o próprio associado."  
"(CONVÊNIO 6)*

Além de uma representação da psicologia associada a uma profissão do sexo feminino<sup>1</sup>, nesta fala, fica mais claro o tipo de "ajuda" que se espera do psicólogo. Aqui ele

<sup>1</sup> Para uma melhor reflexão sobre o tema da psicologia enquanto uma "profissão feminina", ver o artigo de ROSEMBERG (1984).



assume a condição de "especialista" ,que faz o que o médico não faz: *escutar!* Dito assim, o demarcador da representação entre a medicina (corpo, organismo) e a psicologia (mente, alma) seria a *escuta*. Resta saber por que se demanda esta *escuta* e como o psicólogo tem lidado com ela na prática psicológica através dos convênios. Mas, caminhemos... e escutemos o que mais os entrevistados nos dizem sobre os motivos que levaram os convênios a instituírem a "assistência" psicológica.

*"Para ampliar o campo de assistência do funcionário e dependentes."(CONVÊNIO 7)*

*"[Pela procura] e visando também a saúde geral de funcionários e familiares. Foi feito através de uma lei da sede em Brasília"(CONVÊNIO 8)*

*"Desde a fundação que se quis dar melhor conforto aos funcionários, mais personalizado. A empresa priva pelos seus funcionários. "*  
*(CONVÊNIO 10)*

Uma outra reflexão que podemos fazer nas falas acima é que há uma idéia, talvez, da psicologia como uma especialidade , que lida mais com a "saúde", associada a qualidade de vida (ao "conforto", ao "bem estar", etc. ) e a um atendimento mais voltado para a pessoa individual (atendimento mais "personalizado") e não com a "doença". Talvez, novos estudos pudessem verificar esta representação comparada à psiquiatria, que também lida com a mente, com a alma humana, mas é uma especialidade da medicina; no intuito de melhor sedimentar esta idéia.

#### **4.2.1.3 - Distribuição quantitativa dos profissionais credenciados**

Analisando a **tabela 4**, verificamos que o percentual de profissionais credenciados para psicologia varia de 1,89 a 6,00%, com um percentual médio de 4,43%. Porém, dos oito

convênios que souberam dizer o número total de credenciado, apenas quatro tinham registros precisos deste quantitativo.

**TABELA 4- Profissionais credenciados no Recife por instituição**

PROFISSIONAIS	INSTITUIÇÕES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº de credenciados em Recife em todas as especialidades	não sabe	acima de 1800	295	+/- 1500	3218	126	+/- 150	acima de 100	não respondeu	1471
Nº de credenciados para o atendimento psicoterápico em Recife	14	95	12	60	61	5	+/- 9	6	46	64
% dos psicoterapeutas em relação ao número total de profissionais credenciados	-	5,27	4,04	4	1,89	3,96	6	6	-	4,35

Os números de credenciados em psicologia variam de cinco a 95 credenciados. Devido a imprecisão dos dados obtidos, os quais muitas vezes eram aproximações do quantitativo real, não é possível tirar conclusões estatisticamente fidedignas. Mas nos fazem ver, que não há uma preocupação aparente com este tipo de registro.

Não há qualquer registro sobre o tipo de abordagem do terapeuta em 90% das instituições. Apenas uma delas soube dar esta informação, devido ao baixo número de credenciados e conhecimento pessoal de cada terapeuta. Podemos dizer, que a abordagem teórica não é uma preocupação no credenciamento ou no tipo de assistência que é dado ao associado.

#### 4.2.2 - Sobre o associado / beneficiário

De um modo geral, oferecidos os serviços de todas as categorias profissionais mesmo quando existem vários "planos", com o intuito de oferecer uma abrangência de serviços e atendimento diferenciado, de acordo com a faixa salarial do associado/assistido.

#### 4.2.2.1 - Quem tem acesso aos serviços de saúde

Podemos verificar na **tabela 5** (ver adiante) que, em todas as instituições, há menção do atendimento familiar, além do atendimento ao funcionário. Se compararmos estas respostas com as nossas análises feitas sobre os motivos que justificam a assistência psicológica nos convênios (item 4.2.1.2), podemos nos perguntar se aí, também não estaria implícita a idéia da assistência psicológica como "algo a mais", para além da relação de trabalho, que inclui a família. Ou ainda, como algo do tipo: "eu te dou até o que não preciso dar, uma assistência a sua família".

**TABELA 5 - Identificação de quem tem acesso aos serviços**

ASSOCIADOS	INSTITUIÇÕES	TOTAL
Funcionário, família nuclear e outros dependentes	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10	8
Funcionário e família nuclear	1 e 3	2

Desta forma, não existe uma relação direta entre a situação profissional e o contexto institucional com a saúde mental, mas uma ênfase no apoio à família. Resta-nos, perguntar qual a relação desta abrangência no atendimento e a visão de causalidade psíquica existente (ideologia subjacente). Será que estaríamos, novamente verificando a atuação do psicólogo na vertente da "saúde", sendo que agora numa maior abrangência, que inclui a família ? Neste sentido, qual a relação entre a saúde da família e a saúde do trabalhador? Seria uma questão de "gratificação", de "benefícios indiretos" para o trabalhador, no sentido de uma "dádiva" ou estaríamos falando de uma "dívida" simbólica, inclusive?

Em outras palavras: caso a assistência seja vista como uma "dívida" que a instituição patronal tem para com o seu funcionário, será que este percebe esta forma de benefício como

um "ganho indireto" a que faz jus - entendendo-se aí uma maior percepção do valor de troca envolvido na sua relação com o trabalho -, ou a recebe como uma "dádiva" e com isso se institui uma dívida simbólica que lhe exige uma maior devoção à instituição e que ultrapassaria o limite da necessidade de auto-conservação? Por outro lado, quando a instituição supõe a assistência como um "algo mais", já não existe uma representação que está dando algo além do valor de troca do trabalho, e com isso a assistência torna-se uma "dívida" que o trabalhador terá para com a instituição? Logo, podemos dizer que, quanto à representação dos convênios, há uma expectativa de que o trabalhador seja "grato" a instituição, que lhe dá "algo mais", algo além do seu "valor de troca"!

*"... Então, eu acho que, quando o CONVÊNIO 6 pensou em colocar psicólogos foi para ajudar o próprio associado. " (CONVÊNIO 6)*

Devemos ressaltar que, mesmo, no caso dos convênios vinculados aos órgãos classistas (sindicatos e associações de funcionários), como pudemos verificar na citação acima, há um descentramento, ou deslocamento, da relação entre o trabalho e as necessidades de auto-conservação, para uma relação simbólica que ultrapassa uma relação baseada no "valor de troca" do trabalho. A expectativa de gratidão gerada por uma assistência que possa ser vista como uma "dádiva", pode gerar uma "dívida" difícil de ser paga, já que as "dádivas dos deuses" não são para serem pagas, mas para serem reconhecidas para todo o sempre!

#### **4.2.2.2- Carência para a utilização dos serviços**

De um modo geral, as carências existentes para todas as especialidades que trabalham com "consultas" nem sempre se aplicam à psicologia. Neste sentido, a psicologia não é tida como mais uma especialidade médica, tal qual o clínico geral, mas aproxima-se dos

tratamentos "especiais", mais onerosos. Subtendendo-se, aí, b um determinismo econômico nos critérios de carência, até mesmo quando se dá ênfase à finalidade "não lucrativa" dos convênios pesquisados.

**TABELA 6 - Especificação do tempo de carência**

SERVIÇOS	TEMPO DE CARÊNCIA	INSTITUIÇÕES
Psicologia.	3(meses)	4 (para titular)
	3(meses)	9
	4(meses)	6 (agregados até 35 anos)
	9(meses)	6 (agregados acima de 35 anos)
Hospitalar e Internação	varia em função da idade	5
	4 (meses)	6
Cirurgia	3(meses)	8
	18(meses)	9
Consultas.	3(meses)	1
Odontologia.	9(meses)	6
Exames.	3(meses)	6 e 9
Procedimentos médicos e hospitalares	4(meses)	6 (agregados até 35 anos)
Todos os serviços	9(meses)	6 (agregados acima de 35 anos)
Todos os serviços	3(meses)	4 (para titular)

Obs: Não há tempo de carência para todos os serviços ( 1,2,3,7,10)

Esta relação entre carência exigida, o tipo do atendimento e as características do convênio fica mais clara na fala dos entrevistados:

*"Não[ não há carência], a partir da hora que o empregado entra na INSTITUIÇÃO B, entra por concurso e, a partir da hora que ele coloca qualquer beneficiário, ele recebe a carteirinha de dependente e já tem direito de usar. A assistência médica da INSTITUIÇÃO B não tem fins lucrativos, então, não tem por que ter carência. Agora tem o limite de idade, os filhos são dependentes diretos até 21 anos, os pais não, não tem idade. " (CONVÊNIO 2)*

*"Existe. Três meses para o titular e zero dia para os dependentes"(CONVÊNIO 4)*

*"Não [é exigido carência]. Mas para o serviço de psicologia e fonoaudiologia são realizadas quatro consultas para uma análise prévia, para ver se há necessidade do tratamento; é feito um laudo, que é enviado ao serviço médico no Rio, para ser autorizado (geralmente é autorizado um ano). Para o serviço médico não há nada disso, mas para cirurgia é o mesmo processo(...)" (CONVÊNIO 7)*

*"Nenhuma carência, só em caso de cirurgia" (CONVÊNIO 8)*

*"Para consulta e exames, no mínimo três meses, [para cirurgia 18 meses]... [Para] psicologia três meses. " (CONVÊNIO 9)*

*"Não, ao ser funcionário já tem o direito automaticamente. " (CONVÊNIO 10)*

Estas citações refletem bem o critério de exceção à regra que pode ser a assistência psicológica, juntamente com a "fonoaudiologia". Mas, ressalte-se que não há critérios muito diferenciados entre o tipo de beneficiário, para o acesso a este tipo de serviço. Quando há uma discriminação entre o titular e seus dependentes, esta vale para o acesso a todas as especialidades, e não apenas para a psicologia.

#### **4.2.2.3 - Participação financeira do associado**

A participação financeira de cada associado, de um modo geral, não é um valor fixo, mas sim atrelado às variáveis como: salário; número de dependentes; tipo de atendimento ou serviço prestado.

Quanto ao tipo de atendimento prestado, a participação do usuário é maior naqueles serviços que diferem dos procedimentos médicos padrão e, por isso tendem a ser vistos como "especiais" (diga-se, não necessário, mas excepcionais!), tal como psicologia, odontologia, terapia ocupacional, etc. - significam custo elevado ou maior duração na sua execução, tal como internações e cirurgias, exceto no caso de acidentes (não previsíveis ou cujo tratamento possa ser considerado eletivo).

Pelo fato do atendimento psicológico não ser visto como uma necessidade, mas como uma "relação de ajuda", ou "ação preventiva auxiliar à psiquiatria" a concessão de tal serviço pelos convênios pode assumir uma característica "assistencialista", como um "algo a mais",

não necessário, isto fica mais , quando analisamos os motivos para a inclusão dos serviços de psicologia nos convênios e comparamos estes dados com os da tabela 7, apresentada a seguir.

**TABELA 7 - Participação financeira do associado**

<b>PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA</b>	<b>INSTITUIÇÕES</b>	<b>TOTAL DE INSTITUIÇÕES</b>
Varia de acordo com o salário ou nº de dependentes	7	
10 a 15% do valor do serviço prestado	2(salário)	
10 a 65% do valor do serviço prestado	5(dependentes)	
0 a 50% do valor do serviço prestado não forneceu índice	8	4
Varia de acordo com os serviços prestados		
Psicologia    70%	10	
100%	9	
Outros:    60 a 70%	10	
não paga	9	
Não discriminou o percentual	4	3
Não respondeu/ sem informação	1 e 3	2
Não tem participação (só mensalidade)	6	1

A participação do associado vai depender da compreensão da necessidade do tratamento: quanto mais necessário, menor a participação e quando visto como "eletivo ou não tanto imprescindível, como a psicologia, maior a participação do assistido. É como se houvesse a crença de que tais tratamentos pudessem ter a sua duração diminuída ou mesmo a sua demanda suprimida pelo próprio assistido, já que é visto como "especial", "eletivo" ou mesmo supérfluo. Há, então, mecanismos institucionais de cobrança que tentam efetivar este "processo de responsabilização" pelo ônus da assistência, como podemos ver na fala dos entrevistados:

"[A participação financeira do assistido] ... depende do piso salarial dele; vai de 10 a 65%, quanto menor o nível menor a participação dele. O associado paga o que usa, ou seja, se ele faz uma consulta médica ele paga de 10 a 65% do valor dela. Dependerá do seu salário." (CONVÊNIO 2)

"Cada associado paga 3% do seu salário e os dependentes não pagam. Aqui é uma entidade fechada de previdência privada. Aqui é uma instituição sem fins lucrativos" (CONVÊNIO 4)

"Nós temos uma tabela (...) interna, que dá o referencial das sessões. O [profissional] credenciado é pago com 30 dias e do usuário é descontado com mais ou menos 40 dias. Isso é descontado no contracheque dele.

(...) o funcionário [da INSTITUIÇÃO E]... paga consultas e exames a preço de convênio; o [CONVÊNIO 5] dá 50% e ele paga o restante... Os funcionário [da INSTITUIÇÃO E] têm um desconto. [A INSTITUIÇÃO E]... paga, no mínimo, 50% para os funcionários e pelo número de dependente essa facilidade ainda é maior.

(...) O pessoal [da INSTITUIÇÃO E] nem paga mensalidade, só quando usa. Agora, no plano hospitalar tem uma mensalidade que é necessária.

A gente usa a tabela da AMB... Então, um funcionário que tem a participação [do CONVÊNIO 5], paga 50%.... " (CONVÊNIO 5)

"O associado paga a contribuição mensal ao sindicato e a gente desconta também a mensalidade do programa de saúde; então se ele usa o serviço de saúde ele não paga nada. É o sindicato nacional quem paga.

(...) Nós temos três modalidades: o médico credenciado, que o associado não desembolsa nada... tem o médico referenciado que é o médico que não quer ser credenciado, ele recebe na hora da consulta, mas de acordo com a nossa tabela, e o associado passa um cheque e depois é reembolsado 100%; ainda tem aquele médico que é de livre escolha. É o médico não credenciado, e nem referenciado. O associado pode ir [neste caso] para qualquer médico mas só é reembolsado pelo valor da nossa tabela." (CONVÊNIO 6)

"A participação financeira do associado varia de acordo com o salário do funcionário; varia entre 10 e 15%. Uma consulta ou duas por mês." (CONVÊNIO 7)

"O funcionário e seus dependentes têm cada um direito a seis consultas anuais, extrapolando esta cota o funcionário paga uma percentagem do valor da consulta de acordo com a sua faixa salarial. No caso do tratamento psicoterápico, só é contada a primeira consulta. Suponhamos que a cota tenha sido extrapolada: não só a primeira consulta é cobrada como também todo o tratamento, com base na percentagem respectiva." (CONVÊNIO 8)



*"O associado paga só o que diferencia [que é diferente do médico], por exemplo: psicologia, fonoaudiologia. Todos eles tem que desembolsar.*

*[A vantagem para o associado] é porque o que ele paga é por tabela, sai muito mais barato do que o particular. E também a gente facilita, porque pode ser descontado em folha, ou ele deixa cheque, pode ser dividido, parcelado, e isso facilita para ele. É isso." (CONVÊNIO 9)*

*"Varia entre 60% e 70%, mas só é descontado 10% do salário. Serviço hospitalar é 60%, o resto é 70%". (CONVÊNIO 10)*

Podemos dizer, que há um processo de "culpabilização" ou "responsabilização" da demanda por serviços, ou talvez de co-responsabilidade! Mas, fica claro que há a idéia de que, no caso da assistência psicológica, pode-se encurtar o tratamento ou evitá-lo, se possível (já que não é imprescindível!). Tal postura nos faz lembrar a discussão que se dá com relação aos acidentes de trabalho, se deve-se considerá-los como "atos inseguros" (culpa do trabalhador) ou devido a "condições inseguras" (culpa do ambiente de trabalho). Assim, no caso da necessidade de assistência psicológica, esta se daria devido a um "sujeito estressado/doente" ou a um "ambiente de estresse"? Também, não devemos deixar de lado a idéia de que o assistido é capaz de reduzir ou suprimir a demanda pela assistência psicológica, reafirmando o caráter assistencialista destes serviços, que são vistos como "especiais", como "algo mais" que a instituição dá ao seu trabalhador, que não seria algo de direito, mas sim uma dádiva ou mesmo algo de "mãe para filho".

Também, parece haver um movimento de "aliança" dos convênios com os seus associados, "contra" os custos da assistência médica, impondo aos profissionais credenciados as suas tabelas com "preços reduzidos" e também padronizados! Fica, então, pouca margem de "negociação" entre o profissional e o seu cliente.

Na realidade, a discussão sobre o "preço" fica deslocada para este "terceiro". Isto, por si só, já seria algo a se pensar na prática psicanalítica, pois há uma "imposição externa" do valor da consulta, quase que inegociável. A não ser que o profissional utilize de estratégias

individuais junto ao seu cliente para "contornar" esta situação. Em todo o caso, como discutimos no capítulo 3, o dinheiro (assim como a sexualidade) deve ser discutido e analisado em toda a extensão do seu significado.

#### **4.2.3- Sobre o profissional credenciado**

O credenciamento de profissionais não parece ser baseado em estudos mais aprofundados sobre a demanda dos assistidos, com relação a sua especificidade, e isto talvez corrobore com a idéia de que se é "algo mais", não é uma "necessidade" e não há porque se analisar melhor esta demanda. O que é "dádiva" não seria uma demanda de quem recebe, mas sim um fato consumado, e neste caso, àquele que recebe só compete ser eternamente grato?! Por outro lado, como veremos adiante, a preocupação quanto a linha teórica adotada pelos profissionais é muito incipiente, o que estaria de acordo com as questões relacionadas com esta representação da assistência psicológica como um "algo mais", como uma dádiva. Mas, passemos aos pormenores, que ajudarão a elaborar melhor estas questões.

##### **4.2.3.1- Remuneração do profissional**

Vimos, anteriormente, que a psicologia, assim como odontologia, fonoaudiologia, psiquiatria e tratamento de AIDS, são tidos como serviços especiais, ou seja, não - médicos, mesmo para aquelas instituições que oferecem estes serviços desde a sua origem. Isto afeta, inclusive, nos valores para remuneração dos profissionais, que geralmente são inferiores às consultas médicas.

O cálculo da remuneração é feito por sessão, sendo que o pagamento varia de acordo com a burocracia da instituição, prevalecendo as faturas mensais como modelo. Esta modalidade de cálculo corresponde ao modelo do consultório privado, com exceção das instituições que têm um valor diferenciado para a primeira entrevista, quando se costuma exigir a realização de laudos e/ou diagnósticos.

Vale ressaltar aqui, que no capítulo 3, quando discutimos a questão da relação entre o "mundo material" e o valor simbólico do pagamento, a periodicidade do pagamento foi uma das questões levantadas por alguns autores, que defendiam inclusive o pagamento por sessão, por acreditarem que deveria haver uma desvinculação do pagamento mensal do salário (relacionado a "realidade material") com o pagamento do processo analítico (impregnado de valor simbólico).

Sendo assim, surge aí a interferência deste "terceiro pagante", que dita uma periodicidade mensal, contra a idéia de um pagamento por sessão. O convênio submete o profissional e seu cliente a uma "lei" que ignora o conteúdo simbólico do pagamento do processo analítico!

A exceção dar-se-ia quando o cliente paga diretamente ao profissional e é ressarcido posteriormente pelo convênio, e aí o profissional pode, ou não, acordar no pagamento por sessão. No entanto, o valor pago pela sessão seria também ditado pelo convênio e a tal "lei" também influenciaria neste processo, como veremos a seguir.

Em todos os convênios, o cálculo do valor das sessões é feito em cima de índices de serviços médicos (tipo "CH", "US")<sup>2</sup>, sendo que o multiplicador aplicado á consulta psicológica é, em alguns casos, inferior àquele utilizado para consultas médicas. Ressalte-se

---

<sup>2</sup> "CH" = "Coeficiente de Honorários" e "US" = Unidades de Serviços, são índices utilizados para calcular o valor dos serviços prestados aos convênios e seus associados. Funcionam como indexadores ou "moedas paralelas", que servem para calcular o valor relativo de cada serviço e transformá-lo em moeda corrente.

que as consultas médicas não duram os 45 minutos utilizados normalmente nas consultas psicológicas. Sendo assim o valor-hora pago ao profissional de psicologia tende a ser inferior aos procedimentos médicos.

*"É por tabela [o cálculo da remuneração]. A consulta inicial é 50 CH, independente do associado continuar, ou não, o tratamento. Cada sessão da psicoterapia é 48 CH (...)*

*O valor do CH é 0,20, então, multiplicando isso por 48, dá R\$9,60 por consulta, daí dá quase R\$40,00 por mês. Está mais barato que a consulta médica que é R\$15,00 (...)*

*Como A. falou, realmente existe diferença da tabela médica para a do psicólogo. " (CONVÊNIO 9)*

*"Nós temos uma tabela, essa tabela tem os valores em CH da consulta, da sessão, do tratamento e o CH em psicologia no CONVÊNIO 2 e em outras empresas, é 0,17. O CONVÊNIO 2 pertence a uma entidade chamada GREMES e ela negocia em nível nacional: diárias, taxas hospitalares, etc. E existe a nacional que é a CIEPES. Então o GREMES é o nosso regional, é o representante do CIEPES de Pernambuco. Então existe a tabela do GREMES e o CONVÊNIO 2 segue essa tabela. O CH médico é 0,20; o odontológico, psicológico, fonoaudiologia e terapia ocupacional é 0,17. Qualquer consulta psicológica é 50 CH e depende do tipo de tratamento, a sessão varia de R\$35,45,60, depende..." (CONVÊNIO 2)*

*"O Valor é calculado pelo CH. O CH para psicoterapia varia de acordo com a especificação da terapia. O valor do CH é 0,20. Então multiplica esse valor pela quantidade de CH equivalente ao tratamento." (CONVÊNIO 6)*

*"Pela tabela do GREMES e AMB. Para psicoterapeuta vale R\$16,80 e para médico R\$15,00, mas as quatro consultas iniciais de psicologia não têm esse mesmo valor." (CONVÊNIO 7)*

Sendo assim, há uma "submissão contábil-financeira" ao modelo médico vigente, para o cálculo dos valores dos honorários, que é feito a partir de tabelas elaboradas pela Associação Médica Brasileira - AMB, GREMES, etc., conforme também pode ser verificado na tabela 9 (ver adiante).

Quanto à forma da efetivação do pagamento pela instituição, esta geralmente se faz mensalmente ou, no mínimo, quinzenalmente, mediante a apresentação de guias assinadas e

fatura do profissional (vide tabela 8). Há também casos de pagamento feito diretamente pelo cliente, para reembolso posterior (ou não), em cima de um valor pré-fixado pelo convênio.

Neste último caso, o convênio tende a funcionar mais como um "cartão de desconto", do que um "terceiro pagante", a não ser que o profissional exija o pagamento da consulta no valor que cobra dos seus clientes particulares e o assistido seja ressarcido apenas parcialmente pelo convênio, ou outros artifícios sejam utilizados, como o desmembramento do valor pago por uma sessão em dois ou mais recibos, etc. , mas aí já é outra questão...

**TABELA 8 - Formas de remuneração do psicólogo credenciado**

FORMAS DE REMUNERAÇÃO	INSTITUIÇÕES	TOTAL
Uma vez por mês o credenciado presta contas e recebe diretamente do convênio	2, 3, 5, 6, 8, e 10	6
Quinzenalmente o credenciado presta contas e recebe diretamente do convênio	4 e 7	2
Pode receber por consulta diretamente do cliente *	9	1
Não sabe	1	1

\* Informação obtida após a entrevista.

Obs: Em todas as instituições o cálculo é feito em cima da quantidade de sessões, com exceção da instituição 1.

**TABELA 9 - Cálculo da remuneração do psicólogo**

CRITÉRIOS	INSTITUIÇÕES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tabela da AMB			X	X	X			X	X	X
Tabela de psicólogos	X					X				
Tabela do Gremes		X					X			
Nº de CH	Xxxxx	50	xxxxx	50	75	60	84	xxxxx	50 c.	xxxxx
Valor do CH	Xxxxx	0,17	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	48 s.	0,20
Valor em real	Xxxxx	8,50	xxxxx	10,00	15,00	12,00	16,80	xxxxx	9,60	xxxxx
1ª consulta		8,50				16,00	varia		10,00	

Em ambas as situações, que envolvem o pagamento direto pelo cliente, como vimos, o convênio interfere na relação do valor dos serviços prestados pelo profissional, e este fica (ou não) submetido às regras do convênio e cuja análise do valor da consulta fica remetida às leis da economia e do mercado, mas com reflexos na representação que este profissional terá para o seu cliente - já que há aí implícito um tratamento "diferenciado" em relação aos seus outros clientes particulares. O quanto isto possa refletir no imaginário do cliente, é que deve ser objeto de análise.

#### 4.2.3.2 - O processo de credenciamento do profissional

A demanda dos associados não é levada em consideração para o estabelecimento de critérios e exigências para o credenciamento, mas sim há uma tendência a colocar a formação e a experiência profissional, quantitativamente falando, como principais critérios para os credenciamentos. (vide tabela 11) A única exceção é a **INSTITUIÇÃO 4** que ao dar prioridade a redução/limitação dos custos, tem em seus planos, no futuro, só credenciar profissionais que desenvolvam uma abordagem terapêutica do tipo "psicoterapia breve". Note-se que a justificativa de adotar este critério não foi em cima de uma discussão teórico-metodológica, mas sim de relação custo/benefício financeiro.

**TABELA 10 - Responsável pela seleção de psicólogos**

<b>RESPONSÁVEL PELA SELEÇÃO</b>	<b>INSTITUIÇÕES</b>	<b>TOTAL</b>
Só médico	3, 5 e 10	3
Só psicólogo	1 e 8	2
Um analista geral para todas as áreas de saúde	6 e 9	2
Grupo técnico multi - profissional	2, 4, 7	3

TABELA 11 - Critérios para credenciamento dos profissionais

CRITÉRIOS	INSTITUIÇÕES										TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Experiência.	X (3a)	X (5a.)	X (5a.)	X	X (3a.)	X (5ª.)	X (5a.)	X (3a.)	X (5a.)	X (5a.)	10
Currículo: grupo de estudo, reciclagem, formação, pós-graduação	X	X	X	X	X	X		X	X	X	9
Condição do consultório: localização, estrutura e disponibilidade de horário				X		X		X			3
Referência de outros profissionais ou solicitação de associados			X (profissionais)			X (associados)					2
Supervisão	X										1
Credenciamento em outras instituições			X								1
Apresentação de um plano de trabalho				X							1

Obs.: As instituições 2 e 7 forneceram dados incompletos.

Ressalta-se a ausência da participação do usuário no processo de credenciamento, com exceção da instituição 6 que mencionou acatar sugestões de indicações dos seus associados. Sendo assim, podemos questionar a quem interessa o credenciamento? Por um lado, está o discurso de “bem-estar social”, do melhor possível para o associado mas, contraditoriamente, não há um olhar sobre aquele que está para receber o atendimento, sobre que tipo de atendimento deseja! Talvez isto não seja levado em conta, b por que por trás deste processo esteja a idéia de que o atendimento psicológico é um “algo mais” que os convênios oferecem, não como uma obrigação ou “necessidade” mas, sim, como um presente ou um brinde. Sendo assim, “cavalo dado não se olham os dentes!”.

*"[Quanto a ser exigida experiência prévia, do profissional, para poder credenciar-se] Não, mas procuramos nivelar por cima. Por exemplo, se eu receber cinquenta currículos, sendo que desses, apenas vinte e cinco atuam há mais de dez anos, eu vou pegar esses vinte e cinco. Claro, tem um mínimo de três anos de exercício profissional..."*  
(CONVÊNIO 1)

*"Cinco anos de formado ou três com título de especialização comprovada é a nossa condição SINE QUA NON. Nós temos um critério qualitativo de profissional por especialidade. Então, a gente tem um período que recebe solicitação, geralmente e é no mês de julho, e vai ser analisado por um grupo técnico que envolve médico, psicólogo e odontólogo, que vão analisar todas as solicitações e a capacidade profissional do candidato é levada em conta."*  
**(CONVÊNIO 2)**

*"Que o profissional tenha pelo o menos cinco anos de casa...Como temos contato com outros médicos e psicólogos credenciados, a gente sempre pede informações a um colega, que, às vezes, sempre vem uma pessoa assim: foi o Dr. Fulano que mandou, e a gente sempre pede, pelo menos cinco anos de profissão. Ainda pedimos o currículo, ele traz o currículo e existe a questão da análise. Através do currículo, a gente verifica quais são os convênios que ele já trabalha."*  
**(CONVÊNIO 3)**

*"Agora nós pretendemos instituir alguns psicólogos com psicoterapia breve, então, ele precisa trazer o currículo, aonde ele fez formação, com quem ele fez a formação, qual a experiência e ele vai ter que apresentar um trabalho para ser desenvolvido. A gente quer desenvolver esse trabalho e conseqüentemente vamos comunicar a todos que, a partir de tal mês, vamos ter psicoterapia breve e quem estiver na sua tradicional pode continuar, só que nós vamos estipular um tempo: um ano, dois anos, três anos, não sei."* **(CONVÊNIO 4)**

Podemos verificar ainda, caso comparemos estas respostas com a ausência de acompanhamento dos resultados obtidos com a assistência psicológica - quando analisarmos a questão da avaliação dos resultados e análise da demanda dos assistidos, mais adiante -, que se confirma a idéia do mínimo interesse da instituição referente à demanda do usuário pela assistência psicológica, exceto quando é referido à localização do consultório para o credenciamento.

*"... A localização é importante. Se já tem cinco ou seis em um mesmo bairro, nós damos preferência a outros locais que não têm. A estrutura física do consultório também é levado em conta. Agora qualquer associado pode indicar outro profissional para o credenciamento, então, eu ligo para o profissional dizendo os nossos requisitos de documentação, ele preenche a ficha, eu assino [e mando para S.P., com toda a documentação.]"* **(CONVÊNIO 6)**



Por esta citação, também, fica implícito que o que se busca é um "conforto", pela localização e qualidade das instalações do consultório do profissional. Mais uma vez, o que se preza na psicologia não está relacionado com uma demanda de análise ou de tratamento, mas um "algo mais", um "benefício"! Contraditoriamente, quem analisa os currículos e o pedido de credenciamento, utiliza-se de critérios "acadêmicos" e de "formação" ou de indicações "técnicas" de outros psicólogos já credenciados. Mas, na prática, só o **CONVÊNIO 4** se propõe a uma "metodologia de intervenção", em cima da psicoterapia breve, mesmo que seja para reduzir os custos com os tratamentos de longa duração.

*"O profissional dá entrada, aí vai para o diretor, depois para o coordenador, depois vem para mim e é passado para a junta médica que vai analisar se ele está apto ou não. De preferência ele deve ter pós-graduação, especialização..." (CONVÊNIO 10)*

Quanto às exigências documentais para o processo de credenciamento (vide tabela 12), estas refletem as exigências da identificação do profissional, enquanto cidadão, (identidade e CPF), além da ênfase no currículo e exigência de registro no órgão da classe dos psicólogos (CRP). Não houve qualquer referência às comprovações de ser ou não psicanalista ou estar filiado a uma instituição psicanalítica ; a ênfase recai sobre o ser psicólogo, ou seja, a ter uma profissão regulamentada!

**TABELA 12 - Documentação exigida para credenciamento**

DOCUMENTOS	INSTITUIÇÕES										Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Identidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
CPF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Curriculo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Titulo eleitoral	X	X		X	X	X	X				X	07
IAPAS	X	X		X		X	X	X	X			07
CRP	X			X		X	X	X	X			06
Diploma e/ou certificados	X	X	X		X	X						05
Licença da prefeitura						X						01
Comprovante de residência						X						01
Declaração do imposto de renda.	X											01
Carta solicitando credenciamento		X										01

**4.2.4 - Sobre o acesso ao atendimento psicológico/psicanalítico**

O acesso ao tratamento psicológico/psicanalítico não sofre restrições pelo fato do cliente ser o titular do convênio ou não, e os dados a este respeito são vagos, não merecendo muita atenção por parte das instituições. De um modo geral, o convênio seria um "benefício" extensivo à família (vide tabela 13).

**TABELA 13- Procura pelo tratamento psicoterápico**

PROCURA	INSTITUIÇÕES	Total
Dependentes	2, 4, 8, 9, 10	05
Associados	4, 7, 8, 10	04
Funcionários de cargo mais alto	7 e 10	02
Sem informação	1,3,5, 6	04

Também não existe uma preocupação com os motivos que levam os associados a procurarem o tratamento psicológico/psicanalítico e oito instituições não tinham informação a este respeito, conforme pode ser verificado na tabela 14.

**TABELA 14- Motivos que levam à procura do tratamento psicoterápico**

<b>MOTIVOS</b>	<b>INSTITUIÇÕES</b>	<b>Total</b>
Problemas com filhos adolescentes	4	04
Problemas conjugais	4 e 7	02
Problemas profissionais	4	01
Problemas emocionais	7	01
Sem informação	1,2,3,5,6,8,9,10	08

#### **4.2.4.1 - Exigências de laudos e diagnósticos para autorização do tratamento**

De um modo geral, a exigência de autorização prévia e/ou laudos se prende aos mecanismos de redução de custos, quer seja para limitar a duração do tratamento ou para reduzir o número de sessões semanais. Aquelas que não exigem autorização prévia para início do tratamento (como é o caso das instituições 2 e 6), exigem laudos para tratamentos mais prolongados (que excedam os limites pré-fixados), para justificar os “altos custos”, ou seja, nestes casos o atendimento psicológico tem que ser visto como uma “necessidade imperiosa, para que se justifique o investimento financeiro.

**TABELA 15 - Exigência de autorização prévia para o acesso ao tratamento psicoterápico**

CRITÉRIOS	INSTITUIÇÕES										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NÃO	X		X		X				X	X	05
SIM		X		X		X	X	X			04
Após entrevistas iniciais								X			02
Desde o início				X			X				02
Ao ultrapassar o limite de sessões		X				X					02

\* Alterado após a entrevista na instituição 1.

**TABELA 16 - Exigência de laudos e diagnósticos para autorização do tratamento**

CRITÉRIOS	INSTITUIÇÕES										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SIM		X		X		X	X	X			05
Só p/ prolongar o tratamento		X				X					02
NÃO	X*		X		X				X	X	05

\* alterado após entrevista na instituição 1.

**TABELA 17 - Responsáveis pela avaliação de laudos e diagnósticos**

AVALIADOR	INSTITUIÇÕES	TOTAL
Não é avaliado	3, 5, 9, 10	04
Psicólogo	1 e 2	02
Médico	4 e 8	02
Equipe	6 e 7	02

É interessante notar, que aqueles que autorizam o tratamento o fazem, levando em consideração critérios valorativos (socialmente aceitos), para julgarem a necessidade do tratamento psicológico e, também, que há uma tendência à “culpabilização” do próprio usuário pelo seu sofrimento. A medicina é uma rotina necessária, mas a psicologia ou é supérfluo / excentricidade ou é “loucura” (estigmatização do usuário, para poder dar-lhe o “direito” de tratamentos mais prolongados e custosos!).

*"Precisa de minha autorização. Ele (o associado) tem direito a cinco sessões. Depois dessas sessões, o psicoterapeuta dá um parecer (laudo). Depois a gente analisa. O que pesa é o indicador de necessidade. O programa de saúde do CONVÊNIO 1 é voltado para o alto risco de vida, para a necessidade afetiva que a pessoa tem. O diagnóstico é realmente necessário para justificar o alto custo do tratamento. Mantém-se em sigilo o diagnóstico, fica trancado na minha sala. Além de mim [psicóloga do convênio e da instituição patronal], ninguém mais tem acesso..." (CONVÊNIO 1)*

Há, também, a idéia de que ninguém chega ao psicólogo sem que alguém tenha lhe sugerido ou encaminhado, ou seja, que sua demanda já tenha sido "legitimada" pelo chefe, pela escola, pelo serviço social, pelo médico, etc..

*"Não, isso aí... sempre existe indicação do médico, não é? Ele vai para algum médico, e o médico solicita comparecer ao psicólogo, indica que ele vá ao psicólogo ou, às vezes, o próprio paciente... Sempre existe indicação, tá certo? De um profissional indicando que ele procure um psicólogo." (CONVÊNIO 3)*

*"Precisa de autorização que é dada pelo Dr. E. Há exigência de laudos. Veja bem: uma criança com dificuldade escolar, é preciso que essa dificuldade seja levantada no próprio colégio, não é a mãe que tem que achar que o filho está com dificuldades e precisa ir para a psicóloga. Então, ou a direção da escola ou a psicóloga da escola solicita, escolhe um psicólogo e se ele quiser faz os testes, entendeu? O adulto a mesma coisa, mas também precisa de indicações com o clínico, qualquer médico pode indicar. Então, virá até nós e a gente autoriza. Até uns seis meses atrás era autorizado mensalmente, todo o mês ele vinha, mas estamos mudando este esquema, estamos autorizando por 3, 4, 6 meses, dependendo da situação. Então, primeiro o médico, ou próprio psicólogo faz um laudo dizendo a necessidade do tratamento e, se o laudo não atender às exigências do CONVÊNIO 4, a gente pede para complementar. Tem casos que vão para o serviço social acompanhar, não para fazer psicoterapia, mas para fazer um acompanhamento." (CONVÊNIO 4)*

*"Não na primeira consulta [não precisa de autorização]. Mas a autorização do processo é feita pelo médico da empresa; o médico autoriza ou não, de acordo com o laudo do psicólogo, a partir da primeira consulta. A autorização não é dada para o auto conhecimento do cliente, mas não se tem como controlar isso durante o processo; porém não há muita recusa da autorização do tratamento, por parte dos médicos, pois geralmente o associado procura um psicólogo por indicação médica. Essa autorização ainda pode ser renovada a cada mês e pode durar 12 meses, dependendo do caso." (CONVÊNIO 8)*

Fica claro também, quando há exigência de laudos, a subordinação da decisão técnica ao modelo médico. A demanda do associado não pode ser de "auto conhecimento" e fica implícito que uma justificativa aceitável deve girar em torno de uma "doença". O que não deixa de ser um paradoxo com relação à representação da psicologia como um "benefício" e mais um conforto para os associados, tal como aventamos esta possibilidade até aqui, neste nosso trabalho.

#### **4.2.4.2 - Livre escolha para o paciente marcar as consultas**

A escolha se faz na lista dos profissionais credenciados. Apenas o **CONVÊNIO 6** oferece alternativa para atendimento em qualquer profissional, mesmo que não seja credenciado, mediante a modalidade de reembolso pelos valores da tabela do convênio. Se os valores das consultas ultrapassarem a tabela, a diferença fica por conta do associado. Com isto, segue-se o modelo dos demais convênios de saúde.

As faltas só podem ser cobradas mediante concordância do associado, que tem que assinar as guias, atestando a prestação dos serviços. Logo, fica a cargo da relação terapeuta-paciente porém, todo "acordo" entre ambos deve submeter-se às regras do convênio, que só paga aquilo que o cliente atestar e assinar nas guias como "serviço prestado". Ambos submetem-se a uma "LEI MAIOR". Porém, podemos considerar as faltas entre sessões como "serviço prestado"? (para o "processo psicoterápico" talvez o seja, mas e para o "consumidor"?). Há menção no **CONVÊNIO 10**, de que alguns profissionais exigem a assinatura prévia de todas as sessões do tratamento, talvez indicando uma garantia para o profissional sobre faltas futuras, mas como fica esta "relação de desconfiança" num processo terapêutico? Quando se vai a uma consulta privada, o pagamento só é feito após o atendimento!

## 4.2.4.3 - Os limites do tempo e quantidade de sessões

TABELA 18 - Limite para duração de cada sessão psicoterápica

TEMPO MÍNIMO	INSTITUIÇÕES	TOTAL
40 a 45 min.	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9,	02(40 min) e 06(45min)
Sem inform.	3, 10	02

A maioria das instituições (seis delas) tem um mínimo de 45 minutos por sessão como regra e outras duas chegam até 50 minutos. Tempo este dentro do limite praticado nos consultórios particulares, e até alguns contratos explicitam que seus associados não devam ser discriminados dos clientes particulares. Assim, as instituições tentam proteger os clientes quanto ao padrão de atendimento, através do controle do tempo mínimo da sessão, apesar de não remunerarem os profissionais dentro da média dos preços particulares, mas pela metade (como pode ser constatado na tabela 8).

TABELA 19 - Limite para freqüência das sessões psicoterápicas

RESPOSTA	INSTITUIÇÕES										Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Mensal		10	01	10	10	08						5
Semanal	02*											1
Não há limite							X	X	X	X		4

\*Alterado após entrevista

TABELA 20 - Limite para duração do tratamento psicoterápico

LIMITE TEMPORAL DO TRATAMENTO	INSTITUIÇÕES	TOTAL
Não há limite	1, 2, 3, 4, 5, 9 e 10	7
6 meses e prorrogável por igual período	6 e 8	2
1 ano e prorrogável por mais dois anos	7	1

TABELA 21 - Previsão de interrupção das consultas

CATEGORIA	INSTITUIÇÕES	TOTAL
Sim	2, 6, 7, 8	04
Não	1, 3, 4, 5, 9, 10	06

A maioria das instituições (seis delas) afirma não haver um limite para o término do tratamento ;dentre estas as instituições 1 e 2 mantêm uma reavaliação constante (através de solicitações de tratamento/laudos) da necessidade do atendimento; as instituições 3 e 9 não estabelecem limites porém, o custo do tratamento é quase que inteiramente bancado pelo associado ao preço de tabela (funcionando como um “cartão de desconto”); a INSTITUIÇÃO 4 está atualmente repensando a ausência de limite dos atendimentos e planejando dar prioridade a abordagem do tipo “psicoterapia breve” para evitar tratamentos prolongados (“de formação” de até dez anos!) e beneficiar maior número de associados, já que há “cotas” para este tipo de atendimento (de alguma já há um limite, pela fila de espera para se ter direito a uma guia de atendimento em psicoterapia!). Sendo assim, apenas as instituições 5 e 10 não impõem qualquer limite de duração ao tratamento.

Três instituições (6, 7 e 8) impõem limites (de seis meses até um ano), porém prorrogáveis, após avaliação da necessidade de cada caso, podendo se estender até três anos.

Caso consideremos a exigência de laudos (tabela 16), verificaremos que justamente aquelas instituições que não têm duração do tratamento pré-fixada e não se preocupam com isso, como é o caso das instituições 3, 5, 9 e 10, também não exigem laudos para início ou prorrogação do tratamento. Os laudos, então, servem como instrumentos para avaliação da necessidade e duração do tratamento. Isto pode ser confirmado, quando outras instituições que exigem laudos, apesar de não terem limites objetivos para a duração do tratamento, utilizam-se deste recurso para avaliar continuamente e dar renovações nas autorizações dos tratamentos, como é o caso das instituições 1, 2 e 4.



Metade das instituições (2, 3, 4, 5 e 6) possuem limites para sessões, na faixa de 10 sessões por mês ou duas vezes por semana! Isto, talvez, demonstre um padrão típico de “psicoterapia” e não de uma “psicanálise de formação”. Por outro lado, destas cinco instituições, quatro delas não usam limites na duração do tratamento. Talvez uma preocupação em limitar o custo mensal em relação à contribuição do associado, que também é mensal.

As instituições que não arcam com o custo do tratamento, funcionando com “cartão de desconto”, não se preocupam em limitar o número de sessões semanais/mensais, como é o caso das instituições 9 e também a 3, que apesar de só financiar a primeira sessão do mês dá direito ao associado freqüentar tantas outras sessões ao preço de tabela!

#### 4.2.4.4 - Acompanhamento e/ou estatística dos resultados e análise da demanda

Dentre as dez instituições, apenas duas referem ter algum acompanhamento sobre o andamento e resolutividade do tratamento, sendo que uma delas (instituição 7) o faz de forma centralizada para todo o Brasil, através dos laudos enviados pelos profissionais para início e prolongamento do tratamento (preocupação com custos? e os benefícios?) e a outra (instituição 8) refere que só faz este tipo de acompanhamento quando o problema do funcionário reflete nas suas atividades profissionais dentro da empresa, tal qual o alcoolismo. Não se incluindo aí nenhuma abordagem sobre dependentes e familiares.

**TABELA 22- Acompanhamento e/ou estatística quanto aos resultados do tratamento...**

CRITÉRIOS	INSTITUIÇÕES	TOTAL
NAO	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9,10	08
SIM	7	01
Em certos casos	8	01

Podemos ver, que não há uma preocupação em verificar a utilidade do atendimento psicológico, como um investimento para a empresa, apenas quando algo dá errado no trabalho. Talvez, esta idéia reforce a visão do atendimento psicológico como “algo a mais” e não como algo que “dá retorno” à empresa de forma direta.

Há também, de se ver o problema como “algo individual”, seguindo o modelo de assistência que põe o problema “no indivíduo”. Talvez, uma “estratégia defensiva” da instituição, que não consegue ver qualquer relação entre o seu trabalhador e o contexto de trabalho e/ou relação com o desempenho/produção. Tal qual a questão de acidentes no trabalho, onde se imputa, na maioria das vezes ao “ato inseguro” por parte do trabalhador e não às “condições inseguras” no contexto do trabalho as causas dos acidentes de trabalho.

Tentar levantar ou acompanhar o processo de atendimento psicológico, seria assumir ter participação no sofrimento psíquico do trabalhador? O que podemos ver, é que a preocupação se restringe à redução dos custos!

De um modo geral, as respostas não foram baseadas em estudos precisos sobre a demanda por atendimento, apenas algumas menções específicas foram feitas (instituições 7 e 10) de que a procura por atendimento pelos cargos mais altos era maior, pois outras categorias “não se sentem tão à vontade para buscar este tipo de atendimento”. Talvez, estejamos falando aqui da representação social do atendimento psicológico e da diferença entre as classes econômico-social envolvidas, já que o psicólogo é um “supérfluo”, um “luxo” da classe média e alta. A este dá-se a palavra como instrumento da cura, aos pobres, o remédio (ver DUARTE, 1986).

Podemos dizer, que há um equilíbrio na procura pelo atendimento, tanto entre os associados (trabalhadores), quanto entre os familiares/dependentes.

O que chama a atenção é que oito instituições, no universo de dez, não têm informação sobre o que leva seus funcionários e dependentes a buscarem o atendimento psicológico. Duas que deram informação, apenas uma menciona problemas profissionais. Corroborando com as reflexões feitas na questão anterior, de que parece não haver ligação entre o atendimento e o trabalho.

#### 4.2.4.5 - Intercâmbio entre os psicólogos e outros profissionais

De todas as instituições, apenas uma (**CONVÊNIO 8**) afirmou haver iniciativa para o intercâmbio e mesmo assim quando se trata de “casos sérios que interferem nas atividades do trabalhador na empresa”. Sete instituições dizem não ter como procedimento promover o intercâmbio entre os profissionais, apesar de não negarem sua importância, mas acham que se há tal iniciativa é pessoal. Mais uma vez o modelo “individualista”? A psicologia, tal como outras formas de atendimento à saúde, não se dá de forma multidisciplinar, mas como “departamentos”. questão de “formação dos profissionais credenciados” ou de “operacionalização” das intervenções multidisciplinares devido a dificuldade de redefinição dos objetos e campos de atuação.

**TABELA 23 - Intercâmbio entre psicoterapeutas e outros profissionais credenciados**

<b>INTERCÂMBIO ENTRE PSICOTERAPEUTAS E OUTROS PROFISSIONAIS</b>	<b>INSTITUIÇÕES</b>	<b>TOTAL</b>
Ausência	2, 3, 4, 5, 6, 9 e 10	7
Se houver necessidade (depende da demanda) e na existência de casos sérios	1 e 8	2
Não soube informar	7	1

#### 4.2.4.6 - Os benefícios da psicoterapia para a instituição

De uma forma geral ,os entrevistados não souberam precisar uma resposta institucional, mas emitiram opiniões a respeito do assunto e que foram consideradas como respostas válidas, no sentido de que, de alguma forma, fazem parte do imaginário institucional.

**TABELA 24 - Benefícios que a instituição atribui à psicoterapia**

<b>IDÉIA DE BENEFÍCIOS</b>	<b>INSTITUIÇÕES</b>	<b>TOTAL</b>
Manter equilíbrio psicossocial (prevenção) - evitar stress - evitar internação	1,2,8	3
Crescimento pessoal e na qualidade de vida	1 e 4	2
Melhoria no desempenho profissional - melhor produtividade - melhor relacionamento interpessoal	3 e 8	2
Ajudar a resolver problemas/ conflitos já existentes (tratamento)	3 e 9	2
Manter o equilíbrio psico-emocional	7 e 8	2
Atividade terapêutica auxiliar para internações (médica e psicológica)	3	1
Sem informação	5 e 10	2

Podemos verificar na **tabela 24** ,que basicamente as respostas se subdividem em quatro grupos mais significativos:

- Prevenção;
- Crescimento Pessoal;
- Tratamento de problemas pessoais já existentes;
- Melhoria para o desempenho profissional.

Houve, também, a visão da assistência psicológica como uma terapêutica auxiliar nos tratamentos com internação médico-cirúrgica (psicologia médica) ou também como uma assistência importante, mas sem mencionar o porque (difícil representação?).

Se analisarmos sobre o prisma de que nas respostas anteriores a assistência psicológica era tida como “algo mais”, ou passível de ser evitada ou diminuída pelo próprio assistido, podemos explicar a predominância das respostas, que consideram tal assistência como importante para a prevenção e crescimento pessoal ( que tiveram 6 instituições nestes dois grupos, de um total de dez!).

Seria isto um reflexo do modelo individualista do mundo contemporâneo, como defendem alguns autores (LASCH, 1987; COSTA, 1988; etc. ) e não apenas uma questão restrita a organização do sistema de convênios, apesar de que estes convênios também se submetem a esta mesma visão de mundo.

## COMENTÁRIOS SOBRE AS ENTREVISTAS COM OS CONVÊNIOS

- A **psicologia**, assim como odontologia, fonoaudiologia, psiquiatria são tidos como "serviços especiais", mesmo naquelas instituições que oferecem estes serviços desde o início. Isto reflete inclusive:
  - Numa **menor remuneração** destes profissionais;
  - No **reembolso maior exigido** por parte do associado;
  - Na **exigência de laudos** para autorização prévia para o tratamento;
  - Na **limitação da duração e número de sessões** utilizadas;
  
- Os **motivos que levaram a inclusão dos serviços de psicologia** reforçam a idéia de um "algo a mais" que as instituições oferecem, que não são indispensáveis e necessários, mas sim serviços voltados mais para o "bem estar social" ou "desenvolvimento individual". Isto também fica evidente no percentual baixo de psicólogos credenciados em relação a outras especialidades. Podemos agrupar as justificativas para a inclusão do serviços de psicologia, nas seguintes categorias:
  - **Prevenção;**
  - **Crescimento Pessoal;**
  - **Tratamento de problemas já existentes;**
  - **Melhoria para o desempenho profissional;**
  - **Terapêutica auxiliar para outros tratamentos.**

- **Quanto ao processo de credenciamento**, este refere-se ao profissional *PSICÓLOGO* e não há preocupação na sua orientação teórica na maioria dos casos.
- Não há registros de acompanhamento ou estatísticas sobre a resolutividade dos tratamentos psicológicos na maioria dos casos, bem como quanto ao perfil da demanda por este tipo de serviço ou mesmo intercâmbio entre psicoterapeutas e outros profissionais.

### 4.3 - RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS

Para melhor nos situarmos nas análises dos resultados das entrevistas com os profissionais, além do uso dos códigos de identificação do **QUADRO 1**, apresentaremos um quadro que caracteriza a amostra dos profissionais entrevistados, não só quanto a características pessoais mas, também, quanto a sua clientela de convênios e particular.

**QUADRO 2 - Caracterização da amostra dos profissionais entrevistados**

Profis.	Sexo	TEMPO (ANOS)			a) PARTICIPAÇÃO NOS CONVÊNIOS PESQUISADOS										b)	Total	%	RS	Min		
		Formado	Clínica	Convênio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sub	Outros convênios	Todos convênios	Clientes Convênio	Valor sessão o partic.	Tempo sessão	
1	F	14	14	12					x		x				2	4	6	NF	50	45	
2	F	NF	NF	NF		x			x					x	3	3	6	NF	50	NF	
3	M	13	11	9			x								1	1	2	NF	NF	40	
4	F	NF	NF	16		x									1	1	2	20	NF	30	
5	F	13	13	4	x										1	0	1	40	50	40	
6	F	NF	NF	2								x			1	4	5	50	22	30	
7	F	NF	NF	7		x								x	2	3	5	NF	50	40	
8	F	17	7	7	x										1	0	1	50	50	45	
9	F	NF	NF			x		x	x						3	4	7	70	50	40	
10	F	21	21	10				x	x					x	3	1	4	30	60	40	
11	F	15	15	13				x	x						2	1	3	40	50	45	
12	F	22	7	7		x					x			x	3	3	6	NF	50	45	
13	F	5	4	4							x		x		2	5	7	15	50	45	
14	F	27	26	25	x	x			x						3	1	4	40	50	40	
15	M	11	11	11		x		x	x				x		4	5	9	NF	50	45	
16	F	15	10	5		x								x	2	2	4	20	50	45	
Total	M-2	173	139	132	3	7	1	2	5	-	3	1	2	5	34	38	72	375	682	570	
X	F-14																				
média	-	15,7	12,6	9,4											2,1	2,4	4,5	16	37,5	48,7	38,0
N=		11	11	14											16	16			10	14	15

NF = Informações não fornecidas nas entrevistas com os profissionais.



Ao analisarmos os dados do **QUADRO 2**, verificamos que a nossa amostra se constituiu, basicamente, de profissionais do sexo feminino (14 profissionais, de um total de 16 entrevistados) - que está dentro do perfil conhecido da profissão de psicólogo, tida como uma profissão com maior participação feminina ( ROSEMBERG, 1984) -, com o tempo de formado variando de 5 a 27 anos (média de 15,7 anos de formado), tempo de prática clínica entre 4 e 26 anos (média de 12,6 anos de prática clínica) e de credenciamento aos convênios entre 4 e 25 anos (média de 9,4 anos de credenciamento).

Podemos dizer ainda que metade dos entrevistados (**PROFISSIONAIS 1,3,8,11,12,13,14,15**) começaram a trabalhar com convênios num intervalo não maior que 2 anos após terem iniciado sua prática clínica, e que cerca de um terço dos entrevistados (**PROFISSIONAIS 1,11,13,14,15**) iniciaram a sua prática clínica em convênio num intervalo inferior a 2 anos de formado. Sendo assim, podemos dizer que o convênio pode estar associado ao início da prática clínica, em maior grau, e ao próprio início da profissão de psicólogo, em menor grau.

Quanto à participação dos profissionais em convênios, verificamos que esta variou entre 1 e 9 convênios por profissional entrevistado (média de 4,5 convênios por profissional), sendo que quanto à participação nos convênios pesquisados esta variou entre 1 e 4 convênios (média de participação em 2,1 dos convênios pesquisados por profissional). Esta participação em convênios representa de 15% a 70% da clientela dos profissionais (com uma média de 34% da clientela dos profissionais entrevistados).

Os valores cobrados aos clientes particulares variou entre R\$22,00 e R\$60,00 por sessão (com uma média de R\$48,70), ficando bem acima dos valores pagos pelos convênios, como veremos mais adiante, ao analisarmos a questão do pagamento.

Quanto ao tempo da sessão, este variou entre 30 min. a 45 min., e nos chama atenção o fato que, tanto para os clientes particulares, quanto para os clientes de convênio, não houve menção em nenhuma entrevista da prática das tradicionais "sessões de cinquenta minutos". Alguns profissionais chegam a justificar isto pelo "acúmulo de experiência", pelo tipo da clientela ou devido a questões técnicas e teóricas, como é o caso das falas do profissionais que transcrevemos abaixo:

*"Veja : nosso tratamento, independente de ser particular ou de convênio, a duração é trinta minutos... Tem crianças que agüentam serem trabalhadas mais tempo e outras não. Trinta minutos é o suficiente. E lá, com o convênio, tem a mesma visão, não é diferenciado. Aqui, nós temos sessões de 30 min., 45 min. e uma hora, dependendo da necessidade." (PROFISSIONAL 6)*

*"Quando eu comecei a atender, passava 45 minutos. Com a prática, a gente vai vendo que é muito cansativo, agora, eu vou até 40 minutos, no máximo. Agora, existem momentos que a pessoa precisa, naquele dia, de mais tempo; aí, eu estendo um pouco mais." (PROFISSIONAL 9)*

*"Para LACAN o tempo não é cronológico, é lógico(...) Por exemplo, quando se pega um obsessivo, e você estabelece o tempo de 40 min., então ele só trabalha realmente os 40 min. Você deve articular isso para quebrar as defesas. Então, a média pode ser 40 min. A sessão de LACAN era 40 min., mas, um belo dia, um cliente chegou deitou no divã e disse: finalmente - daí LACAN falou: acabou a sessão-. E a partir disso ele mudou. Agora não é brincadeira; você transar com a questão do tempo, não é brincadeira. A questão de determinar à nível técnico e teórico que a sessão é de x minutos, isso interfere. Tem clientes que questionam: a sua sessão é de quanto tempo? - a gente tem que ver este questionamento do cliente. Existem aqueles que têm necessidade de um prolongamento." (PROFISSIONAL 7)*

*"Em princípio eu marco assim: cada cliente 40 min., 45 min. Mas é de acordo com o que vai acontecendo. Às vezes, têm sessões até que precisam se estender um pouco mais. É de acordo com o que vem, mais ou menos... Eu não me coloco como lacaniana ortodoxa, eu me coloco como freudiana mas, às vezes, é interessante você pontuar naquele momento, não é? Com criança eu demoro meia hora." (PROFISSIONAL 11)*

Percebemos nas justificativas dadas, para a delimitação do tempo da sessão, que há um reconhecimento "implícito" do uso de um "tempo reduzido", como que inferior a uma norma, que precisa ser justificado. Para tanto, o fato de se atender crianças é uma das justificativas, haja vista a intolerância deste tipo de clientela a sessões longas (maiores que 30 minutos). Outra forma é a justificativa que o profissional adquiriu experiência suficiente para lidar com sessões de 40 minutos com os adultos, como se o tempo de duração da sessão dependesse da experiência profissional e não do tipo de cliente que está sendo tratado. Por último, o delimitador do tempo relaciona-se com a "intencionalidade do corte da sessão", em função do momento vivido em cada sessão, como é o caso do uso do "tempo lógico lacaniano", sendo a justificativa de "ordem teórico-técnica".

Porém, em todas as justificativas apresentadas para a duração das sessões, não há menção de distinção entre o cliente privado e o cliente de convênio. Mais ainda, não há, ou pelo o menos não foi explicitado, nenhuma justificativa de ordem econômico-financeira para o uso de um "tempo reduzido", em relação a tradicional "sessão de cinquenta minutos". A questão que fica é ;se este "novo padrão" de "tempo reduzido" se institui como um desenvolvimento da teoria e da técnica psicanalítica, como nos justificam os entrevistados, ou são "re-arranjos" necessários para a prática psicanalítica no mundo atual, incluindo-se aí a questão do "tempo é dinheiro", por isso não se pode desperdiçá-lo, mas otimizar o seu uso?

Ressalte-se, ainda, que as justificativas apresentadas, mantêm na mão do profissional o poder de conceder mais ou menos tempo para cada sessão, "de acordo com o caso" (casuísmo?), mesmo que afirme que tal limite é feito "em nome do cliente" e das suas "características". Isto coloca uma outra questão ;quando se trabalha com convênios, na medida em que este "terceiro" exige um tempo mínimo de duração por sessão, como vimos anteriormente, quando analisamos os resultados das entrevistas com os convênios (Cap. 4.2).

Tínhamos verificado ,então, que os convênios exigem, em média, um tempo de sessão mínimo, para adultos, de 40 a 45 minutos e isto não parece estar de acordo com a prática de alguns profissionais entrevistados (vide **QUADRO 2** e **TABELA 18**).

#### **4.3.1 - Motivos que levaram os profissionais a se credenciarem aos convênios**

Com base nos depoimentos dos profissionais entrevistados, constata-se que os motivos que os levaram a buscar o credenciamento em convênios, podem ser classificados em dois grupos:

**Grupo A** - onde o profissional assume que foi em seu próprio nome que buscou o convênio, uma vez que este é percebido como necessário para a sobrevivência da categoria ou, ainda, pelo fato de que estar passando por uma fase transitória e o convênio poder lhe possibilitar a obtenção de experiência, a divulgação do seu nome e a garantia do seu reconhecimento profissional, algo tão almejado.

**Grupo B** - Neste grupo ,incluem-se os profissionais que atribuem a "outros" o motivo de seu credenciamento. Estes "outros", tanto podem ser os clientes que não têm condições financeiras de pagar ao profissional particular, porque é um tratamento caro e de longa duração, ou pode ser a própria escola a que está filiado. Desta forma, ele projeta no outro um desejo que é seu não assumindo, assim, sua necessidade de estar credenciado a um convênio.

Para melhor entendermos a distribuição das respostas, fizemos uma síntese, que pode ser vista logo a seguir:

**GRUPO A (em meu nome)****A1 - Garantir sobrevivência do profissional** total (n° dos entrevistados)

- Devido à **questões financeiras**, pois o  
**convênio garante uma demanda de clientes**  
 e dá **mais segurança ao profissional**  
**( garante a manutenção do consultório)**----- 10 (2,3,5,6,7, 8,9,12,13,15)

- O convênio possibilita o **acesso ao mercado**  
**de trabalho**, dar impulso ao consultório e é  
 uma fonte de **encaminhamentos** pois existe  
 a dificuldade de se ter clientes particulares  
**( garante a entrada do profissional no**  
**mercado de trabalho ) ----- 4 ( 2,3,7,12 )**

**A2 - Fase transitória** total (n° dos entrevistados)

- Profissionais em **início de carreira**----- 8 (1,5,7,8,12,13,14,15)

- **Adquirir experiência** ----- 1 ( 5 )

- **Vinculação do nome a uma instituição** ----- 1 ( 5 )

- O convênio **divulga o nome e/ou trabalho do**  
**profissional**, possibilitando o **reconhecimento**  
**do profissional**----- 6 (1,2,4,5,6,7,8,12,14,16)

**GRUPO B ( em nome do outro )**

<b>B1- A teoria / escola / psicologia</b>	total (n° dos entrevistados)
- Difusão da Psicanálise -----	1 ( 4 )
- Socializar a Psicologia -----	1 (14)
 <b>B2 - Cliente / instituição</b>	
- Em respeito a clientes antigos (ética) -----	1 ( 8 )
- Atender pessoas necessitadas que não podem pagar (assistencialismo) -----	5 ( 2,6,9,11,12 )
- Indicação de clientes (reconhecimento do cliente) -----	4 ( 4,6,10,11 )
- Indicação de funcionários e/ou convite do convênio ou para atender casos específicos (reconhecimento da instituição) -----	3 ( 1,10,14,16 )

Analisando mais detalhadamente cada grupo, podemos dizer que no grupo A, fica evidente que a vinculação do profissional à instituição garante-lhe a chegada de clientes, pois a demanda institucional é grande. Isto no final do mês, pode representar "uma quantia certa", o que lhe dá a segurança de que, pelo menos, o dinheiro para os custos do consultório está garantido. Como diz um profissional:

*"...Os convênios existem para [o profissional] sobreviver... é uma forma que se encontrou de ter uma verba certa aos conveniados..."*  
(PROFISSIONAL 9)

Devido às dificuldades de preencher seus horários com clientes particulares, o convênio é uma das opções que garante ao profissional um mínimo de reposição de clientes. O convênio é visto como " *uma coisa segura, uma fonte de clientes*", que serve como facilitador do exercício da clínica, no sentido de diminuir o risco do terapeuta sentir-se ameaçado por qualquer possibilidade de saída de clientes. Principalmente quando se tem poucos clientes e está difícil a chegada de novos clientes particulares.<sup>1</sup>

Além de garantir a sobrevivência do psicólogo, o cliente de convênio também divulga o nome do profissional, tornando-se uma via para a possível chegada de clientes particulares. Assim, na maioria das vezes, será que podemos dizer que os clientes de convênio são vistos como **tapa buracos** e que só têm "importância" devido à ausência de clientes particulares?

Se assim for, como é que fica a questão do *desejo x segurança* do psicólogo? Pois, se para ter a garantia de que possuirá clientes para atender, ele tem que abrir mão do seu desejo (que é ter clientes particulares). Até que ponto os profissionais têm consciência deste dilema: se forem esperar para atender aos seus desejos, de só atenderem clientes particulares, não suprirão as suas necessidades econômicas! Com isso, podemos supor que no aspecto econômico, o fator que lhe dá segurança é determinante, já que os clientes de convênios parecem não justificar seus gastos plenamente. Os clientes de convênio aparecem aí como subsistência e o exercício profissional assume o sentido do *labor* - tal como definido por ARENDT(1983) e apresentado em capítulo anterior - a serviço da autoconservação e os

---

<sup>1</sup> Isto nos faz lembrar a problemática do "cliente único" ou dos clientes das clínicas escolas, que são imprescindíveis ao aprendizado do aluno, gerando uma situação de estresse excessivo na relação, frente a qualquer ameaça de abandono. As consequências disto podem ser vistas nos prolongamentos desnecessários dos tratamentos ou na submissão a caprichos e atuações do cliente como medo de perdê-lo, colocando-se em evidência a questão de quem é o desejo de analisar-se e da necessidade de análise.

clientes particulares como um trabalho gratificante e realizador, subtendido o reconhecimento positivo do profissional.

Alguns profissionais, ainda enfatizam que a situação econômica realmente contribui para a busca do credenciamento pois, com a crise econômica que a classe média vem passando, o seu poder aquisitivo já não é o mesmo e isto afeta a possibilidade de acesso ao tratamento psicológico. Mas ainda, é válido questionarmos, se também não houve um aumento de oferta destes serviços, como outro fator desta "lei de mercado". Neste sentido, o projeto econômico de livre concorrência em andamento também está afetando o trabalho dos psicólogos?

Outro ponto que também merece destaque é que, o aumento da oferta de profissionais no mercado pode ter forçado a ampliação da clientela para fora das classes sociais de "elite", ampliando sua atuação ( e, também, provocando esta reflexão sobre os limites da psicanálise, sua aplicabilidade a todas as camadas sociais) ou, ainda, o fato do surgimento dos convênios em si mesmo terem levado aos clientes que tem acesso a esse serviço, a deixarem de buscar ajuda no regime particular, que é mais oneroso.

Mas o importante é refletirmos que, apesar de verificarmos a realização de concessões na prática psicanalítica, para atender em sistema de convênios, o quanto estas concessões afetam esta prática e se isto é um movimento consciente ou mesmo alienado por parte do psicólogo. Podemos, ainda questionar se o trabalho psicanalítico, que é desenvolvido com clientes particulares, é adequado para os clientes de convênio, já que com estes existe um terceiro envolvido no processo. Será que o enquadre e a postura terapêutica, podem ser os mesmos ?

O outro conjunto de fatores que fazem parte do grupo A, são aqueles em que os psicólogos revelaram que buscaram o convênio por estarem passando por uma fase



**transitória**, ou seja, o convênio é importante, porque além de lhes garantir clientes possibilita aos profissionais, principalmente os que estão em início de carreira, a obtenção de experiência e o reconhecimento profissional. Desta forma, podemos dizer que o convênio é tido como uma ponte, que possibilita ao psicólogo recém formado, adquirir experiência, ter o seu nome vinculado a uma instituição ( coisa que o deixará mais seguro), e , conseqüentemente, tornando-o mais conhecido, dentro e fora da instituição, pois seus clientes e o próprio convênio fazem a sua propaganda. Isto lhes possibilita o que tanto desejam, que é *o reconhecimento profissional e ter uma clientela* . O que é constatado através da fala de alguns entrevistados:

*"... Quem procura convênio é gente recém formada, o convênio divulga o seu nome... É bom ter convênio para ter propaganda." (PROFISSIONAL 13)*

*"Todo profissional em início de carreira tem que estar aberto para credenciamentos, dessa forma, o profissional passa a ser conhecido pôr uma clientela cada vez maior, facilitando o seu reconhecimento profissional." (PROFISSIONAL 1)*

*"...eu era recém formado, é a forma que você tem de atender. Eu vejo assim: tem três formas do cliente chegar ao consultório: uma é através do convênio, a outra é através de amigo e a terceira é o próprio cliente que encaminha cliente, mas para isso é preciso ter cliente..." (PROFISSIONAL 15)*

Sendo assim, podemos dizer que, se o objetivo de todo profissional é ter clientes, mas, para tê-los é necessário ser reconhecido enquanto profissional, o convênio é uma das saídas que ele encontra para garantir uma demanda de clientes, divulgar o seu nome e o seu trabalho, adquirir experiência e reconhecimento.

Por meio destes depoimentos, nota-se a preocupação que os profissionais têm em adquirir experiência e parece que estes se utilizam do convênio para atingir tal meta. Podemos, então questionar **se os psicólogos estão utilizando o convênio para suprir a falta de experiência e, como esse elemento é indispensável para o bom exercício da**

**clínica, como esta perspectiva se dá em função de uma representação que o profissional tem do cliente de convênio, ou mesmo venha a afetar sua postura frente a este cliente?**

Um outro fator que o convênio também proporciona aos profissionais credenciados, como vimos, é a divulgação do seu trabalho e do seu nome, propiciando-lhe o reconhecimento profissional. Como diz um entrevistado:

*"O convênio foi muito importante na minha profissão..."*

*Porque eu acho que me deu meu nome, o reconhecimento. A melhor propaganda da gente é o próprio cliente." (PROFISSIONAL 14)*

Se uma das utilidades do convênio é divulgar o nome do profissional mas, para isso, ele tem que pagar um preço alto, que é o de sofrer interferências em todo processo psicanalítico, por que não se utilizar de outros meios de propaganda, de divulgação? Porque permanecer com convênios se eles dificultam o trabalho psicanalítico?

Parece que o convênio preenche "a falta" do profissional: falta de experiência, falta de clientes, falta de reconhecimento e que, por este motivo, ele permanece no convênio. Será que não pode haver o risco de ocorrer um processo de idealização em cima do convênio, como se todas as faltas pudessem ser preenchidas com o credenciamento do profissional?

Neste ponto, devemos lembrar que as instituições, enquanto sistemas imaginários, se fundam em cima de um processo de "segurança" ilusória (ENRIQUEZ,1990) e dos "benefícios narcísicos" (KAËS, 1991) que se tira delas. Isto tem como consequência o seu valor ideal, ao assegurar o narcisismo de seus membros e também persecutório, quando não sustenta mais esses mesmos investimentos narcísicos. Mais ainda, a instituição não é apenas o lugar imaginário de realização dos desejos recalçados, é também "o lugar e a ocasião de organização de defesas contra estes desejos" (KAËS, 1991, P.37), , fornecendo maneiras de lidar com angústias cuja origem não estão diretamente ligadas a um fato institucional. Sendo

assim, talvez, devêssemos considerar que os convênios estejam funcionando como suporte de relações imaginárias para os profissionais. Tal suposição fica ainda mais clara, quando analisamos, logo à seguir, as respostas do "grupo B".

No **segundo grupo (B)**, ao invés de assumir as necessidades pelas quais buscou o convênio, visando talvez suprir sua "falta", o profissional desloca para outros os seus desejos e as suas necessidades. Acreditam, que o credenciamento se deu por amor a sua teoria, para *divulgá-la e socializá-la*, principalmente, nas classes menos favorecidas ou, então, que foi em nome do cliente ou do convênio que necessitam de seu trabalho e/ou ajuda. Vejamos alguns relatos dos profissionais:

*"Sempre me preocupei com o folclore de que a psicanálise é para quem tem dinheiro. Com o convênio procurei permitir que a classe social menos favorecida tivesse acesso. Eu gostaria de divulgar a psicanálise como preciosa.*

*Eu gostaria que as pessoas percebessem a importância da psicanálise. Ela não se ensina, se transmite, você pode até estudar, mas só se aprende com a prática, vivenciando."* (PROFISSIONAL 4)

*"Eu fui convidada pelo convênio A, B, C e D para participar da equipe que eles estavam montando."* (PROFISSIONAL 14)

*"A questão não é nem atender em convênio ou particular, a questão é atender, é o Prazer de poder contribuir e ajudar aquela pessoa que está precisando..."* (PROFISSIONAL 9)

*"... Eu comecei a trabalhar e comecei a ver a demanda, pessoas que querem e precisam fazer terapia e não podem pagar ..."* (PROFISSIONAL 11)

*"... Eu me credenciei por que uma vez chegou para mim cliente e ele me sugeriu que eu me credenciasse. É uma necessidade não é?"* (PROFISSIONAL 11)

Vale, então, questionar, é uma necessidade de quem? Quem está precisando de ajuda? Cliente ou terapeuta? De quem é o desejo de se analisar? Poderíamos dizer, que o psicólogo se aliena do seu desejo, de suas necessidades e, com isso, a todo custo tenta negá-los?

Também é mencionando, o fato de que continuam a atender em convênio, devido a questões éticas, ao respeito que se tem a clientes antigos. Com diz um profissional:

*[eu ainda estou no convênio]" Porque eu tenho uma cliente,. eu até nem precisaria dela, mas eu tenho clientes que ainda são desse convênio. É uma questão ética, não posso mudar esses clientes para o particular..." (PROFISSIONAL 8)*

Devemos pensar que pressupostos éticos orientam/justificam a opção por continuar atendendo "em respeito aos clientes antigos", como se a implicação do terapeuta fosse apenas com seus clientes. Mas, até onde o profissional submeteria atender o cliente conveniado, caso o valor da consulta tivesse o seu preço relativo rebaixado mais ainda ? Questiona-se, mais uma vez, que: será que usar o compromisso da ética psicanalítica para justificar submeter-se a condições de trabalho julgadas inadequadas não é um deslocamento da questão ou uma projeção no cliente da necessidade do próprio terapeuta ? E, assim, a necessidade econômica do terapeuta é silenciada em nome do desejo do cliente? Com isso, o terapeuta nega a sua miséria, colocando-se como onipotente, em nome do cliente que precisa satisfazer seus desejos ou dar conta de seu sofrimento psíquico. Visto desta forma, só quem precisa daquele espaço é o cliente, o terapeuta não deve desejar (em nome do cliente), mas será que abdicar de suas necessidades .Também não é colocar-se como sujeito do desejo do cliente (e não mais objeto transferencial apenas)? **(Quem precisa do profissional é o cliente; eu, terapeuta ,não dependo dele ?!)**

Com base nos depoimentos, parece que o motivo que está por trás da busca do credenciamento, é o de suprir as "faltas" do profissional ,, o convênio, apesar de interferir em seu trabalho, lhe garante: ter clientes, poder adquirir experiência, divulgar seu nome e possibilitar atingir o reconhecimento profissional, abrindo caminhos para a chegada de futuros

clientes particulares. Com isso, podemos dizer que, talvez, a questão da "falta" seja o nó da questão.

#### 4.3.2 - O processo de credenciamento

O processo de credenciamento varia de acordo com as instituições mas, de uma forma geral, os critérios exigidos são, basicamente, os mesmos: tempo de experiência, currículo, diploma, CRP, documentação, etc. Além disso, em algumas instituições realizam-se entrevistas e visitas aos consultórios, a fim de se verificar as instalações e as condições físicas do local. Mas, **as facilidades e dificuldades para o credenciamento estão diretamente ligadas ao reconhecimento pessoal do profissional por parte da instituição.**

Com base na **tabela 25**, nota-se que existem dois movimentos no processo de credenciamento: o **convite** por parte da instituição para que o profissional se credencie, logo, associado a uma "necessidade" da instituição e a **indicação** do profissional por parte de terceiros, que também pode excluir o "desejo" ou "necessidade" do profissional em credenciar-se. Isto é relevante, pois, é como se o "desejo" ou "necessidade" do profissional não pudesse ter relevância neste processo, precisa ser intermediado e/ou reconhecido por um terceiro.

Aqueles que relatam que o seu credenciamento se deu por convite da instituição justificam que tal convite, ocorreu por conta de atender casos específicos ou devido ao fato de que o convênio estava no início de sua fundação e, por este motivo, precisavam de pessoas para compor seu quadro de profissionais. Nestes casos, podemos dizer que existe uma diferença entre a época que se credenciou e a seleção atual, uma vez que os convênios ainda

estavam se estruturando e haviam menos profissionais no mercado talvez, por isso, tais profissionais tenham sido convidados.

**TABELA 25 - PROCESSO DE CREDENCIAMENTO<sup>2</sup>**

N.º do profissional	Duração do processo	Indicação/Convite	Entrevistas	Visita ao Local
1	2 meses	Convite*	Não	-
2	De 6 meses a 1 ano	Não	-	-
3	1 mês	Convite	Não	-
4	Menos de 1 mês	Indicação	-	-
5	Menos de 1 mês	Indicação	Sim	Sim
6	De 3 a 4 meses	Indicação	-	-
7	De 15 dias a 6 meses	Indicação	Não	-
8	Rápido	Não **	Sim	Sim
9	Rápido	Indicação	Sim	-
10	De 3 a 4 meses	Indicação	Não	-
11	Não lembra	Indicação	Sim	Sim
12	Menos de 1 mês	Indicação	Não	-
13	De imediato a mais de 1 ano	Não	Sim	-
14	-	Convite	Sim	-
15	Dias	Indicação	-	-
16	1 mês	Indicação	-	-
Total	De dias um ano, cuja média fica em torno e 2 a 3 meses	10 indicações 3 convites 3 s/ com. ou ind.	6 Sim 5 não 5 não resp.	3 sim 13 não resp.

<sup>2</sup> \*1 A profissional relata que grande parte dos seus credenciamentos ocorreram devido ao fato de trabalhar num estabelecimento credenciado como pessoa jurídica e depois houve apenas a mudança para pessoa física, desta forma não houve a necessidade de indicação, uma vez que ambas as partes já se conheciam. E apenas em uma instituição foi convidada para atender casos específicos.

\*2 A profissional não menciona ter havido indicação para o seu credenciamento, entretanto, por meio do seu discurso evidencia-se que há uma relação pessoal deste com o responsável pelo processo de credenciamento.

*“No início do CONVÊNIO 3, mais ou menos um ano de fundado, eles vieram aqui, me deram a proposta de credenciamento e depois eu fui lá. Não houve seleção. Não exigiram nem currículo. Um mês depois começaram a aparecer clientes.” (PROFISSIONAL 3)*

*“Me convidaram, eu dei entrada, enviei currículo, uma carta de apresentação... Hoje em dia eu sei que está mais difícil, eu estou sabendo que muitos não estão mais abertos a credenciamentos ou quando não estão fechados fazem uma seleção muito rigorosa.” (PROFISSIONAL 14)*

Hoje em dia, o peso maior está na indicação e esta pode se dar em três níveis: por amizade, onde o amigo que o indica só leva em consideração o caráter pessoal, ou seja, não considera a competência e as referências profissionais; indicação num nível mais técnico, onde quem o indica reconhece o seu trabalho e valoriza-o, enquanto profissional, e até pode trabalhar conjuntamente em equipe interdisciplinar e, o terceiro nível, diz respeito a indicação por parte do cliente, onde é levado em conta o desejo deste de se tratar com o profissional escolhido. Desta forma, nota-se que a indicação é de extrema importância, tanto como forma de acesso ao convênio em si mesmo, como facilitador de todo o processo. E ainda muitas vezes a falta de experiência é compensada pela indicação. Como diz um entrevistado:

*“Para você ver como eu estava falando, um pouco mais de conhecimento agiliza as coisas. O convênio que mais demorou foi o L12, onde eu trabalhava, exatamente porque eu não queria mais me envolver. Convênio é o seguinte: conhece alguém? Conhece. Então, vai lá e conversa.” (PROFISSIONAL 15)*

Um outro fato, que além de facilitar todo o processo pode até modificar alguns dos critérios de seleção, diz respeito à utilização do credenciamento de pessoa jurídica, onde haja profissionais experientes na equipe, como forma de contornar as exigências quanto ao tempo de experiência.

*"Aqueles que dizem que você não pode se credenciar, mais aí você chega, depende do que você faz. Pessoa jurídica é mais fácil se credenciar do que pessoa física... Não foi difícil, apesar da proibição de cinco anos depois de formado, basta um psicólogo para responder pelos cinco. A gente credencia o CGC (pessoa jurídica), não é o CPF (pessoa física), não é meu nome, é em nome da firma."  
(PROFISSIONAL 15)*

Após o credenciamento de pessoa jurídica, a mudança para pessoa física é muito mais fácil, visto que ambas as partes já se conhecem.

Assim, o reconhecimento pessoal antecede o reconhecimento profissional, ou seja, para o processo de credenciamento, a instituição o reconhece enquanto pessoa, uma vez que foi indicado por A ou B; logo, não o reconhece, enquanto profissional, e o que este busca, é exatamente, o reconhecimento profissional. Para ser mais preciso: aqueles que são psicanalistas, buscam o reconhecimento enquanto psicanalistas. Sendo assim, tal categoria vivencia um conflito de identidade uma vez que, inicialmente, a instituição o reconhece enquanto pessoa, após o credenciamento o trata como psicólogo, levando-o a adotar certos comportamentos típicos do modelo médico como, por exemplo, ter que fazer laudos, dar diagnósticos, etc. E o profissional sente-se desvalorizado, pois não tem o reconhecimento desejado. Além disso é válido questionarmos, a partir de que referência o cliente procura o profissional, psicólogo ou psicanalista? Esta "frustração", quanto ao não reconhecimento da identidade de psicanalista, fica claro na fala do **PROFISSIONAL 8**, à seguir:

*"Eu já disse.. No círculo psicanalítico, têm duas psicólogas que fizeram um trabalho sobre essa questão dos convênios. Tratava-se desta questão do terceiro. Não é nenhum trabalho no meio dos psicanalistas. Eu me diferencio muito desse protótipo. O psicanalista não tem uma legitimidade no sentido.. Se ele não tem uma categoria definida, ele pode pular, pois não tem ninguém que o regularize. Eu acho interessante essa questão... Preferia não ser conveniada, porque falta reconhecimento da instituição. Convênio é uma coisa segura, é uma fonte de clientes.. Tem uma coisa que eles exigem demais... Aí, você... A gente se sente desvalorizada, não pelo meu cliente, mas sim pela instituição. Há um reconhecimento da instituição do meu trabalho..."*



*Mas há essa perversão da saúde em geral. Uma terapia é necessidade do ser humano. O psicólogo não é mais àquele profissional da elite... Infelizmente, a gente se reúne pouco, é muito omissivo. Eu já tentei reunir uma vez, mas não consegui." (PROFISSIONAL 8)*

No processo seletivo ,as instituições não questionam o tipo de trabalho realizado pelo profissional, a sua orientação teórica e o funcionamento de seu trabalho. Desta forma, parece que a preocupação, com o bem estar do associado e do credenciado, não é prioridade, tendo como peso maior a exigência documental. Isso, nos leva a pensar na desregulamentação existente no sistema de convênio, onde usuários e profissionais ficam à mercê das instituições.

Partindo dessas observações surgem algumas questões: se no processo de credenciamento ,o convênio está credenciando psicólogos, cuja exigência é estar vinculado ao Conselho Regional de Psicologia e o profissional se dispõe a tal tarefa, por que depois deseja ter o reconhecimento, enquanto psicanalista e não apenas enquanto psicólogo? Se ele se submete a uma "lei", que já sabe de antemão que não poderá ser cumprida, eu pergunto : o que isso? Alienação? Perversão? Ou é simplesmente a cultura da razão cínica, na qual a lei existe, mas não é para ser cumprida?

Talvez, para se sentirem, mais valorizados e reconhecidos, alguns profissionais tendem a supervalorizar o processo de credenciamento, mencionando que este poderia ser mais rígido, e assim possam comprovar o valor e a competência do profissional. Como diz um dos entrevistados:

*"Muitos são chamados [para o credenciamento], mas poucos são escolhidos. Acho que só ficam aqueles que criam um nome, têm respeito ao paciente..." (PROFISSIONAL 4)*

Assim, o convênio não é para todos os profissionais, pois se muitos são chamados e poucos escolhidos, o processo seletivo é supervalorizado e, sob esta ótica, os profissionais que

passam pela seleção são os “competentes, capazes, escolhidos”. O que leva a uma imagem idealizada positivamente do terapeuta de convênio, em contraste com a idéia da clientela, b tida como menos favorecida.

Ainda encontramos ,no relato de alguns profissionais, a menção de que o processo de credenciamento depende da experiência anterior, principalmente se for experiência institucional, como se a identidade profissional fosse dada pelo reconhecimento institucional, pela filiação que tem um valor maior do que a prática individual. Talvez aí, o convênio, enquanto valorizado na rigidez de sua seleção, possa também vir a servir como reconhecimento do valor do profissional. Mesmo que possamos também ver aí um mecanismo de supervalorização do convênio, que encobriria o seu valor real ou, ainda, a representação social do convênio é negativa, no sentido de ser uma alternativa (tanto para profissionais, quanto para os seus cliente) de acesso e manutenção do processo psicoterápico para aqueles que não podem exercer e ter acesso ao consultório particular. Neste sentido, **a polarização PARTICULAR / CONVÊNIO é um “fantasma organizador” das referências subjetivas e de identidade profissional.** Ao funcionar uma como o negativo da outra, quase que num processo de estigmatização (GOFFMAN, 1980), o cliente particular é visto como a “normalidade”, enquanto que o cliente de convênio como um “estereótipo negativo”, depreciado, que tende a ser negado enquanto tal, até mesmo devido à influência negativa que tem na representação do profissional.

A supervalorização do processo de credenciamento é uma das formas de negar tal depreciação e busca, conseqüentemente, a supervalorização do profissional e por trás disto a valorização da pessoa. Desta forma, podemos inferir que com toda essa supervalorização, o profissional acha que o seu reconhecimento não se dá apenas enquanto pessoa, mas principalmente, enquanto profissional e, para ser mais específico, enquanto um bom

profissional, havendo assim um movimento de "gratificação narcísica", no sentido que o profissional não se veria com a sua "falta" (de reconhecimento...).

Quanto às críticas sobre o processo de credenciamento, os critérios utilizados para a seleção dos profissionais mereceram destaque. Tais critérios parecem não ser transparentes e, no decorrer daquele processo, não é esclarecido ao profissional a que tipo de julgamento será submetido. Desta forma, paira a dúvida de que até que ponto está sendo julgado, enquanto pessoa ou enquanto profissional. Esta falta de esclarecimento dos critérios utilizados para a seleção pode gerar uma desconfiança do profissional para com a instituição.

*"Eu acho que para quem tem alguém conhecido, os critérios são modificados, a forma de selecionar o pessoal para se credenciar deveria ser mais transparente. Outra coisa é que o convênio paga muito pouco." (PROFISSIONAL 2)*

*"Tem sempre as críticas, assim, como tem muita gente que é competente, capaz, pessoas, inclusive que eu indiquei e que não conseguiram se credenciar. Tem a questão da peixada. Entra as pessoas que eles escolhem e não por um critério de profissionalismo, de currículo. E tem, também, a grande desvantagem de pagar mal." (PROFISSIONAL 14)*

Alguns profissionais ainda salientam que os critérios de seleção deveriam ser mais rígidos, buscando afirmar com isso que os profissionais selecionados são competentes, o que nos remete às questões da supervalorização, já mencionadas. Além disso, a existência de critérios rígidos dificultam a entrada de novos profissionais, o que possibilita ao profissional já credenciado, um número menor de pessoas com quem irá competir e com isso ter acesso a uma clientela maior.

Outra crítica mencionada, e que não diz respeito diretamente ao processo de credenciamento, refere-se à questão do pagamento. Os profissionais relatam que se sentem desrespeitados, pois o pagamento referente ao seu trabalho é pouco. Como diz um profissional:

*“...A principal reclamação são os honorários que são baixos. É uma diferença gritante, você consome tempo e tem a obrigação de atender da mesma forma.” (PROFISSIONAL 16)*

Desta forma, evidencia-se a **contradição entre o baixo valor relativo do pagamento e a obrigação do profissional tratar o cliente de convênio da mesma forma que trata o cliente particular**, evidenciando, com isso, que o cliente de convênio se diferencia do particular.

Mais uma vez, aqui voltamos a nos deparar com a questão do reconhecimento, pois parece que o profissional, sente-se desvalorizado e não reconhecido pela instituição, visto que o reconhecimento se dá, também, com base no valor que é pago ao profissional. Fica, então um questionamento : até que ponto tais profissionais não levam para a relação terapêutica essa sua insatisfação?

A emissão de laudos e diagnósticos é também um outro aspecto que aparece como crítica, uma vez que estes dificultam o tratamento e, assim, como o pagamento, faz com que o profissional se depare com a existência de um terceiro na relação terapêutica.

De uma forma geral, podemos dizer que o processo de credenciamento não é percebido como algo marcante, uma vez que não foi exigido muito do profissional e, na maioria das vezes, estes puderam contar com a indicação de um terceiro ; assim, alguns dos profissionais entrevistados nem lembram de como se deu tal processo.

### **4.3.3 - Como é atender em convênios e a interferência deste terceiro no processo psicoterapêutico**

#### **4.3.3.1 - Quanto ao uso de laudos**

Pudemos verificar ,que existem várias representações dos profissionais sobre o uso de laudos nos convênios, que, por sua vez, orientam as suas práticas, mas que tal uso passa a ser "incorporado" nas suas práticas, através de "desvios" ou atendimento direto destas solicitações.

De um modo geral podemos dividir os discursos dos profissionais nas seguintes categorias de respostas:

#### **I) LAUDO COMO NECESSIDADE ADMINISTRATIVA DO CONVÊNIO**

A maioria dos entrevistados entende que a exigência de laudos pelos convênios faz parte de uma necessidade administrativa, burocrática, seja para a) cumprir a função de instrumento que viabiliza a liberação de recursos financeiros para o tratamento, b) como forma do convênio exercer um certo controle no trabalho dos profissionais ou c) para ter acesso a determinadas informações a respeito do funcionário, que utiliza o serviço de atendimento psicoterápico oferecido. Em quaisquer dessas situações, o que chama a atenção, é o tom de queixa e crítica, por parte dos entrevistados quanto a este tipo de exigência, no sentido de que, para eles, os convênios não estão preocupados com o valor ético ou profissional dos laudos, pautando a solicitação de confecção de laudos ,numa necessidade de "controlar por controlar". Como qualquer outra interferência do convênio na relação

terapêutica é vista como descabida, há uma tendência em depreciar o laudo, colocando-o como algo desnecessário e sem que se esboce nenhuma tentativa de transformar este laudo num recurso útil para o próprio processo psicoterapêutico.

a) LAUDO COMO INSTRUMENTO QUE VIABILIZA A LIBERAÇÃO DE RECURSOS PARA O INÍCIO E/OU PRORROGAÇÃO DO TRATAMENTO:

9 [3, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15]

A maior parte dos entrevistados vê o laudo como um “mal necessário”: mal porque remete a uma interferência não desejada, mas necessário porque, sem ele, não é possível o custeio do tratamento, minimizando sua importância, como fica claro nas citações seguintes:

*“eu me preocupava em fazer a coisa o mais simples possível, era só um parecer para justificar a liberação da verba”.* (PROFISSIONAL 3)

*[Enviava] “para a psicóloga. Ela lia os laudos e determinava quem ia receber o tratamento. Em nenhum momento aconteceu comigo dela vetar. Esse laudo era mandado de seis em seis meses para renovar aquilo que aconteceu aqui.”* (PROFISSIONAL 5)

*“Como eu já falei antes, no período de seis meses querem um laudo, depois mais seis meses para continuar o tratamento, quando o problema é leve.”* (PROFISSIONAL 6)

*[Há necessidade de fazer laudo para conseguir prorrogação do tratamento?] “Não, tinha que mandar só para autorização.”* (PROFISSIONAL 7)

*“Depois dessa primeira consulta me autorizam quatro sessões, eu tenho que fazer um laudo e tenho que ter um prognóstico para essa pessoa.”* (PROFISSIONAL 9)

*“Aí você faz um laudo, solicitando e justificando” [a prorrogação].(...)  
Se encaminha um laudo embasando a solicitação e, geralmente, eles autorizam. Porém, eu nunca mandei uma solicitação e eles nunca me cobraram [a solicitação]. Tem um convênio que se protege pelo código, se passar de um ano o código muda, é uma proteção com o código. Os outros vem escrito: ‘prognóstico com tratamento de dois*

*anos, podendo este prazo ser adiado'. Então, se passar de dois anos, eles sabem."* (PROFISSIONAL 12)

*"(...) Se a gente está disposto a trabalhar com uma instituição, então precisa de certas regras. Se você me perguntar qual é o ideal, é a pessoa não precisar dizer."* (PROFISSIONAL 13)

*[O laudo] "era só para solicitar o início da terapia."* (PROFISSIONAL 14)

## b) LAUDO COMO INSTRUMENTO DE CONTROLE DOS CONVÊNIOS SOBRE O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS:

6 [1, 6, 9, 10, 11, 13]

Aqui, os entrevistados já se preocupam em fazer uma análise do uso de laudos e sua relação com o atendimento, quer seja quanto ao incômodo ou impacto que o laudo possa ter sobre o processo terapêutico, haja vista que se sentem "controlados" e não concordam com essa interferência do convênio, chegando a emitirem opinião sobre este fato; ou mesmo concordando com a necessidade deste "controle".

*"Eu não concordo com esse procedimento, pois acho que não é sigiloso. Teve um caso que já mandei três laudos, pois me comunicaram que os dois primeiros foram perdidos. Por outro lado, a exigência de laudos é mais para haver um controle por parte da instituição".* (PROFISSIONAL 1)

*"(...) é uma empresa que tem que dar cobertura a todos, por tempo indefinido. Eu também entendo esse outro lado. Eles têm que ter algum retorno de alguma forma. Eu não só mando laudo para as empresas, para os clientes particulares, também. No caso de um neurologista que pede, para não ficar só o lado organicista. O laudo, de um modo geral uma psicóloga mandando para o médico, só acontece no particular".* (PROFISSIONAL 6)

*"Agora todos estão exigindo um laudo. É como uma forma de controle deles... Qualquer laudo é sigiloso. Eu encaminho, mando a atendente levar ou eu mesmo levo".* (PROFISSIONAL 9)

*"...faz uma diferença, porque o particular você não tem prestar conta a ninguém, mas não é todo o convênio que exige laudo..."* (PROFISSIONAL 10)

*"... agora eles têm um negócio de controle de qualidade médica. Numa reunião que teve, eu perguntei o que era isso, parece que eles fiscalizam para saber se a pessoa está sendo bem atendida."  
(PROFISSIONAL 11)*

*"Existe (a exigência de laudos). Não é uma coisa assim, laudo como a gente vê mas, pelo menos, uma justificativa com uma hipótese diagnóstica, eu sempre faço. Eu faço assim porque me disseram.(...)*

*Eu acho que sempre a gente tem que ter uma hipótese para nortear nossa ação, justificar tanto tempo de tratamento."  
(PROFISSIONAL 13)*

Desta forma, as atitudes frente ao "controle" exercido pelas instituições através dos laudos, variam da "submissão dócil" às normas até ao "protesto" quanto ao seu uso, passando por uma preocupação com o sigilo profissional. Neste último caso, o cuidado com o sigilo das informações sobre o cliente pode ser, ao nosso ver, uma forma de também "controlar a instituição", no uso que possa estar fazendo destas informações, mas tudo "em nome do cliente" e não de um possível incômodo do próprio profissional em se sentir "controlado".

c)- LAUDO COMO INSTRUMENTO QUE PODE PERMITIR AO CONVÊNIO ACESSO A DETERMINADAS INFORMAÇÕES E TER REFLEXO NA VIDA INSTITUCIONAL DO CLIENTE:

5 [3, 4, 5, 6, 10]

Nesta categoria de respostas, a preocupação com o sigilo sobre o cliente estende-se aos possíveis reflexos que possa ter no seu ambiente de trabalho.

*"...O laudo pode ser utilizado para a empresa com outros fins..."(PROFISSIONAL 2)*

*"Há um encaminhamento que se faz, via médico. Não há exigência de laudo ou diagnóstico (...).*

*Não seria bem um diagnóstico, falava da necessidade da pessoa de fazer a terapia, da vivência da pessoa, superficialmente(...).*



*Eu discutia com o cliente, o que ia colocar ali, eu não podia colocar um diagnóstico pesado (...)*

*Eu só me preocupo para onde vai por isso, tem que fazer uma coisa bem leve, bem superficial. De início eu colocava isso na terapia. Eu me preocupava em fazer a coisa o mais simples possível, era só um parecer para justificar a liberação da verba. Tem um certo receio da pessoa em si preservar.” (PROFISSIONAL 3)*

*“(...) eu explico que o laudo é uma exigência e eu vou protegê-lo de um diagnóstico. Digo que o laudo é preciso e que não vai vazar nada, em favor da ética.” (PROFISSIONAL 4)*

*“Eu acho que pode interferir, porque não sei, que uso a empresa pode fazer com um diagnóstico de psicose. Eu fico preocupada, porque esse paciente pode ser taxado de louco. Eu não dou laudo com diagnóstico. Primeiro porque não faço testes e depois só depois de anos é que você pode saber o que a pessoa tem.” (PROFISSIONAL 4)*

*“(...) Acho que o laudo não é necessário, quando se manda um laudo para uma pessoa que não é da área, acho que não há necessidade, o laudo pode ser usado pela empresa para outros fins (...).” (PROFISSIONAL 5)*

*“No caso deles [os pais], eles ficam receosos numa empresa que é particular. Eu acho que ficam mil receios. Será que vai ter prejuízo? Os pais se questionam se serão prejudicados. São os mais preocupados em assinar a guia...” (PROFISSIONAL 6)*

*“(...) a coisa que mais interfere é quando o convênio exige um laudo. Acho isso muito ruim, porque é ameaçador para o cliente. Embora eu amenize, omita informações, do ponto de vista pessoal. Eu não coloco informações que expõem o cliente, que o ameacem, não coloco nada que possa ameaçar. Não se sabe até que ponto o laudo não é violado. Eu faço questão de que o cliente leia o laudo, não mando o laudo sem ele ler. A pior parte é essa...”*

*(...) uma vez, eu fiquei sabendo que o psiquiatra do convênio havia comentado que psicólogo não sabia fazer laudo. Aí, numa ocasião em que fui falar com ele, eu disse que havia sabido do comentário e que, de minha parte, eu sabia fazer laudo mas me recusava a fazê-lo. Eu me recusava a expor meus clientes. Eu evito contar no laudo fatos que possam identificar outras pessoas. Eu acho realmente o laudo a pior parte. O comentário dele tem até um certo fundamento porque os laudos que a gente manda são superficiais.” (PROFISSIONAL 10)*

Os laudos representam, então, uma "ameaça" e contra os quais se devem buscar alternativas, de modo a "preservar o cliente" dos efeitos da "rotulação psiquiátrica", de serem vistos como "loucos". É interessante notar o movimento dos profissionais de tentarem omitir

informações ou "simplificarem os laudos", ao invés de analisarem com seus clientes estas fantasias (mesmo que apropriadas ao meio sócio-cultural que vivem) e trabalharem este processo de "estigmatização" juntos. Com este movimento, além de concordarem com um certo tipo de representação social negativa e estigmatizada, do que sejam os clientes dos psicólogos, será que os profissionais não ajudam a perpetuar esta mesma representação?

## II - LAUDO COMO ANALISADOR DO LUGAR DO PSICÓLOGO / ANALISTA:

(tentativa do convênio de enquadrar o trabalho do profissional num modelo médico)

4 [4, 5, 10, 11]

Nestas respostas ,a questão da identidade do psicólogo e do psicanalista é ameaçada pela existência dos laudos, pois estes laudos representam o "modelo médico".

*"Eu não coloco nada técnico. O código das doenças não é para psicanalista , mas para o médico. Um analista não cura só o sintoma mas o todo." (PROFISSIONAL 4)*

*"...o convênio dava direito a uma entrevista inicial e dava direito a quatro sessões, que eles chamavam psicodiagnóstico. Isso para mim é muito complicado, é uma confusão dar um diagnóstico em cinco sessões. Eu não estou querendo taxar ou rotular a pessoa que chega aqui, pois eu coloco claro que com o tempo podemos dizer o que o cliente tem.. Durante o processo, a gente vai percebendo se a pessoa é obsessiva, neurótica. O convênio dizia que depois dessas cinco entrevistas, tinha que dar um laudo. A gente tinha que fazer." (PROFISSIONAL 5)*

*"É o poder médico. Você bota na sua cabeça que o médico tem mais poder e realmente é, socialmente é. Psicoterapia não é vista como necessidade, ela tem base no desejo do cliente. O convênio não vê dessa maneira, ele visa à lógica médica." (PROFISSIONAL 10)*

*"Às vezes, a pessoa precisa de um processo ou não. Eu preciso avaliar se a pessoa precisa ou não. Antes, eles queriam que a gente fizesse essa avaliação a partir de uma única consulta. Nessa reunião que teve, eu coloquei como é que em uma consulta eu vou saber se a pessoa precisa ou não de terapia? Aí, eles concederam que solicitasse essas quatro*

*sessões de avaliação. Geralmente, essas quatro sessões eles liberam. Depois disso, eles pedem para a gente colocar a história clínica e uma hipótese de diagnóstico; tem escrito embaixo no papel que não pode assinar em branco, tem que preencher. E é isso que eu questiono, a questão ética. Um médico de outro setor é que libera o tratamento e como é que ele vai avaliar? Mesmo que seja sigiloso... Não tem sentido o médico ser o responsável pela autorização.(...)*

*Não sei se o critério deles é esse, mas eu não coloco nenhum diagnóstico porque sou contra isso. Não sei como eles fazem.”*  
**(PROFISSIONAL 11)**

Delimita-se, aí a idéia que a prática psicológica em geral, e a prática psicanalítica em específico, se diferenciam da prática médica e do uso que faz dos diagnósticos em cima de um modelo que privilegia "doença" e a "necessidade" de tratamento. Referem a prática psicológica/psicanalítica como de outra ordem, da ordem do desejo de se analisar (opondo-a a "necessidade" de ser tratado)! É citado, também, que o convênio estaria dentro da "lógica médica", logo dentro da ordem da "necessidade" e não do "desejo". Sendo assim, isto, também, seria uma questão para aqueles que são profissionais conveniados, haja vista que são caminhos aparentemente contraditórios.

Veremos então, mais adiante, que estratégias são adotadas pelos profissionais para transformarem os "desejos" dos clientes em "necessidades" e, com isso, justificarem a existência do atendimento psicológico/psicanalítico em convênios. Da mesma maneira, também vimos que, para os convênios, o atendimento psicológico apesar de ser visto como um "algo mais", não referido a uma "necessidade", se transforma em necessidade quando visto como um "benefício" ou "ganho indireto" para o trabalhador, ao se transformar em um "produto de consumo" (consumo, logo existo!), como uma compensação ou recompensa pelo fato de ser trabalhador.

## III - LAUDO COMO INSTRUMENTO TÉCNICO / TERAPÊUTICO

2 [6,7]

A citação abaixo refere-se a um profissional ,que tem uma situação peculiar e sua postura frente aos laudos destoa do restante dos entrevistados. Sua clientela, formada por crianças, coloca desde o início a necessidade de se lidar com um terceiro elemento na aliança terapêutica (os pais), de modo que a interferência do convênio é aceita de forma mais natural. Para este profissional ,o laudo é visto como uma forma de troca de informações num trabalho multidisciplinar por isso, talvez, não haja questionamento sobre o fato de ser também visto como um “diagnóstico e prognóstico”, mais próximo do modelo médico:

*[O laudo] “É uma avaliação psicológica, diagnóstica e prognóstica.”*  
**(PROFISSIONAL 6)**

Já para outro profissional, o laudo tem a função de fazer o cliente refletir sobre o seu desejo de continuar o processo psicoterápico:

*“...o cliente é que faz o laudo, eu redijo. Eu posso até saber que ele precisa continuar a análise, mas ele precisa saber porque, principalmente saber se sabe”[porque precisa da análise].*  
**(PROFISSIONAL 7)**

Quando é exigida pelo convênio a apresentação de laudo e o profissional solicita ao cliente que o elabore, estaria colocando, com isso, o cliente frente ao seu desejo e continuando no “lugar de morto”, ditado pela teoria lacaniana? Por outro lado, ao assim proceder, estaria se orientando por uma ética pautada no desejo, a ética do sujeito da psicanálise. Mas acontece que, ao ser credenciado, o profissional o é como psicólogo - já que poucos convênios se preocupam com a orientação teórica adotada - e, neste sentido, a ética é aquela do código de ética profissional (e, como todo cidadão, também a ética do código de defesa do consumidor),

que prevê o uso de laudos como instrumento de trabalho. Assim, o laudo remete a uma lei/código de ética que existe mas não é cumprido, no sentido de haver um posicionamento do próprio profissional, quanto aos objetivos do seu trabalho e o que o cliente pode esperar dele. A questão é: quem é o cliente? O convênio que financia ou aquele que se trata?

#### IV - ESTRATÉGIAS DOS PROFISSIONAIS PARA LIDAR COM O LAUDO (FORMAS DE CONFECCIONÁ-LO)

##### a) LAUDO CONFECCIONADO NUM MODELO PRÓPRIO E MOSTRADO PREVIAMENTE AO CLIENTE

11 [1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 14, 15]

O laudo é visto, pela maioria dos entrevistados, como um instrumento de uso médico, um recurso legítimo de ser usado pelos profissionais de medicina. A exigência de laudos, por parte dos convênios, é interpretada como um não reconhecimento da especificidade do trabalho psicoterapêutico e uma tentativa de enquadrar este trabalho num modelo médico. Motivados por tal interpretação - e sem efetivar a sua veracidade junto aos convênios - os profissionais assumem uma postura defensiva, lançando mão de diversas estratégias, que visam fugir ao padrão médico de confeccionar laudos, como uma forma de demarcar a especificidade do trabalho que realizam. Assim, observamos que a grande maioria dos entrevistados relatou efetuar uma "superficialização" do conteúdo dos laudos, não baseando este conteúdo em diagnósticos mas, sim, tentando dar uma "visão dinâmica" do cliente:

*"Na elaboração dos laudos, tenho sempre o cuidado de enviar a mínima informação possível, deixando este um tanto quanto*

*superficial, tudo o que vai ser enviado à instituição, eu mostro e discuto com o cliente*

*Eu não faço nem diagnóstico nem prognóstico, envio apenas um laudo contendo as informações que mostram como o cliente está naquele momento.” (PROFISSIONAL 1)*

*“Meu laudo é superficial, não é diagnóstico, é falando dos conflitos. Comento com o cliente e mostro a ele. É importante que o cliente tenha conhecimento. O laudo deveria ser feito por ele.(...)”*

*Eu faço laudo, porque é exigência da instituição mas é um laudo dinâmico, eu não sou especialista em psicodiagnóstico, eu discuto com o cliente as coisas que vou colocar ali.” (PROFISSIONAL 2)*

*“Há um encaminhamento que se faz via médico. Não há exigência de laudo ou diagnóstico*

*Não seria bem um diagnóstico, falava da necessidade da pessoa de fazer terapia, da vivência da pessoa, superficialmente*

*Eu discutia com o cliente o que ia colocar ali, eu não podia colocar um diagnóstico pesado*

*Eu só me preocupo para onde vai. Por isso tem que fazer uma coisa bem leve, bem superficial. De início, eu colocava isso na terapia.*

*Eu me preocupava em fazer a coisa o mais simples possível, era só um parecer para justificar a liberação da verba).*

*Tem um receio da pessoa em si preservar. Eu não colocava nada técnico, era tudo simples.” (PROFISSIONAL 3)*

*“Atualmente, estão pedindo o laudo, mas no laudo que eu faço não coloco se é psicose, neurose, obsessão. Coloco que a pessoa está com problema emocional, precisando de ‘x’ sessões por semana, mas não dou um laudo fechado, mostro a pessoa o laudo, lacro e mando para lá. Nunca lacro um laudo, sem antes a pessoa ler.*

*De uma forma velada, digo que o paciente está ansioso, com angústia, mas não digo que está com quadros histéricos, psicóticos, neuróticos, eu uso as palavras dele.” (PROFISSIONAL 4)*

*“Eu sempre leio o laudo para o cliente.*

*Eu sou psicóloga, então, não dou diagnóstico de psiquiatria, o diagnóstico em psicologia é dinâmico, funcional, com referenciais da área de psicologia. Nunca dei diagnóstico de psiquiatria. Um outro convênio pede segundo o CID 10, eu nunca dei, não faz parte do meu trabalho.” (PROFISSIONAL 8)*

*“(...) é verdade que, às vezes, a justificativa que eu dou torna mais difícil conseguir a autorização, porque o meu laudo é superficial. Por exemplo, se o caso se trata de uma patologia familiar eu não coloco e a coisa é amenizada. É uma justificativa mas que, às vezes, não corresponde totalmente à realidade. Agora mesmo, eu estou com uma*

*cliente que está na iminência de ter um surto, mas não foi colocado no laudo isso. Eu coloco coisas do tipo 'problemas de determinada ordem', sem entrar em detalhes.(...)*

*Eu não trabalho com diagnóstico É dada uma visão dinâmica do cliente.” (PROFISSIONAL 10)*

*“São três médicos [que dão a autorização]. Tem um lá, que autoriza na hora. Teve um outro que eu mandei e eles colocaram do lado do laudo: 'é preciso mais dados circunstanciais'. Eu tornei a colocar do mesmo jeito, se não desse, eu ia lá pessoalmente conversar com ele. Mas aí quem recebeu dessa vez foi um outro e ele liberou. Não sei se o critério deles é esse, mas eu não coloco nenhum diagnóstico porque sou contra isso. Não sei como eles fazem. A cliente é que leva, eu nunca vi, leva lacrado, é confidencial. Eu acho que não cabe colocar a questão do paciente para outro, a sua história clínica, a ética não permite. Eu coloco bem geral, tipo 'dificuldades de ordem emocional', etc. Não sei como eles estão liberando. É difícil ficar fazendo isso de três em três meses, é ruim para o cliente ficar levando lá toda a vez...” (PROFISSIONAL 11)*

*“Eu não dava laudo em código, não detalhava e explicava ao cliente que era uma necessidade do convênio.” (PROFISSIONAL 14)*

No relato dos entrevistados, como vimos, há um tom de queixa e de indignação diante da exigência de laudos, por parte dos convênios, que pode estar relacionada a uma demanda de reconhecimento do trabalho por eles realizado. Lembremos, aqui, que o profissional, ao se credenciar ao convênio, o é ,enquanto psicólogo, e a demanda é pelo reconhecimento enquanto psicanalista/psicoterapeuta, havendo uma tentativa de transpor o modelo “clássico burguês”, de atendimento psicoterápico para o atendimento em convênio, transposição essa que não encontra respaldo nas instituições dos convênios. No modelo “clássico burguês”, a relação terapêutica que se estabelece entre terapeuta e o seu cliente está livre de interferências reais de terceiros ao passo que, no atendimento psicoterapêutico através de convênios, há um terceiro elemento que se interpõe entre o terapeuta e seu cliente, cuja função principal é ser o financiador do tratamento. É um elemento com presença muito forte, pois este terceiro é que viabiliza, financeiramente, o processo terapêutico.

Se, de fato, há um movimento dos profissionais de tentar enquadrar o atendimento por convênio nos mesmos moldes do atendimento particular, então, pode-se compreender a estratégia adotada na confecção dos laudos, como uma forma de escamotear a interferência do convênio na relação terapêutica. Neste sentido, a "superficialização" dos conteúdos trabalhados nos laudos, antes de preservar a privacidade do cliente, conforme a justificativa dada pelos entrevistados, visa preservar o próprio profissional! Podemos entender o escrúpulo exacerbado em relatar algo que, no desejo do terapeuta, deveria ficar restrito às quatro paredes de seu consultório como um temor em ter sua forma de atuação esmiuçada e exposta. É, portanto, uma estratégia que está a serviço da busca de negação deste terceiro elemento, que é o convênio na relação terapêutica. Busca, esta, que demanda um grande dispêndio de energia, pois remete ao incômodo que a interferência do convênio suscita, como fica bastante explícito na seguinte fala de um dos entrevistados:

*"(...) esse papel [o laudo] circula de mão em mão e esse papel representa alguma coisa. Você fica à mercê de um terceiro, de um outro que não tem nada a ver... Eu me sinto muito incomodada. Depois desses clientes eu digo que não vou mais atender [por convênio] mas, aí, chega, por exemplo, essa pessoa que está muito confusa, abandonou os estudos... Mas já tem esse prejuízo na questão da transferência, tem uma instituição que vai aprovar ou não, é um outro que interfere, um outro que está de fora e que não deveria estar interferindo."*  
**(PROFISSIONAL 11)**

O convênio é visto como um "corpo estranho" à relação terapêutica, um elemento exterior cuja presença é inoportuna e descabida. O laudo assume, então, o caráter de ser portador de uma interferência perniciosa, que precisa ser combatida. Para isto, o terapeuta procura se aliar ao seu cliente, desrespeitando regras criadas pelos convênios ou criando suas próprias regras como, por exemplo, só enviar laudos após estes passarem pelo crivo (leitura) do próprio cliente. Tal prática, motivada pela crença de que, agindo desta maneira, poder-se-ia escapar da interferência do convênio, não deixa de ser um certo jogo de sedução, no qual o



terapeuta propõe ao seu cliente que eles se aliem, para se protegerem de um inimigo comum: o convênio. A quem o convênio parece mais ameaçador: ao terapeuta ou ao cliente? Também neste caso, as justificativas dadas pelos profissionais giram em torno do cliente, seja para preservar uma postura ética com relação a ele, por ser um direito dele, ou para manter a relação terapêutica como uma relação verdadeira:

*[Com relação à influência do laudo acha que] "...depende da postura do profissional. Depende da forma como a pessoa lida com isso. Em todos os laudos, que faço dou para meus clientes verem. Eu nunca vou entregar um envelope fechado para outra pessoa sem o meu cliente ler." (PROFISSIONAL 2)*

*"(...) o convênio dizia que depois dessas cinco entrevistas tinha que dar um laudo, a gente tinha que fazer. E mais: tinha que ser confidencial. A gente mandava um laudo lacrado pelo cliente e ele não podia saber o que tinha. A gente trabalha com verdades, como vou começar uma coisa escondendo do cliente? Depois, conversando com meu supervisor, ele disse que eu iria ter que encontrar uma forma de trabalhar com o convênio. Eu resolvi fazer o laudo e ler para o paciente antes de mandar, fechava e lacrava. Passei a fazer isso, mesmo à revelia do convênio Hoje, eles acabaram com a entrevista inicial, o laudo e o psicodiagnóstico." (PROFISSIONAL 5)*

*"(...) o cliente é que faz o laudo, eu redijo. Eu posso até saber que ele precisa continuar a análise, mas ele precisa saber porque, principalmente saber se sabe" [porque precisa da análise]. (PROFISSIONAL 7)*

*"Eu não fazia o laudo na frente do cliente, mas eu falava para ele: tenho que fazer um laudo. E aí, depois de feito, eu mostrava para o cliente para que ele soubesse do seu conteúdo." (PROFISSIONAL 8)*

*"Eu avisei que ia colocar no laudo, de modo bem superficial e entregar ao cliente para ele ler. Depois disso, eu tenho agora três clientes do convênio 'A', uma delas é médica. Depois de quatro sessões, eu disse para essa cliente o que eu ia fazer. Coloquei, no laudo, uma coisa bem superficial e entreguei para ela ler e levar. Ela disse que ficou chocada, quando foi entregar no convênio. Ela chegou lá, entregou à recepcionista e ela pegou, abriu e colocou em cima da mesa e, inclusive, tinha vários outros em cima da mesa também. Aí ela reclamou com a recepcionista, disse que aquilo era confidencial e tomou o laudo de volta. No outro dia, ela voltou lá e entregou pessoalmente à assistente social..." (PROFISSIONAL 11)*

*"Muito desagradável. Eu fazia, mas fazia na frente do cliente e dava Para ele ler e levar.(...)[O laudo] não interferia na terapia, porque eu*

*fazia na frente do cliente e dava para ele entregar no convênio.”*  
**(PROFISSIONAL 14)**

*“É uma variável. Interferir, interfere, até a política econômica do governo. Se eu aceito as regras do jogo, então, eu tenho que aceitar as exigências do convênio. Na hora de emitir o laudo, então, eu mostro ao cliente, é um direito dele. Ele lê o laudo, não faço nada por trás. Acho que assim minimiza mais.”* **(PROFISSIONAL 15)**

b) ENVIO DO LAUDO CONDICIONADO AO SEU RECEBIMENTO POR  
 PROFISSIONAL DA ÁREA DE SAÚDE:

5 [2, 8, 10, 14, 15]

Se, por um lado, condicionar o envio de laudos ao seu recebimento por um profissional de saúde é uma justificativa racional, lógica e aceitável constando, inclusive, do próprio Código de Ética de Psicologia, por outro lado, não nos furtamos a questionar se isto também não teria a ver com a preocupação dos profissionais de que o laudo seja utilizado para prejudicar o cliente. Esta preocupação é infundada, pois o convênio está muito pouco interessado com o que se passa com um funcionário “x” numa sala “y” de um consultório de psicologia qualquer. Pensamos então que, talvez, esta justificativa seja uma forma de se “auto-convencer”, se “auto-perdoar” porque, se pudessem, não se submeteriam ao incômodo de fazer laudos e enviar a uma instituição percebida como exterior, sem nenhuma relação com o vínculo estabelecido entre o terapeuta e seu cliente. Neste sentido, a justificativa é bastante convincente pois, nas entrelinhas, o que se quer dizer com ela é: *“não remeto os laudos para o convênio - elemento cuja presença é preciso sempre combater, embora não consiga me livrar definitivamente dele - mas, sim, para alguém que, embora pertencente ao convênio, é um igual a mim na profissão por atuar na área de saúde”*.

*"(...) o laudo, eu não mando para o convênio 'X', mando para a psicóloga, ela é contratada para fazer esse tipo de perícia."*  
**(PROFISSIONAL 2)**

*"(...) o laudo era dado a MM [coordenadora do convênio], não havia o uso da empresa. Outro convênio [onde já foi credenciada] teve uma época que exigiu o laudo e eu sabia que lá não tinha psicóloga, que o laudo seria visto por um administrador de empresa e, aí, eu me neguei a fazer o laudo. Eu conversava com a secretária e percebia, pelo discurso dela, que era um movimento para saber do andamento do cliente. Depois eles mesmos voltaram atrás. Hoje em dia, eu nem atendo mais clientes de lá, pois para ter que me submeter a certas regras, eu prefiro... Se você quer ser conveniada, tem que seguir as regras, mas se o convênio não cumpre com o que diz ou eu não cumpro as regras, com o que eu digo, então, tem que sair..."*  
**(PROFISSIONAL 8)**

*"Eu só forneço laudo, quando o convênio tem um departamento que tenha um psicólogo ou psiquiatra para receber esse laudo."*  
**(PROFISSIONAL 10)**

*"Antes havia essa exigência, tinha que fazer um laudo que era encaminhado a um perito do convênio. O convênio GAMA 29, que eu também era credenciada, estava fazendo, inclusive, exigência de laudo para encaminhar para alguém que não era perito da área, um médico ou psicólogo, aí eu me descredenciei por causa disso"***(PROFISSIONAL 14)**

*"Alguns credenciamentos, eles dificultam para o cliente não usar muito, tem algumas coisas que dificultam. É a questão do diagnóstico. Alguns convênios exigem diagnóstico. Até aí, tudo bem, mas eu não gosto de mandar diagnóstico para alguém que não é técnico da área."*  
**(PROFISSIONAL 15)**

### c) NÃO MOSTRAR LAUDO PREVIAMENTE AO CLIENTE

2 [6, 12]

Os entrevistados que relataram não mostrar o laudo aos seus clientes, além de serem poucos, têm algumas particularidades:

*"Não mostro [o laudo ao cliente], é um laudo confidencial ao convênio."* **(PROFISSIONAL 6)**

Pouco sentido teria, para a clientela deste profissional, o conteúdo dos laudos, pois tal clientela é formada por crianças. Além disso, parece ser uma clientela, cuja demanda está também relacionada a causas orgânicas ou problemas de desenvolvimento já identificados pelos pais, antes mesmo de uma “rotulação profissional”. Há então, desde já, um movimento de aceitação da necessidade do laudo por parte do profissional, já que este faz parte de uma equipe (a equipe que trabalha conjuntamente no mesmo espaço físico, formada por fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, etc). O laudo assume, assim, uma função de intercâmbio científico, sem excluir o movimento de transformar em necessidade a busca de tratamento. Aqui ,a criança é ,desde já, um sujeito sem desejo, cujo desejo é o desejo dos pais!

O outro profissional que relatou não mostrar o laudo ao cliente, embora não o faça, tem a prática de trabalhar o conteúdo do laudo durante o processo terapêutico, através do manejo da hipóteses tecidas sobre o cliente, de modo que esta postura não demarca uma diferença muito grande em relação aos outros profissionais:

*“Não, o que está escrito, não [é mostrado ao cliente] mas o teor, a hipótese é tratada aos pouquinhos no processo. Na hora do contrato, a gente conversa essa situação.” (PROFISSIONAL 12)*

#### 4.3.3.2 - Quanto à duração do tratamento

Podemos dizer que, quanto aos limites impostos pelos convênios para a duração do tratamento, os discursos dos profissionais se dividem em dois grupos: entre aqueles que acham que estes limites não interferem no processo terapêutico (que chamaremos de **GRUPO A**) e aqueles que consideram a existência de uma interferência no processo terapêutico, por conta desta limitação temporal (**GRUPO B**).

**GRUPO A : O limite imposto pelo convênio não interfere processo terapêutico:****I - OS LIMITES PODEM SER TRANSPOSTOS ATRAVÉS DO  
ESTABELECIMENTO DE CONTRATOS PARALELOS (CLIENTE-  
TERAPEUTA):**

6 [6, 7, 9, 13, 14, 15]

Estabelecer contratos paralelos com o cliente ,ao se esgotar o limite de tempo estipulado pelo convênio, cobrando pela sessão o mesmo valor pago por este, é uma forma de se manter fiel a sua abordagem, que concebe a duração de uma psicoterapia como sendo indeterminada. Com isso, esboça-se um movimento de lidar com a demanda da clientela de convênio como se fosse uma demanda por psicanálise. Não são buscadas mudanças no enquadre psicoterápico para que este se adapte ao atendimento por convênio. Além disso, podemos nos perguntar se: aceitar as sessões extras e particulares (no caso dos contratos paralelos) pelo preço do convênio já não é aceitar a mediação deste como referência simbólica ou mesmo levar o terapeuta a assumir a miséria do cliente (necessidade de reparação?) como sua, sem lidar com os limites impostos pela realidade do convênio. Enfim, aceitar tratar em regime de convênio com a abordagem psicanalítica ,não se coloca desde o início como um “impasse”? Ou uma negação dos limites impostos por este terceiro, negando até mesmo que haja impasse?

Quando se aceita trabalhar num convênio, que já tem estipulado o limite de duração do tratamento, bem como da freqüência restrita a uma sessão por semana, limites que vão de encontro com as “necessidades” da técnica psicanalítica, isto não é posto como um problema que mereceria uma modificação na técnica e analisadas suas conseqüências (tal como fazem

aqueles que trabalham com o modelo da psicoterapia breve)? Mas, ao contrário o que pudemos observar, foi a busca de alternativas que possibilitassem ultrapassar este limite, tal como o uso de contratos paralelos.

Seríamos tentados a explicar tal fato pela via da “perversão”, se não tivéssemos conhecimento de toda uma análise da cultura contemporânea brasileira, onde se enfatiza a “cultura da razão cínica”. Assim, as regras do convênio têm sua existência reconhecida por parte dos profissionais, no entanto, elas existem para não serem cumpridas, da mesma forma como a maioria das leis em nosso país. Não se vislumbra uma conseqüência no não cumprimento das normas, até mesmo porque o profissional já traz de antemão, uma perspectiva de ser lesado pelo convênio. O convênio faz de conta que propicia uma estrutura adequada para o atendimento psicológico (já que não considera o número adequado de sessões e duração do tratamento, além de remunerar pouco os profissionais) e o profissional faz de conta que atende como previsto. O problema é que no meio disso tudo está o cliente, que tem que dar conta deste “pacto perverso” (no modelo psicopatológico individual) ou, talvez, de um “pacto denegatório” (na proposta de KAËS,1991), entre o profissional e o convênio, silenciando-se e sendo conivente. Este silêncio visaria garantir a continuidade dos investimentos e dos benefícios decorrentes dos vínculos já estabelecidos.

Esta reflexão nos faz lembrar a lógica da relação existente no mecanismo da corrupção: há um corruptor e um corrompido, que se aliam para lesar um terceiro. Há implícito uma relação triangular complementar. Este tipo de aliança pode correr o risco de se tornar uma norma, quando há a perspectiva de impunidade.

*“Como é uma coisa nova, parece que eles não cobrem. Vai ter que fazer um acordo com esse pai, pelo preço de convênio, é uma situação ainda nova” [que ainda não vivenciou] (PROFISSIONAL 6)*

*"O convênio (...) trabalha com uma sessão [por semana] e já tive clientes deste convênio que precisavam de mais sessões, aí eu fiz um contrato à parte. Isso já traz outras implicações." (PROFISSIONAL 7)*

*"A gente que lida com psicoterapia é cruel demais estipular um prazo. Já aconteceu de precisar de um tempo, o convênio autorizar mas também tem vezes que o convênio não autoriza." (PROFISSIONAL 9)*

*"Dependendo de cada caso é mais de uma por semana, se a pessoa precisar de mais de uma por semana ela faz, mesmo que o convênio não pague, ela paga por fora." (PROFISSIONAL 9)*

*"Ele teria que pagar por fora...Mesmo requisitando, fazendo um laudo, era cortada." (PROFISSIONAL 13)*

*"Entro em um acordo de fazer o preço de convênio..." (PROFISSIONAL 13)*

*[Quando havia a necessidade de continuar o tratamento além do Prazo estipulado pelo convênio] "Ficava a critério dele, continuar com a gente pagando pela tabela do convênio."*

**(PROFISSIONAL 14)**

*"Eles limitam, mas eu converso com o cliente, eu posso negociar com ele para ele continuar pagando o mesmo preço de convênio. Esses convênios que limitam e se é um tempo insuficiente eu abro um espaço para negociar." (PROFISSIONAL 15)*

## II - O CONVÊNIO RESPEITA O TIPO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL, NÃO COLOCANDO OBSTÁCULOS À PRORROGAÇÃO DO TRATAMENTO:

3 [4, 8, 16]

*"Esse é um problema porque já fui conveniada de um convênio A e não sou mais. Nos convênios 2 e 14 pode passar até dois anos, o tempo que for necessário para a duração do tratamento. Meu tempo é indeterminado." (PROFISSIONAL 4)*

*"...Colocam limite no papel mas você pode ultrapassar. Nunca tive limites. Nunca precisou haver mais de duas sessões. Se houver necessidade o convênio permite." (PROFISSIONAL 4)*

Especificamente no caso deste profissional, observamos que ele tende a ter como referência a sua abordagem pessoal, chegando inclusive a aceitar que um dos convênios

imponha limites para o tratamento. Ressalte-se que o convênio mencionado, é aquele que atualmente anda “de olho” nos atendimentos psicanalíticos de longa duração. Porém, este profissional também ressalta, que está havendo mudanças nos limites dos convênios, que estão mais restritivos, apesar de que estes limites (dois anos e duas sessões por semana) parecem serem satisfatórios para o seu trabalho ou estas normas podem sofrer alterações com um pedido seu. Neste último caso, há a visão de que os convênios respeitam a sua abordagem:

*“Só trabalho com liberdade e a partir do momento que estipularem um número x de sessões, eu saio.” (PROFISSIONAL 4)*

Quanto aos outros dois profissionais, tratam-se de casos em que o convênio não estipula antecipadamente um limite de duração do tratamento, diferentemente do **PROFISSIONAL 4**, que parece impor seu modo pessoal de trabalhar, mesmo com convênios que lidam com o limite de duração do tratamento.

*“Trabalho com psicanálise, se é breve ou longa, depende do processo de cada um. Depende da demanda. A brevidade ou longevidade quem vai decidir é o cliente.” (PROFISSIONAL 8)*

*[O convênio estipula um limite de duração do tratamento?]  
“Antigamente definia, agora não...” (PROFISSIONAL 8)*

*“O tempo de duração nem o CONVÊNIO 10, nem o CONVÊNIO 5 fazem limitação, eu não tenho muitas críticas, porque os dois convênios que trabalho dão liberdade. Ele não limitam o tempo que a gente passa com o cliente, eles não fazem objeção”. (PROFISSIONAL 16)*



III - OS LIMITES PODEM SER TRANSPOSTOS POR SOLICITAÇÃO (ATRAVÉS DOS LAUDOS) DE PRORROGAÇÃO DO TRATAMENTO:

2 [6, 12]

*"...a cada seis meses, eles exigem um laudo falando o porque da continuidade, falando da criança, do atendimento. Isso no caso de crianças mais graves, eles não determinam o tempo. No caso da criança estar com problemas de formação reativa, eles determinam um ano." (PROFISSIONAL 6)*

*"Se encaminha um laudo embasando a solicitação e, geralmente, eles autorizam porém eu nunca mandei uma solicitação e eles nunca me cobraram". (PROFISSIONAL 12)*

Observamos na fala deste entrevistado (PROFISSIONAL 12), a questão do conhecimento das normas do convênio, mas também um movimento de esperar ser cobrado por ele, caso contrário não irá respeitá-las. É como se a norma existisse, para não ser cumprida ou se tornar "flexível". Mais uma vez, o que está em jogo aqui é a questão do "jeitinho brasileiro" ou a arte de ser mais igual que os outros (BARBOSA,1992), ou mesmo da "cultura da razão cínica"(COSTA,1988).

IV - A ABORDAGEM ADOTADA PELO TERAPEUTA (PSICOTERAPIA BREVE) CONTEMPLA AS PARTICULARIDADES DO TRABALHO EM CONVÊNIO:

1 [1]

*"Os convênios estão apertando o cerco para quem é psicanalista. Muitos pacientes saem de uma psicanálise e procuram uma psicoterapia breve, por ser mais dinâmica. Há um caso de uma instituição em que o paciente só tinha 20 meses para ser atendido, enquanto tinha pacientes com oito anos de análise. Existe uma demanda de 5% para psicanálise, enquanto 95% estão precisando de*

*uma ajuda mais dinâmica, que resolva o problema imediato. Eu acho que estamos atendendo uma clientela de acordo com suas necessidades. Não acredito numa psicologia massificante, acredito que existe uma demanda que só funciona com a psicanálise. Mas acho que temos que evoluir em muita coisa, tentar adaptar a técnica às necessidades. O respaldo teórico é psicanalítico, a técnica deve ser adaptada." (PROFISSIONAL 1)*

Verificamos aqui, que o profissional parece discriminar os diversos tipos de demanda por tratamento e, de acordo com esta demanda, procura "adaptar" à teoria psicanalítica, a abordagem da psicoterapia breve. O tempo limitado é ditado pela instituição (que visa poder atender a todos, socializando o tempo!), enquanto terceiro presente na relação e pelo cliente (que busca um tratamento mais imediato para seus problemas!).

#### V - A POSSIBILIDADE DE PROLONGAR O TRATAMENTO É DISCUTIDA PREVIAMENTE COM O CLIENTE (DURANTE O CONTRATO):

I [10]

*"Eu atendo o mesmo tempo o convênio e o particular, quanto tempo que o cliente precisar, dependendo de sua demanda. Alguns convênios estão começando a limitar, a exigir que o cliente fique determinado tempo, por isso, eu já digo para o cliente, que eu não posso limitar o tempo do processo e que pode haver necessidade de continuar a terapia, para além do tempo permitido pelo convênio. Pode acontecer do tempo, que eles acham bom, não ser o tempo do cliente. Eu converso antes com o cliente, para ver se ele tem condições de continuar por conta própria. Se não tem, então eu prefiro não atender a esse cliente". (PROFISSIONAL 10)*

Esta perspectiva, adotada por este profissional, deixa para o cliente uma possibilidade de escolha e, também, traz para a relação os limites impostos pela realidade e o seu enfrentamento. Com isto, o cliente é posto frente ao seu desejo e, o analista, no lugar que lhe

cabe. O contrato inicial não esconde a existência do convênio como terceiro elemento da relação terapêutica mas, sim, o coloca no seu lugar. No lugar de fonte de financiamento do tratamento, apesar de que, ele pode estar interferindo como referência para o preço das sessões extras, pagas por fora ou no prolongamento do tratamento.

**GRUPO B - O limite imposto pelo convênio interfere no processo terapêutico:**

1 [2]

Embora, o limite de duração do tratamento, imposto pelo convênio possa ser transposto, através do pedido de prorrogação do prazo, a existência deste limite, segundo a visão do profissional, pode reforçar a resistência do cliente, significando a introdução de um dado objetivo (o tempo) e exterior na relação terapêutica:

*“Você trabalha em cima da subjetividade e, nesse sentido, tem que lidar com essa coisa objetiva que é o limite. Exemplo: a questão da renovação, limite, atrapalha. Na abordagem analítica, a questão da prorrogação deve ser subjetiva(...). Inclusive, quando o cliente está indeciso e você precisa de mais tempo, essa parada só ajuda a resistência do cliente. Quando o Prazo é de seis meses, o cliente coloca na cabeça que é de seis meses e isso dificulta. Tudo isso vai depender da tua atuação, mas eu acho que o tempo atrapalha porque eu não trabalho com psicoterapia breve” (PROFISSIONAL 2)*

No entanto, cabe-nos perguntar aqui: De quem é a resistência?: se do cliente, cuja demanda, talvez, não seja por um tratamento psicanalítico, tal como supõe o profissional ou deste último, por não conseguir conceber a possibilidade de que seja necessário realizar alguns ajustes no enquadre psicoterápico, para que este, se adapte ao atendimento por convênio. Dizemos isto, porque o modelo psicanalítico tende a "deixar de fora" do processo as interferências que venham de fora do setting, para, com isso, possibilitar o trabalho na

transferência e na sua interpretação. As interferências externas só devem ser consideradas, quando articuladas ao imaginário do cliente, naquilo que o cliente "coloca na sua cabeça" e aparece na relação terapêutica.

### **4.3.3.3 - Quanto às interrupções do tratamento**

#### **4.3.3.3.1 - Férias**

As férias do profissional são, em geral, programadas com antecedência e não são cobradas ao cliente. As férias do cliente só são cobradas, caso este queira que o seu horário seja preservado, isto é, que se mantenha o mesmo, após o retorno das férias.

#### **4.3.3.3.2 - Faltas**

Com relação às faltas do cliente, observamos as seguintes posturas no que se refere a sua cobrança ou não:

#### **I - SÃO COBRADAS INDISCRIMINADAMENTE:**

10 [2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 15]

No enquadre psicanalítico "convencional", as faltas do cliente são, não só cobradas, como também, trabalhadas enquanto material de análise. Os profissionais procuram preservar as mesmas regras no atendimento por convênio, numa tentativa de reproduzir o mesmo tipo

de enquadre e, dentro desta perspectiva, se englobam a cobrança das faltas pois, segundo os entrevistados, “se não for assim, a terapia não funciona”:

*“A gente trabalha com um horário pré-fixado. Por ser um horário pré-fixado, a gente tem um horário certo. Se ela (a criança) chega atrasada só tem o tempo que resta; se faltar, vai ser uma sessão dada.”*  
**(PROFISSIONAL 6)**

*“O cliente sabe, que mesmo ele estando ausente, ele paga, ele é responsável...”***(PROFISSIONAL 7)**

*“Faltou, pagou, do mesmo jeito do cliente particular. Eu exponho isso para o cliente no contrato.”***(PROFISSIONAL 8)**

*“Do mesmo jeito que o particular, se faltar ele paga. É outra coisa que a gente fala no contrato.”***(PROFISSIONAL 10)**

*“É do mesmo jeito que o particular: se ele falta, ele paga porque senão não funciona.”***(PROFISSIONAL 14)**

## II - SÃO COBRADAS DEPENDENDO DA JUSTIFICATIVA DADA PELO

### CLIENTE:

5 [1, 4, 9, 12, 16]

O critério para a cobrança das faltas e mesmo, compensação de horários é, o de que o motivo da falta, tenha sido devido a fatores externos, objetivos, que independam da vontade do cliente ou que tais faltas, sejam comunicadas antecipadamente:

*“Não há um modelo; veja: um cliente que trabalha numa empresa tal que é obrigado a viajar, se eu tiver um horário eu compenso porque não depende dele. Agora, se o paciente não vem porque marca outras coisas, aí eu já não garanto. Se for caso de doença eu vejo o que pode ser feito.”***(PROFISSIONAL 4)**

*“Quando as faltas são comunicadas não são cobradas; quando não comunicadas são cobradas.”***(PROFISSIONAL 9)**

*“Eu não sou muito rígida. Se faltar e avisar com antecedência de 24 horas, então eu não cobro pois dá tempo de marcar outra coisa. Se avisar no dia, não.”***(PROFISSIONAL 12)**

A questão que se impõe é: Como fica a função do setting psicanalítico com esta flexibilização? Uma vez que, as faltas não são concebidas como fazendo parte do processo, enquanto ausências a serem analisadas.

Observamos aqui, a existência de um mecanismo próximo do modelo médico, que pode trazer conseqüências para a relação terapêutica, no sentido de que, não há “ausência” a ser trabalhada. O profissional parece colocar-se a serviço do desejo do cliente, inclusive atendendo sua demanda literalmente! Assim, como ser analista ,colocando-se no lugar daquele que tenta preencher a falta do cliente, diminuindo-lhe o custo, ao não cobrar suas faltas, cobrando pouco ou mesmo não cobrando?

Essa postura assistencialista, traz repercussões para a relação terapêutica, na medida em que cria um vínculo fundamentado numa relação de “reparação” e “gratidão”, já há muito estudado pelos psicanalistas e que reforçam uma relação simbiótica, que tende a excluir o terceiro, como pudemos ter oportunidade de discutir no capítulo 3.

### III - SÃO COBRADAS, DEPENDENDO DO CONVÊNIO

(há convênios que cobrem as faltas, outros não; o profissional segue o que cada convênio determina)

1 [13]

*"Eu faço do mesmo jeito do particular, sessão 45, 50 minutos. Tem determinado tipo de convênio que não cobre se a pessoa faltar, outros cobrem. Dizem que tem que ser o mesmo tipo de tratamento do particular, então as pessoas pagam [as faltas, férias do cliente...]...."(PROFISSIONAL 13)*

Este profissional, demonstra um certo conformismo, com as regras dos convênios, variando a sua conduta, quanto à cobrança das faltas, em função das regras adotadas por cada convênio. Não há, pois, um questionamento sobre esta cobrança, sobre o próprio processo terapêutico, no sentido de marcar uma ausência.

#### 4.3.3.3 - O uso das guias de atendimento para cobrança de faltas

No que se refere à questão da **cobrança das faltas dos clientes**, entram em cena as **GUIAS** e é importante destacar as funções a elas atribuídas pelos profissionais:

##### I - A GUIA COMO INSTRUMENTO "BUROCRÁTICO":

9 [ 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14]

A guia representa, unicamente, o meio que possibilita ao profissional a remuneração pelo seu trabalho; é um instrumento que diz respeito à relação do profissional com o convênio, fonte financiadora do tratamento. Não há uma incorporação da guia, enquanto instrumento, que pode ter uma função terapêutica como, por exemplo, veicular a forma de pagamento ao investimento do cliente de convênio.

*"Eu faço a solicitação no início do mês, peço que entregue a guia, ela é autorizada e no final do mês, eu dou entrada. Depois de trinta dias eu recebo."* (PROFISSIONAL 6)

*"No sistema deles, a gente faz o atendimento, envia as guias e no final de trinta dias, eles depositam".* (PROFISSIONAL 6)

*"Cada sessão que ele vem, ele assina. Há cada quinze dias, minha secretária leva. Não dá quinze dias de recebimento não, dá uns vinte dias, mais ou menos, demora a pagar. Além de pagar pouco, ainda demora."* (PROFISSIONAL 8)

II - A GUIA FUNCIONANDO COMO VEÍCULO DA DESVALORIZAÇÃO DO ESPAÇO TERAPÊUTICO E/OU INSTRUMENTO LESADOR DO TERAPEUTA:

4 [1, 3, 15, 16]

O convênio se faz presente como um "terceiro pagante", também nas ausências dos clientes e nas dificuldades encontradas pelos profissionais de transformarem estas ausências em "faltas sentidas" (e simbolizáveis), através do seu pagamento, já que nem todos os convênios cobrem as ausências dos clientes.

*"No particular ele desembolsa R\$50,00 e, no outro, se faltar assina. A motivação do cliente de convênio tem muita importância. A questão do dinheiro, implica num maior investimento na terapia por parte do cliente." (PROFISSIONAL 1)*

*"O fato das pessoas não pagarem as faltas interfere. Tem a requisição, se o cliente não quiser pagar a falta, ele não paga. As pessoas marcam e não vêm; se a pessoa não quiser pagar, ela rasga a guia e, aí, eu perco o honorário." (PROFISSIONAL 3)*

*"Eu gosto da idéia do pagamento do cliente, porque tem as questões de esquecimento, de pagar errado. A guia tira essa possibilidade de manejo. O convênio interfere higienizando. A interferência é de ter purificado um pouco a relação, porque o cliente não sente que está pagando. Iludindo-se de que é dado..."*

*Eu acredito que sim, [que há desvalorização do espaço terapêutico] porque eu, como cliente, quando vou ao médico pagando, tem uma importância para mim. A gente vê assim; o médico quando é bom, não tem nem convênio. Tem essa idéia. Não é que desvalorize, dá menos importância." (PROFISSIONAL 15)*

*"Interfere, [o fato do pagamento ser através de guias] principalmente com os dependentes. O titular já sabe que está sendo descontado, então, ele consegue valorizar; mas, o dependente, que não sabe o quanto vai ser descontado... Quando é um dependente que não é filho, a coisa complica um pouco, tem que trabalhar o que está acontecendo ali, dele desvalorizar..." (PROFISSIONAL 16)*

Uma das conseqüências do não pagamento das ausências dos clientes, apontada pelos profissionais, é a desvalorização do espaço terapêutico, já que o pagamento teria o seu simbolismo neste processo. Atrelada ao não pagamento, está também a idéia de uma certa



"impunidade" com relação aos clientes faltosos, já que não se verifica nenhuma "conseqüência" ,quando não comparecem as consultas, não há "desconto nos contracheques dos assistidos" que simbolize (e materialize) esta ausência .

### III - A GUIA FUNCIONANDO COMO UMA FORMA DE PAGAMENTO

(PAGAMENTO SIMBÓLICO):

3 [2, 4, 13]

Aqui, é ainda mais enfatizada a necessidade do pagamento como um ato simbólico, onde as guias podem substituir o dinheiro ou, frente à percepção da impossibilidade do uso das guias como simbolismo, deve-se buscar o "compromisso" do cliente (que deve ser demonstrado com a sua presença!). O risco nesta exigência de um "compromisso" do cliente para com o terapeuta é confundir-se a finalidade do próprio processo terapêutico, já que o cliente não deveria buscar um processo psicoterápico, para satisfazer a necessidade do terapeuta sentir-se respeitado, ou, no caso dos convênios, de "compensar" a desvalorização do convênio para com o profissional!

*"(...) A questão do pagamento, no particular mexe; no convênio não existe essa questão, pois o pagamento é simbólico, no seu investimento terapêutico." (PROFISSIONAL 2)*

*"No convênio não existe o simbólico, o trabalho é com um interveniente que é um terceiro. Tem que haver outro simbolismo, o tempo, a freqüência, ele não paga em dinheiro, mas, paga através do compromisso. O cliente particular paga com o dinheiro em sessão, no convênio se paga com isso" [a guia]. (PROFISSIONAL 4)*

*"Aí eu acho que vai ter um outro simbolismo que você pode substituir. Às vezes pode ser muito incômodo para o profissional. Eu acho que você pode usar a guia como simbolismo." (PROFISSIONAL 13)*

#### 4.3.3.4 - Quanto ao pagamento

##### 4.3.3.4.1 - As interferências do convênio enquanto "terceiro pagante"

### I - O CLIENTE DE CONVÊNIO INVESTE MENOS, DESVALORIZA O TRATAMENTO PORQUE NÃO O PAGA

6 [1, 3, 5, 10, 15, 16]

De modo geral, os profissionais, têm a idéia de que o fato do cliente de convênio não pagar do mesmo modo que o cliente particular (através do dinheiro), parece diminuir o valor e investimento no espaço terapêutico:

*"No particular ele desembolsa R\$50,00 e no outro, se faltar assina. A motivação do cliente de convênio tem muita importância. A questão do dinheiro, implica num maior investimento na terapia por parte do cliente."*(PROFISSIONAL 1)

*"Eu recebo mais ou menos 20, 15 reais(...)*

*A nível inconsciente isto "deve interferir", eu não sei, mas, procurando a nível consciente, eu procuro não pensar se o cliente é conveniado, eu procuro observar, não penso se o cliente é particular ou não. Agora, quando tem as faltas, eu coloco o fato de não estar pagando, de não estar investindo."*(PROFISSIONAL 3)

*"Interfere na medida em que se torna mais fácil. Então, fica às vezes camuflado o verdadeiro desejo das pessoas de fazerem análise. O real desejo de fazerem análise. Eu acho que a análise é para quem precisa."*(PROFISSIONAL 5)

*"De forma geral, o cliente de convênio, não se sente pagando. Ele demora muito a se comprometer com o processo. É uma relação que sofre uma interferência. É como a pessoa que tem INPS: ele não se sente pagando. É um direito dele mas(...)*

*O cliente de convênio, deixa com muito mais facilidade a terapia. É como se fosse mais fácil. É como o aluno faz com a universidade que não é paga(...)*

*...ele não está pagando, não pesa muito no bolso, ele sai de um terapeuta e vai para outro...Agora, depois de um período, isso pode mudar, no começo nós estamos nos avaliando sobre a conveniência de*

*trabalharmos juntos. Quando o cliente se conscientiza, não tem mais problema. É muito comum, o cliente de convênio marcar hora e não aparecer. É mais freqüente que o particular.*” (PROFISSIONAL 10)

*“Eu acredito que sim [que haja desvalorização do espaço terapêutico], porque eu, como cliente, quando vou ao médico pagando, tem uma importância para mim. A gente vê assim; quando o médico é bom, não tem nem convênio. Tem essa idéia. Não é que desvalorize, dá menos importância.”* (PROFISSIONAL 15)

*“Interfere principalmente com os dependentes. O titular já sabe que está sendo descontado, então, ele consegue valorizar; mas, o dependente que não sabe o quanto vai ser descontado... Quando é um dependente que não é filho, a coisa complica um pouco, tem que trabalhar o que está acontecendo ali, dele desvalorizar. A gente tem que informar para ver se é aquilo mesmo que ele quer. A mim, cabe muito distinguir se ele está ali porque o pai quer ou o marido quer, coisa assim.”* (PROFISSIONAL 16)

A idéia que fica, a partir destes depoimentos, é que o dinheiro é visto como um facilitador da valorização do espaço terapêutico e, por isso, o cliente de convênio já é visto como aquele que tem uma tendência a não valorizar o espaço terapêutico, pela inexistência do dinheiro como forma de pagamento. A questão é, se esta “desvalorização” do cliente é em função da imagem, que o cliente tem do convênio, ou de uma “projeção” do profissional sobre o que representa o cliente do convênio para sim mesmo ou, até, de uma possível “série complementar” destas representações.

## II - O CLIENTE DE CONVÊNIO PAGA ATRAVÉS DE UM OUTRO VEÍCULO SUBSTITUTIVO DO DINHEIRO

4 [4, 8, 11, 13]

Concebendo a questão do pagamento, como algo da ordem do investimento no processo terapêutico, os profissionais procuram “criar” novos parâmetros, para perceber o

nível de investimento do cliente de convênio na psicoterapia, que não seja através do veículo "dinheiro":

*"No convênio não existe o pagamento simbólico, eu trabalho com esse interveniente que é um terceiro. Tem que haver outro simbolismo: o tempo, a frequência. Ele não paga em dinheiro, mas paga através do compromisso. O cliente particular paga com o dinheiro em sessão. No convênio se paga com isso (as guias). Tem uns que usam isso através de brincadeira."(PROFISSIONAL 4)*

*"Claro que é diferente do particular, porque o particular paga a você, paga o cheque a você. Mas o cliente conveniado é interessante. Tem também a questão do dinheiro, muitos verificam no contracheque, eles conferem, marcam... Pagar alguém é investir em alguém."(PROFISSIONAL 8)*

*"Interfere e muito, a questão do pagamento mesmo...Tem toda a questão simbólica, da dívida simbólica. Isso, no contrato, eu lembro a eles que no convênio eles pagam também, o dinheiro é tirado do bolso deles."(PROFISSIONAL 11)*

*"Aí eu acho que vai ter um outro simbolismo que você pode substituir. Às vezes, pode ser muito incômodo para o profissional. Eu acho que você pode usar a guia como simbolismo."(PROFISSIONAL 13)*

A forma como cada profissional tenta introduzir um "pagamento simbólico", já coloca o cliente não apenas como um "sujeito da falta" (referente ao "sujeito psicanalítico e sua relação com o dinheiro, como vimos no capítulo 3), mas também como um "sujeito em falta" para com o analista. Neste último caso, há uma "dívida" que pode ser paga com um "compromisso" ou com a guia. No caso com o pagamento com a guia, é interessante notar a ênfase que é dada a necessidade de se lembrar ao cliente que ele também paga, que é descontado no seu contracheque! O que podemos nos perguntar, é se por trás dessa preocupação também não existe a vontade do analista se sentir pago e, com isso, ter um reconhecimento simbólico do seu trabalho e também satisfazer suas necessidades materiais.

### III - A INTERFERÊNCIA DO CONVÊNIO É TRABALHADA NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

4 [7, 10, 14, 16]

Alguns profissionais colocam que a interferência do convênio, enquanto "terceiro pagante", deve e pode ser trabalhada no âmbito da própria relação terapêutica, na medida em que for surgindo, como conteúdo da fala do cliente, a partir dos conteúdos trazidos por ele e, por parte do terapeuta, a partir de um cuidado de uma atenção, quanto às contratransferências que possam aparecer:

*[O modo de lidar com a interferência do convênio] "Depende de como esse terceiro está funcionando no discurso desse cliente. Eu tenho vários clientes de psicologia e o discurso do aluno de psicologia é muito comum, ter uma marca, então, você vai ver a escuta do cliente."(PROFISSIONAL 7)*

*"Como qualquer outra interferência, é obrigação do terapeuta interpretar o que essa interferência está representando(...)*

*Toda pessoa que se trata e tem seu tratamento pago por um terceiro isso interfere, não importa se é um pai, mãe, marido, convênio(...)*

*Existem essas mudanças, que eu já falei, não é. É como qualquer outro tipo de interferência. É obrigação do terapeuta trabalhar isso; cabe a ele trabalhar essa interferência, nesse aspecto é igual a qualquer outra interferência. Existe essa interferência, que é real, que é a questão do tempo do tratamento, da duração do tratamento, mas isso eu já antecipo e digo ao cliente que existe essa limitação dada pelo convênio e já vejo se ele tem condições de continuar o tratamento. o resto é besteira, são interferências iguais às que ocorrem como quando é uma criança, que são os pais que pagam o tratamento ou quando o tratamento está demorando muito e vem a família cobrar 'ó, como é? Está demorando muito, não fica boa, não?' Qualquer tipo de interferência entra no âmbito do terapeuta de trabalhar esse aspecto."(PROFISSIONAL 10)*

*[Como você lida com isso?] "Quando o cliente fala, quando ele traz isso (...)*

*E também a gente... Quando a instituição atrasa, quando paga pouco, então, a gente tem que estar muito consciente disso, com relação à contratransferência também, não é? A gente tem que estar consciente*

*de que às vezes tem coisas que o cliente projeta na gente que não é da gente, é da instituição(...)*

*É uma terceira pessoa numa relação, mas isso é perfeitamente trabalhável.”(PROFISSIONAL 14)*

*“Veja ,é muito difícil separar as coisas, porque estão no inconsciente também. A empresa pode até está pagando uma parte, mas eu estou atendendo àquela pessoa, eu tenho que separar. A questão de existirem essas empresas por trás, é importante que eu me trabalhe, para poder ver que eu estou atendendo o cliente. Eu não tenho nenhum vínculo com a empresa. Eu acho que as transferências e as contratransferências existem em qualquer momento, em qualquer processo. Eu tenho que trabalhar isso em mim, atender alguém que não está me pagando à altura...”(PROFISSIONAL 16)*

O que se pode apreender do relato destes profissionais é que, há uma tendência a assimilar a interferência do convênio, como sendo da mesma ordem que outras interferências que podem ocorrer num processo psicoterápico. Com isso, são encobertas questões que dizem respeito, especificamente, ao atendimento psicoterápico, através de convênios e se mantém inabalada a forma do profissional trabalhar, ou seja, ele não precisa realizar modificações no enquadre terapêutico, para dar conta da problemática do cliente de convênio, pois este tende a ser visto como “igual” ao cliente particular. Cabe-nos questionar se esta “dificuldade”, em perceber a problemática específica do cliente de convênio, não estaria relacionada à própria formação do terapeuta, que o condiciona a perceber o seu cliente apenas como sujeito do desejo e não como sujeito social também.

## IV - O PAGAMENTO PELO CONVÊNIO TEM MUITA BUROCRACIA

4 [6, 8, 9, 16]

Uma das queixas dos profissionais, nesta questão do pagamento, além do seu baixo valor é o rigor na exigência de documentos e a demora na liberação de recursos, elementos que burocratizam a efetuação do pagamento aos profissionais:

*"...Essa exigência para efetuar o pagamento. Eu esqueci de mandar, quer dizer, eu mandei um documento, mas não tinha funcionário, liguei... Eles são muito rigorosos com a documentação."*  
**(PROFISSIONAL 6)**

*"Eu encaminho os recibos ao "CONVÊNIO 1". Cada sessão que ele vem, assina. Há cada 15 dias, minha secretária leva. Não dá 15 dias de recebimento, não. Dá uns 20 dias, mais ou menos. Demora a pagar, além de pagar pouco, ainda demora."***(PROFISSIONAL 8)**

*"É chato, só a gama de papéis que você tem que enviar com as guias. No final do mês, tem um dia estipulado, a gente manda as guias com um parecer."***(PROFISSIONAL 9)**

*"É uma burocracia. "O CONVÊNIO 5" é mais legal de trabalhar, eles dão uns formulários, o cliente assina, a gente assina e manda para lá. Tanto o "CONVÊNIO 5" quanto "CONVÊNIO 10" são mais rigorosos para pagar. O "CONVÊNIO 5" é mais organizadinho, tem até os dias que você deve receber. Já o "CONVÊNIO 10" funciona diferente, é muito mais chata, a sua rotina. Tenho que mandar pelo cliente tantas sessões, o convênio autoriza, manda a guia, o cliente assina e o meu funcionário leva lá. Também paga em ponto. O "CONVÊNIO 5", dependendo do dia que a gente manda, paga direitinho."***(PROFISSIONAL 16)**

É, como se houvesse uma exigência muito grande para um pagamento, visto como insuficiente ou insatisfatório; é uma questão de "pagar direito", talvez até uma questão de (in)justiça! E isto reflete na (auto)valorização do profissional, como veremos logo a seguir.

V - O PAGAMENTO INSATISFATÓRIO É INDICADOR DA  
DESVALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL PELO CONVÊNIO

2 [7, 8]

*"O que a gente vê é: que esse pouco valor que pagam a gente, isso passa para o cliente, pois é o valor simbólico. É a questão de um terceiro aí. Você vê, a articulação e invasão do terceiro no contrato. A nível inconsciente, isso não funciona. Você vê pessoas com nível financeiro razoável e que têm convênio."(PROFISSIONAL 7)*

*"A gente se sente desvalorizada. Não pelo cliente, mas sim, pela instituição. Há um reconhecimento da instituição pelo meu trabalho, mas há essa perversão da saúde em geral. Uma terapia é necessidade do ser humano. O psicólogo não é mais aquele profissional de elite..."(PROFISSIONAL 8)*

O profissional não vê o reconhecimento do "valor do seu trabalho", já que o "valor do pagamento" é abaixo do esperado (e do preço cobrado aos clientes particulares). Assim, retoma-se a questão do "valor de troca" do trabalho e do dinheiro na clínica (vide capítulos 2 e 3), implicando uma (des)valorização do trabalhador com reflexos na sua (auto)representação.

VI - AS SESSÕES EXTRAS SÃO COBRADAS PELO MESMO VALOR DO  
CONVÊNIO

2 [5, 7]

No caso da necessidade de sessões extras, não cobertas pelo convênio, estas colocam em evidência o papel regulador destas instituições na prática clínica, tal qual o não pagamento das ausências às sessões, como vimos antes.



*"Existe [a possibilidade de fazer sessões extras]. Olhe, já aconteceu de precisar e eu cobro o preço que o convênio me paga. Alguns [clientes] aceitaram ficar."* (PROFISSIONAL 5)

*"É, depende do cliente. O convênio dá direito a uma sessão por semana. E se você precisa de outra, é feito outro contrato. Este pode ser feito pelo preço do convênio."* (PROFISSIONAL 7)

Os profissionais buscam fazer um "novo contrato paralelo", mas com o mesmo valor "antigo", como se fosse um gênero da mesma espécie. Com isso, demonstram a interferência do convênio como aquele que institui o "valor de troca" a ser atribuído ao trabalho do profissional. Neste movimento, assistimos também a que o credenciado está deixando de ser visto como "profissional liberal" e sendo-lhe imputado o papel de "profissional conveniado" ou "profissional regulado pelo convênio"! A pergunta que fica é, o quanto os profissionais estariam dispostos a assimilarem esta nova identidade profissional?

## VII - A QUESTÃO DO PAGAMENTO NÃO PODE SER TRABALHADA NO

### ATENDIMENTO ATRAVÉS DE CONVÊNIO

2 [2, 15]

*"No convênio você não trabalha a questão do pagamento, porque a empresa é quem está pagando. [O pagamento é questão de investimento](...)"*

*A questão do pagamento no cliente particular mexe. No convênio não existe esta questão, pois o pagamento é simbólico, no seu investimento terapêutico. O pagamento é feito via instituição e se você fica insatisfeito, a coisa não pode ser trabalhada."* (PROFISSIONAL 2)

*"Eu gosto da idéia do pagamento do cliente, porque tem as questões do esquecimento, de pagar errado. A guia tira essa possibilidade de manejo. O convênio interfere higienizando. A interferência é de ter purificado um pouco a relação, porque o cliente não sente que está pagando, iludindo-se de que é dado.(...)"* (PROFISSIONAL 15)

Fica aí, a idéia de que só se pode trabalhar o pagamento, quando há o dinheiro presente na relação. Devemos ver, então, o que significa, para estes profissionais, o ato de assinar as guias que autorizam o desconto e pagamento destes (será que não é uma forma de pagamento?) Mas, esta idéia também reflete a problemática sobre a quem se vincula este pagamento: ao serviço prestado ao cliente ou ao serviço prestado ao convênio, ou seja, a quem interessa o tratamento?

Mais ainda, podemos pensar que para a instituição do convênio, que paga o tratamento, este é um custo apenas, mas, para o cliente, trata-se da questão de investimento, há como que uma dissociação entre o ato de pagar e o investimento no tratamento. Dissociação esta, que reflete também na representação sobre o vínculo com o tratamento e com quem é tratado.

#### VIII - O VALOR DA SESSÃO PAGA PELO CONVÊNIO É TOMADA COMO REFERÊNCIA PARA O ATENDIMENTO PARTICULAR

1[6]

Existe um único profissional, que referiu nas entrevistas, que o convênio, o valor pago pelos convênios, serve como parâmetro para o preço das suas consultas particulares.

*“Esse valor particular é difícil ter um que pague. Com criança, o mínimo são duas sessões por semana. Sempre com os particulares a gente faz um acordo. Geralmente o valor que o convênio paga.” (PROFISSIONAL 6)*

Neste caso, há como que uma identificação total com os valores ditados pelo convênio; mesmo que seja pela similaridade entre a clientela particular e os clientes de convênios deste

profissional. O "valor de troca" do trabalho do profissional está identificado com o "valor de uso" atribuído pelo próprio profissional ao seu trabalho.

#### 4.3.3.4.2 - Estratégias e justificativas para lidar com este "terceiro pagante"

### I - O PAGAMENTO PELO ATENDIMENTO EM CONVÊNIO DEVE SER BAIXO PORQUE É UM SERVIÇO ASSISTENCIALISTA

4 [4, 7, 14, 15]

Segundo os profissionais, o valor da sessão para o atendimento em convênio, não deve ser equiparado ao atendimento particular, não apenas porque denota a condição social do credenciado mas, também, por ser visto como uma "regalia" dentro do sistema de saúde, como um serviço assistencialista. Além disso, o baixo valor pago é compensado pelo grande número de clientes conveniados.

*"Eu acho que deveria ser, no mínimo, 30 reais(...)*

*Porque são pessoas que trabalham, isso onera e teriam pessoas que não teriam condições. O valor deveria ser maior, mas a empresa deveria se responsabilizar. Se ela não repassasse [ao assistido] deveria ser mais ou menos 30 reais, era o ideal. A empresa, também não pode pagar muito porque são muitos serviços: dentistas, exames, etc." (PROFISSIONAL 4)*

*"Eu acho que a questão de equiparar, eu não sei. A gente tem que ver o que é viável. Eu acho inviável os convênios atingirem 50 reais ou mais, pela situação do país, por isso eu coloco 30 reais. Eu acho que deveria ser bem mais, porque o investimento é enorme, eu digo, no mínimo, 30 reais. É aquela coisa, uma quantidade x de pessoas. Porque teria que ser em nível de uma clientela particular? Seu nome vai divulgar por aí." (PROFISSIONAL 7)*

*"Seria o ideal [equiparar o valor da sessão para o convênio ao para o particular], mas eu não vejo como isso poderia ser feito pelas*

*condições sociais que a gente vive. A faixa do que está sendo cobrado por aí é 50, 60 reais."* **(PROFISSIONAL 14)**

*"É o convênio que te dá um retorno. O reconhecimento do teu nome. Acho que seria muito idealizado. Se o convênio pagar isso vai ficar caro para o associado, seria repassado para ele."* **(PROFISSIONAL 15)**

## II - NÃO É LÍCITO, ÉTICO COBRAR POR FORA AO CLIENTE DO CONVÊNIO

3 [1, 2, 7]

A questão anteriormente levantada, sobre o "*cliente em falta*" para com o terapeuta, está também presente no reconhecimento da existência de uma "*diferença*" entre os valores pagos pelos clientes particulares e aquele recebido pelos convênios.

*"A complementação da diferença não pode existir, apesar de acontecer. Os terapeutas estão pedindo aos clientes para completar essa diferença, o que é anti-ético."* **(PROFISSIONAL 1)**

*"Não [há complementação]. Acho que isso não é legal, pode até ter; agora, não sei se a instituição sabe. A instituição talvez não permita isso, não sei."* **(PROFISSIONAL 2)**

*"Muitas pessoas fazem com que o cliente pague por fora. Eu não faço isso, porque isso não é ético, é uma coisa perversa. A gente tem que se ater às regras do convênio."* **(PROFISSIONAL 7)**

Há, pois, uma "*diferença*" devida, e que não está sendo paga. Logo uma "*dívida*" se coloca nesta relação. O que está difícil de saber é: para quem remeter esta conta, ou ainda quem reconhece a existência deste "*débito*"?

## III - A COBRANÇA DE UMA SESSÃO COMO SE FOSSEM DUAS

[9]

Aqui a "diferença", anteriormente referida, é conhecida pelo próprio convênio, além do terapeuta e do cliente, mas não é oficializada, não é re-conhecida! Torna-se um jogo de "faz de conta" (em vez de "vamos fazer nossas contas"), onde a ambigüidade pode tomar força ou se efetivar uma relação baseada na "cultura da razão cínica" (como vimos no capítulo 2), onde a lei existe para não ser cumprida, pois é vista como "injusta", apesar de ser "legal". O dilema do sentimento de (in)justiça e da (i)legalidade é então evidente, no discurso dos entrevistados. A cobrança de uma sessão pelo preço de duas seria, então, uma estratégia de fazer "justiça", mas promovendo uma "ilegalidade"! A consciência deste movimento está na tentativa de dar ciência dos fatos ao convênio, tornando-o "cúmplice" do ato "ilegal".

*"...É irrisório, tem convênio que me paga 9 reais .Aí paga o valor de duas consultas, o próprio cliente foi quem pediu. Agora, qualquer coisa eu comunico ao convênio."* (PROFISSIONAL 9)

Com isso criam-se soluções individualizadas baseadas em "pactos" que funcionam à margem da lei. A relação pessoal (pactual) predomina sobre a relação contratual (baseada na diferença) e, a lei perde sua função de ordenamento social e passa ela mesma a ser alvo das relações sociais. Neste caso, a lei é vivida como aquilo que deve ser vencido, ultrapassado e até ignorado! Pensar a prática clínica nestas condições, é ter que refletir sobre os reflexos de tais "pactos" na relação terapêutica, pois o lugar do analista/terapeuta fica comprometido.

#### 4.3.4 - Representação que o profissional tem do cliente de convênio e como acha que o espaço terapêutico e o profissional conveniado é visto pelo cliente de convênio

##### 4.3.4.1 - Quanto a demanda da clientela

De maneira geral, os profissionais consideram que não há diferença entre a demanda da clientela particular para a de convênio, com exceção do profissional 15 que refere uma demanda caracterizada pela queixa de impotência sexual, atribuindo a isso o fato de ser um terapeuta masculino:

*“De repente, tem uma demanda para mim porque eu sou um psicoterapeuta masculino e a maioria dos clientes são homens, chegam a mim com problemas de impotência, que não se sentiriam bem, falando isso, diante de uma mulher” . (PROFISSIONAL 15)*

Dessa forma, problemáticas específicas da clientela de convênio não são percebidas, considerando que os motivos que levam os clientes a procurarem o tratamento psicoterápico são idênticos aos clientes particulares. Apenas um profissional (PROFISSIONAL 5), refere que a procura da terapia pelo cliente conveniado é perpassada pela instituição, atribuindo uma facilidade de acesso ao tratamento (o que provocaria a facilidade de abandono), como também uma certa repetição de problemas característicos de uma sintomatologia institucional:

*“...esta instituição é o viés que o cliente vem... Como a procura tem a ver com a instituição, então é fácil a procura da terapia, que a procura institucional ofereceu. Procura com uma certa repetição de problemas, como se existisse um próprio sintoma da instituição e algumas pessoas sofrem mais com esses sintomas. Eu acredito que algumas pessoas vêm caracterizadas com esses sintomas.” (PROFISSIONAL 5)*

Quanto à configuração da demanda, são levantados por três profissionais (PROFISSIONAIS 5, 8 e 11), quadros psicopatológicos (como depressão reativa, psicopatias, fobias e síndrome de pânico), em função do momento histórico presente:

*“Antigamente qual era o sintoma que mais aparecia? Histeria. As pessoas tinham crise paralítica, sugestão.... Hoje, casos de psicopatias e fobias. Hoje, comumente esse sintoma de síndrome de pânico, pessoas que se sentem ameaçadas com relação ao seu próprio medo de morrer, crise de labirintite..” (PROFISSIONAL 5)*

Percebe-se também um predomínio da depressão e síndrome de pânico como patologias mais presentes referidas pelos profissionais (PROFISSIONAIS 1, 2, 5, 8 e 11). Outros acreditam que os clientes conveniados, trazem as “mesmas neuroses” indistintamente (PROFISSIONAIS 3 e 4). Alguns profissionais, que atendem crianças e adolescentes, citam dificuldades de aprendizagem e emocionais (PROFISSIONAIS 2, 6 e 12). Apenas um refere-se a uma tendência dos hipocondríacos, devido a facilidade de acesso ao tratamento.

A procura pelo terapeuta se dá em função da sua especialidade, que é divulgada nos livros de convênio, independente da formação que tenha o terapeuta, dando a entender que a linha teórica não seria determinante na escolha do profissional, mas sim ser psicólogo e qual a faixa etária que atende:

*“Eles procuram muito em função de sua especialidade, até porque já vem escrito no livrinho se você trabalha com adolescente, adulto, criança... Eles não levam em consideração a sua formação!” (PROFISSIONAL 10)*

#### 4.3.4.2 - Características pessoais do cliente

De maneira geral, o cliente de convênio, não se diferencia do particular. Por exemplo, quanto à **faixa etária**, apenas dois profissionais (**PROFISSIONAIS 2 e 13**) referem-se ao fato de que a maior procura é por atendimento à criança.:

*"...Vejo que apesar de atender uma clientela geral, acho que há mais uma tendência para a clínica infantil." (PROFISSIONAL 2)*

A grande maioria dos profissionais (**PROFISSIONAIS 1, 2, 3, 4, 12, 13, 14, 15 e 16**) atendem a adolescentes e adultos tanto na clínica particular como de convênio. Apenas três profissionais (**PROFISSIONAIS 5, 6 e 7**) mencionaram fazer atendimentos a crianças. (nenhum profissional fez menção quanto ao lugar ocupado pelo cliente na estrutura familiar - com exceção dos casos de profissionais que trabalham com uma demanda específica - **PROFISSIONAL 5**, crianças - pais e **PROFISSIONAL 1**- mães de adolescentes / depressão)

A maioria dos profissionais (**PROFISSIONAIS 2, 3, 5, 10, 12, 13, 15, e 16**) também não citam a **classe sócio-econômica** como um fator que diferencia o cliente particular do de convênio. Apenas dois profissionais (**PROFISSIONAIS 1 e 4**) chegam a mencionar que atendem pelo convênio clientes de diferentes níveis econômicos:

*"...Tem clientes muito pobres, que não poderiam pagar de forma alguma, outros não se enquadram no processo psicanalítico, nesse caso, digo que o que ele quer eu não consigo fazer. Já atendi do presidente, ao menor...(PROFISSIONAL 4)"*

Dois profissionais (**PROFISSIONAIS 4 e 11**) acreditam que o convênio possibilita o acesso de clientes, que não poderiam pagar o valor do tratamento particular:

*"...Eu comecei a trabalhar e comecei a ver a demanda, pessoas que querem e precisam fazer terapia e não podem pagar. Não é só com a*



*questão do convênio, às vezes vem pessoas que precisam e não tem condições de pagar...” (PROFISSIONAL 11)*

Apenas um profissional (**PROFISSIONAL 4**), chega a mencionar que os clientes de baixa renda investem mais no tratamento, do que os clientes de classe média e alta:

*“...Geralmente, quem se beneficia mais, é o que ganha menos e sofre mais(...)*

*Quem tem maior poder aquisitivo, tem outras condições pode viajar, aliviar o estresse, o que tem menor poder aquisitivo, não tem isso.”*  
(**PROFISSIONAL 4**)

Transparece a idéia de que, as classes sociais de menor poder aquisitivo valorizam mais o atendimento, feito através dos convênios, levando mais a sério o tratamento. Já as classes mais elevadas, tendem a ter um tratamento mais rápido, às vezes começando no convênio e terminando no particular, talvez pelo temor de terem seu nome no computador de convênio por muito tempo. Como se a extensão do tratamento fosse uma medida de grau de loucura do cliente, já que psicólogo está associado à loucura.

Fica evidente, a relação feita entre as classes sociais de origem e sua relação com a necessidade e valorização do espaço terapêutico em função desta necessidade. É como, se o terapeuta fosse um “Deus/Santo”, o convênio uma dádiva e o cliente abençoado com essa dádiva, a qual deve se apegar e valorizar. Talvez no caso do cliente particular, pudéssemos falar de uma inversão deste eixo, já que ter (dinheiro) é poder e não precisar(necessidade). Assim, o atendimento ao convênio, está identificado com a classe trabalhadora (dependente) e o particular com a elite (dominante)

Apenas dois profissionais, citam que os clientes de convênio de baixa renda, têm dificuldades de pensar o que é psicoterapia, sendo que um profissional(**PROFISSIONAL 8**)

chega até a mencionar a necessidade de preparar o cliente para o atendimento, ao passo que o outro considera inviável o tratamento analítico (**PROFISSIONAL 7**):

*“Agora, nunca tive um cliente de convênio, que tivesse condições econômicas baixas. Sempre atendi às pessoas de classe média e alta, desde o início(...)*

*(...) Os convênios particulares, atendem a uma grande diferença de poder aquisitivo. Então, diferencia muito no que se refere ao poder aquisitivo, mas, o que diferencia mesmo... É a capacidade de pensar o que é a psicoterapia. Às vezes você tem que preparar a pessoa para isso. Às vezes eles vêm esperando encontrar um médico”*  
(**PROFISSIONAL 8**)

Esta citação, apresenta a questão da adequação da clientela à demanda, por psicoterapia, como se não houvesse uma representação e demanda por esse tipo de tratamento, em todos os clientes de convênio, já que alguns esperam encontrar no psicólogo, “um médico”. O nível de poder econômico, não é um impeditivo para o acesso ao profissional, já que todos são credenciados, mas a demanda por psicoterapia seria determinada pela “capacidade de pensar o que é psicoterapia”. A questão aqui é que existe, como sabemos, uma relação entre nível sócio-econômico e nível sócio-cultural, que repercutiria nesta demanda.

Ressaltamos, no entanto, que este entrevistado faz referência à necessidade de uma certa pedagogia para lidar com essa clientela (“você tem que preparar a pessoa para isso”), como se fosse necessário criar uma demanda por psicoterapia. Isto nos faz lembrar os estudos sobre o “efeito psi” na sociedade contemporânea, no sentido da fabricação de uma visão de mundo calcada no psicologismo e não de uma psicologia calcada na visão de mundo das classes trabalhadoras. Caso pensemos esta situação, em relação ao sujeito psicanalítico, como fica a questão do desejo do cliente e do lugar do analista ?

Em geral, no entanto, a clientela que é atendida, é igual a de clientes particulares, mais adequada a uma demanda de psicoterapia! Assim podemos pensar, que o próprio tipo de convênio, da empresa pública, já selecionaria o tipo de cliente que chega ao consultório do profissional.

*“ No “CONVÊNIO L 12” a clientela é bem diferenciada e essa é a interessante. A escuta é analítica e a pessoa de nível intelectual mais baixo é muito imediatista e isso atrapalha. É toda uma questão: se lhe faltam as (condições), coisas básicas, como você pode se transportar para outras situações?... A escuta é analítica, eu faço escuta analítica, mas com certas pessoas a escuta analítica é inviável. Eu trabalho em uma unidade de saúde pública que não dá para fazer análise com certas pessoas..” (PROFISSIONAL 7)*

Para o entrevistado, a escuta analítica, pressupõe a existência de uma clientela diferenciada, onde o nível sócio-econômico é determinante, já que, quando faltam as condições básicas de sobrevivência, não há espaço para outras coisas(para a subjetividade?). Haveria uma predominância das relações objetivas (mais ligadas à sobrevivência?), sobre as relações subjetivas (mais ligadas ao prazer / sentimentos?) nas classes populares, que inviabilizaria esta escuta psicanalítica?

Uma outra perspectiva seria pensarmos, que no bojo desta questão também está a representação que se faz deste “sujeito” enquanto **sujeito psicanalítico** ou **sujeito político** e sua relação com este “terceiro”. Podemos analisar, que o sujeito psicanalítico médio, seria aquele cliente particular e seus conflitos intrapsíquicos e cujo desejo determina a busca pela psicanálise. Já o cliente de convênio, é também o cliente do direito à saúde, logo também um cliente sócio-político( a saúde como direito de todos e dever do Estado e das instituições dos convênios). Seríamos, até ,tentados a pensar que são lógicas diferentes, regidas pelo “sujeito pulsional” e pelo “sujeito social”. O psicanalista reproduz o modelo institucional, que teve na sua formação de analista, cujo modelo de cliente é o cliente particular (ser desejante) e o

convênio reproduz o modelo de saúde vigente, numa relação de direitos/deveres e custo/benefício econômico, cujo modelo de sujeito é o paciente e o cidadão.

#### 4.3.4.3 - Expectativas quanto ao atendimento

##### 4.3.4.3.1 - Quanto a representação do profissional credenciado

Com relação à representação, por parte do cliente, sobre o profissional credenciado foram encontradas três grupos de respostas:

#### I - REPRESENTAÇÃO NEGATIVA DO PROFISSIONAL CREDENCIADO

4(6,8,11,15)

*"Eu acho que eles ( os clientes) estão sempre ligados a isso, o tempo que a gente atende(...)*

*Eu acho que eles sempre viram por aí afora: no convênio existe a discriminação; eles estão condicionados(...)*

*O atendimento que se dá ao cliente particular é o mesmo de convênio, não existe essa discriminação(...) [quanto à assiduidade]*

*...É questão interna de cada um. Sabe aquela família que encontra tudo desorganizado, de não cumprir... Que não tem limites em casa? Faz a criança também não ter(...).*

*...Os meus clientes de convênio são os mais assíduos."*  
**(PROFISSIONAL 6)**

Fica aí, a imagem de que a assiduidade, não seria apenas uma questão interna do cliente, apesar do entrevistado defender esta idéia, mas também do reconhecimento da competência do profissional, a partir da relação que se estabeleceu com ele e não apenas da

IMAGEM que possam ter do profissional. Mais uma vez, a questão da imagem de uma categoria x o conhecimento e relação com a pessoa.

*"...Tem mães de crianças que não querem vir pelo convênio, querem vir pelo particular. Acho que depende muito de como o profissional lida com isso. Antigamente, tinha o fantasma de que o psicólogo de convênio não presta. O próprio psicólogo tinha esse fantasma. Eu tive um pouco disso, como se existisse uma desvalorização. Existia muita fantasia a esse nível. Hoje em dia, acho que isso mudou muito, tanto da parte do público como do profissional."* (PROFISSIONAL 8)

*"Uma cliente, uma vez, me disse que foi procurar um médico e que ele era tão bom, mas tão bom, que só atendia no particular, não atendia pelo convênio, não. Aí, por aí, por essa fala, você vê. Isso é uma coisa a ser pensada, a nível inconsciente mesmo, essas coisas circulam. A gente, na profissão da gente, não pode fazer publicidade, a gente não coloca placa. Se chega uma pessoa e pergunta para a secretária, quais os convênios que eu tenho, ela manda vir falar comigo, como também não diz qual o preço da sessão."* (PROFISSIONAL 11)

*"Eu acredito que sim, [que há desvalorização do espaço terapêutico] porque eu, como cliente, quando vou ao médico pagando, tem uma importância para mim. A gente vê assim: o médico quando é bom, não tem nem convênio. Tem essa idéia. Não é que desvalorize, dá menos importância. É aquela coisa do amor e ódio pelo terapeuta. O pagamento é o momento do ódio surgir de maneira mais sutil. A questão de frustrar, não pagar é uma maneira de frustrar. O convênio tira isso, então dá uma dor a menos que o cliente tem no convênio"* (PROFISSIONAL 15)

## II - REPRESENTAÇÃO POSITIVA DO PROFISSIONAL

(VALORIZAÇÃO E RECONHECIMENTO):

3(8,11,13)

*"É importante a questão do pagamento, a gente sabe que o reconhecimento é necessário... Mas nem sempre quem paga mais é quem investe mais (...)*

*[Trabalhar em convênio] é desgastante. Às vezes, é necessário porque o cliente demanda, não é. O cliente sente esse medo também, porque ele sabe da dificuldade. A gente vê que é necessário, porque a gente vive numa sociedade que não ajuda. Eu não consegui não continuar,*

*não deixar o convênio. A gente sente, que o cliente sente medo de que os profissionais deixem o convênio, porque são pessoas que eles conhecem, não basta só ter o convênio.” (PROFISSIONAL 11)*

O cliente de convênio, tem condições de custear o tratamento particular, mas opta pelo convênio (PROFISSIONAL 8) - isso pode ser resgatado pelo terapeuta, como uma valorização do profissional credenciado. Ele se sente prestigiado, não apenas por ter sido selecionado durante o processo de credenciamento (logo, é reconhecida a sua boa imagem profissional), mas também pela opção do cliente, que “abriu mão” de ter um tratamento particular, por acreditar no bom nível dos profissionais credenciados ?

### III - A REPRESENTAÇÃO DO PROFISSIONAL NÃO SOFRE INTERFERÊNCIA DA INSTITUIÇÃO FINANCIADORA DO CONVÊNIO

2 (14,15)

A percepção de não interferência do convênio parece estar atrelada a uma convicção de que não existe um vínculo entre o profissional e o convênio, como podemos ver nas afirmações abaixo:

*“Para mim, eu não trabalho em convênio, eu trabalho com um cliente que é conveniado, que vem pelo convênio. Para mim é a mesma coisa do particular, só o que modifica, é que o pagamento é feito por um terceiro, de resto, é um cliente exatamente igual ao particular.” (PROFISSIONAL 14)*

*“O vínculo não é com a instituição, meu vínculo não é com a empresa. O meu vínculo é com o “CONVÊNIO 9”, é com uma associação, o vínculo não é com a empresa. Mas, de qualquer maneira, as pessoas associam a caixa de assistência com a empresa. O convênio, ele não vincula vocês à empresa, eu nunca vi nenhum cliente, ninguém me vinculando à empresa” (PROFISSIONAL 15)*

Associa-se a esta “desvinculação institucional” a “dissociação” dos efeitos causados pelo pagamento, quando existe um “terceiro pagante”, como vimos anteriormente.

#### 4.3.4.3.2 - Quanto ao espaço e processo terapêutico

##### I - O ESPAÇO TERAPÊUTICO COMO LUGAR DE DENÚNCIA

###### a) Do local de trabalho do assistido

2(1,15)

Há menções do espaço terapêutico, como interlocutor do local de trabalho do assistido, como se o terapeuta pudesse servir de intermediário entre os clientes e as suas instituições patronais.

*"Alguns pacientes acreditam que eu posso comentar com a instituição; há uma fantasia. A importância é trabalhar desde o início o sigilo e a ética profissional, tentando fortalecer a aliança e assegurar o cliente da questão do sigilo, que o que passa no setting jamais sairá dali..."*  
(PROFISSIONAL 1)

*"..Eu sinto interferir, quando eu tenho que dar um laudo para a prorrogação do tratamento, ele[cliente] tem medo de ser prejudicado na empresa, porque o laudo vai para lá, mas não interfere na transferência." (PROFISSIONAL 15)*

A representação do convênio, quando associada a instituição torna-se um obstáculo que dever ser transposto, "exorcizado" ou "higienizado" da relação terapêutica, por assim dizer. Por outro lado, isto só é possível, excluindo-se esse "terceiro", mediante o fortalecimento da "aliança terapêutica" entre o cliente e o profissional.

###### b) De reclamações sobre o convênio

1 (13)

Aqui é o convênio, que é alvo das críticas e a "aliança" que pode se estabelecer é contra um adversário comum: o convênio. Neste caso, é como se o cliente pudesse ser

também o porta-voz das insatisfações dos profissionais, num mecanismo projetivo mútuo, que merece ser elemento de análise sempre, evitando-se vínculos na relação terapêutica baseados em identificações e contra-identificações.

*"...É muito interessante das pessoas reclamarem do convênio não cobrir as sessões, de trabalharem a impotência delas para determinarem o tempo do tratamento." (PROFISSIONAL 13)*

## II - EXPECTATIVA POR PROCESSOS MAIS BREVES

### 1(1)

A idéia do convênio como algo persecutório também aparece aqui:

*"Os convênios estão apertando o cerco para quem é psicanalista. Muitos pacientes saem de uma psicanálise e procuram um psicoterapia breve, por ser mais dinâmica. Há um caso de uma instituição em que o paciente só tinha 20 meses para ser atendido, enquanto, tinham pacientes com oito anos de análise. Existe uma demanda de 5% para psicanálise, enquanto de 95% estão precisando de uma ajuda mais dinâmica que resolva o problema de imediato. Eu acho que estamos atendendo uma clientela de acordo com suas necessidades. Não acredito em uma psicologia massificante. Acredito, que existe uma psicologia que só funciona com a psicanálise..." (PROFISSIONAL 1)*

Agora a ameaça é dirigida ao próprio profissional , no entanto, mais uma vez, a demanda do cliente é utilizada como "estratégia defensiva" pelo profissional. Ao mesmo tempo que se reconhece perseguido pelo convênio, simultaneamente tenta justificar/racionalizar a própria estratégia institucional, tudo "em nome do cliente". Ante à ameaça de perda, a resignação, a acomodação!



### III - EXPECTATIVA DE FALTAS E DESISTÊNCIAS DOS CLIENTES

Há a percepção, por parte de alguns profissionais entrevistados, que os clientes de convênio têm um índice maior de desistência e de faltas, que os clientes particulares.

a) O cliente de convênio falta muito

3(3,1,5)

*"... A crítica que eu faço, é que os clientes de convênio faltam muito, isso no início do processo. Depois que é estabelecido o contrato, eu tenho que trabalhar via instituição. Ele, toda vez que vem para cá, tem que trazer uma requisição. Às vezes, tem muita gente na fila e ele esquece, e a gente tem que lidar com isso." (PROFISSIONAL 3)*

*"...No particular, ele [ o cliente] desembolsa R\$50,00 e no outro, se faltar, assina. A motivação do cliente de convênio tem muita importância. A questão do dinheiro, implica num maior investimento na terapia por parte do cliente..." (PROFISSIONAL 1)*

*"Eu observo que têm clientes de convênio, não todos, aqueles que chegam com sofrimento, investem muito e levam a sério o tratamento. Mas alguns, diferentemente do que a gente vê no particular, faltam muito as sessões. Há uma diferença grande, do que a gente recebe no particular. Pela facilidade do pagamento(dos clientes de convênio), eles faltam muito, eu prefiro ficar, realmente, com aqueles clientes que tem muita necessidade, que tem sofrimento(...)*

*O que acontece, por ser credenciado, e pelo credenciado, é uma coisa fácil. Hoje em dia, essa triagem é feita pela gente. Para gente, psicanalista e psicoterapeuta, a gente precisa trabalhar, não adianta a gente estar aqui porque o pai, a esposa mandou. Se é um desejo pessoal, se há necessidade, um sofrimento, quer seja particular, quer seja do convênio. Depois de 13 anos de trabalho, a gente tem mais facilidade para entender esse cliente. Por isso que, hoje em dia, os clientes que eu atendo levam muito a sério o sofrimento, levam uma urgência(...)*

*...O que existe de diferença, é que às vezes eles [clientes de convênio] vêm mais facilidade, ter um serviço com mais facilidade. Existe maior evasão. Não são todos os casos; as pessoas que realmente precisam de terapia ficam. O desejo e a necessidade ficam. O cliente particular, ele vem... Quando está nas últimas, quando existe realmente necessidade. É mais fácil vir por problemas realmente urgentes(...)*

*[você acha que há diferença na valorização do espaço terapêutico?] - Não, o espaço é o mesmo(...)*

*...O maior motivo é o sofrimento, mola que motiva as pessoas a fazerem análise. Sofrimento da alma, dos sintomas. Essas pessoas poderão precisar fazer análise um dia, mas não naquele momento. Procuram sem precisar, mas não por aquele motivo da análise"*  
**(PROFISSIONAL 5)**

O grande índice de ausências é atribuído a uma certa "falta de investimento do cliente", que inclusive pode ser relacionada a uma "facilidade no pagamento". Transparece a idéia ,que o profissional sente isto como uma "grande diferença", ou seja, parece que a instituição do convênio não "investe" também no profissional, pois paga pouco.

Ressalte-se, que o cliente particular é visto como aquele que só procura um profissional quando "realmente tem necessidade" , e o "sofrimento" predomina como mola para o processo. Por outro lado, a representação do cliente de convênio está relacionada àquele que "não tem necessidade" e busca o tratamento pela "facilidade". Talvez como mais um produto de consumo, um "algo mais" (já referido por nós no item 4.2). Portanto, nestes casos, o profissional tem que mostrar ao cliente que existe uma "fila lá fora" ( se não quer, realmente tem quem queira!) ou fazer seus clientes "levarem a sério o sofrimento" (e não o desejo?).

#### b) Desistem demais

3(1,6,13)

*"...De maneira geral, o cliente de convênio, não se sente pagando. Ele demora muito a se comprometer no processo. É uma relação que sofre interferência. É como a pessoa que tem INPS: ele não se sente pagando, é um direito dele, mas(...)*

*...O conveniado geralmente é muito passivo, não luta pelo direito que tem(...)*

*...Agora, o cliente de convênio deixa com muito mais facilidade a terapia, é como se fosse mais fácil. É como o aluno faz, com a universidade que não é paga(...)*

*...Ele não está pagando, não pesa muito no bolso. Ele sai de um terapeuta e vai para outro. Agora, depois de um período, isso pode*

*mudar; no começo, nós estamos nos avaliando sobre a conveniência de trabalharmos juntos. Quando o cliente conscientiza-se, não tem mais problema. É muito comum, o cliente de convênio marcar hora e não aparecer. É mais freqüente do que o particular(...)*

*Para mim, o cliente de convênio é cliente de qualquer forma, não tem diferença, a maneira de tratar é a mesma. Afinal, o de convênio está pagando e, se eu aceito, o problema é meu(...)*

*Como cliente não tem diferença: cliente é cliente. Eu nunca penso num cliente pertencendo ao convênio, se ele quer se tratado, tudo bem"*  
**(PROFISSIONAL 10)**

Nas desistências, como vimos nas citações acima, a relação com o baixo valor do investimento financeiro, por parte dos assistidos, é ainda mais enfatizada, embora a justificativa, do que leva às desistências ,seja imputada a uma maior ou menor conscientização do cliente ou mesmo do profissional ,quanto a este problema.

#### 4.3.5 - Representação que o profissional tem do convênio e como acha que o espaço terapêutico e o profissional é visto por parte do convênio.

Nesta categoria ,se incluem as respostas sobre o modo como o profissional vê o convênio e qual a imagem que o convênio tem do espaço terapêutico e dos próprios profissionais.

##### 4.3.5.1 - Em relação à prática psicoterápica

#### I - RELAÇÃO ENTRE A PRÁTICA PSICOTERÁPICA E O MODELO MÉDICO

Neste grupo de respostas há uma ênfase na associação da imagem do convênio ao modelo médico e, concomitantemente, uma busca de discriminar o espaço terapêutico, colocando-o em outro modelo, que não o médico.

*“É o poder médico[a exigência de laudos]. Você bota na sua cabeça que o médico tem mais poder, e realmente é, socialmente é. Psicoterapia não é vista como necessidade; ela tem base no desejo do cliente; o convênio não vê dessa maneira, ele visa à lógica médica”(PROFISSIONAL 10)*

*“Nós que trabalhamos nesta área, nos ressentimos muito, porque nosso trabalho é diferente do médico. Um diagnóstico psíquico é uma coisa muito subjetiva, mas eles têm lá uma forma única de lidar com o profissional. Há muita interferência por conta disso.” (PROFISSIONAL 11)*

*“A firma D, teve uma época que exigia o laudo e eu sabia que lá não tinha psicóloga, que o laudo seria visto por um administrador de empresa, e aí, eu me neguei a fazer o laudo. Eu conversava com a secretária e percebia, pelo discurso dela, que era um movimento para saber o andamento do cliente. Depois, eles mesmos voltaram atrás. Hoje em dia, eu nem atendo cliente de lá, pois, para ter que me submeter a certas regras eu prefiro.. Se você quer ser conveniada, você tem que seguir as regras, se o convênio não cumpre com o que diz, ou eu não cumpro com as regras, com o que eu digo, então, tem que sair. Acho que o sistema da gente é perverso, de modo geral. Eu pago INPS, IPSEP, particular, etc e olhe quanto eu gasto.”(PROFISSIONAL 8)*

Esta certa "*falta de reconhecimento*" da especificidade do espaço terapêutico é também sentida como um não reconhecimento da identidade do psicólogo/psicanalista, até como um certo "*desrespeito*". Há um ressentimento com esta situação, com a valorização do modelo médico (do diagnóstico objetivo e da necessidade de tratamento) em detrimento do modelo psicológico (da subjetividade e do desejo do cliente).

## II - O CONTROLE DOS CUSTOS E A AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

*"Eles nunca fizeram, o que eu percebo, é que dentro de uma empresa, a coisa é divulgada, mas, formalmente, nada é mandado."*(PROFISSIONAL 1)

*"Eu acho que a avaliação é pela indicação. Eu não vejo uma avaliação explícita. É uma coisa muito positiva, deixa a gente muito livre, não fica no pé, é a própria pessoa que vai medir o grau de ganhos. A instituição, ela própria, eu não consigo ver. Apesar de vir pessoas da própria instituição, que vêm e me procuram."*(PROFISSIONAL 5)

*"Não. Há preocupação do convênio em fazer uma análise dos resultados? Não acho que faça e também não me interessa."*(PROFISSIONAL 7)

*"Não [há avaliação dos resultados], de jeito nenhum. O "CONVÊNIO 1" faz uma tentativa de controle. M. C. tem toda uma preocupação com o cliente. Eu questionei com ela, é para "CONVÊNIO 1" ficar à parte do tratamento.(Ela me explicou pelo menos a importância de se ter um acompanhamento). Uma vez, ela me falou que tinham profissionais que faziam uma sessão e cobravam duas."*(PROFISSIONAL 8)

*"Não, acho que não, não sei. Eu vi sim, me chamando para encurtar o tempo da sessão para gastar menos. A saúde preocupa mais por conta dos gastos financeiros e não porque está preocupado com a qualidade do serviço, para saber se a pessoa está ficando boa. Ele quer que o cara melhore, não para ficar bom, mas para gastar menos. Não sinto essa preocupação longitudinal."*(PROFISSIONAL 15)

*"Não há vínculo com a instituição(...)*

*(...)No caso do convênio é diferente porque eu não pertencço à instituição(...)*

*O convênio não tem nenhum acesso ao andamento do processo(...)*

*...A preocupação maior deles é autorizar. Como nunca fizeram autorização... Não há preocupação quanto à qualidade. A preocupação é autorizar. " (PROFISSIONAL 13)*

Aqui, fica a idéia de que o profissional, não se vê vinculado ao convênio, quanto ao como deva proceder tecnicamente em relação ao seu cliente, e o convênio é visto apenas como um "agente financiador". Esta vinculação com o econômico fica mais evidente ,ainda, quando refere-se ao valor da sessão.

*"Olha, o convênio antigamente era metade do particular. Há uns anos atrás eqüivalia à metade. No mínimo deveria ser isso." (PROFISSIONAL 11)*

*"O ideal [do preço da sessão de convênio] seria o mesmo valor [do particular](...)*

*...Mas eu não vejo como isso poderia ser feito, pelas condições sociais que a gente vive. A faixa do que está sendo cobrado por aí é 50, 60 reais."(PROFISSIONAL 14)*

Logo, o convênio é hoje associado, àqueles que sofreram um "achamento" do poder aquisitivo, e de alguma forma o profissional parece concordar em que tem uma parcela de concessão a fazer com esses clientes, abrindo mão de um percentual dos seus ganhos, ou será que também se sente também ele mesmo achatado, de tabela?

Há, também, a idéia de um descaso de um convênio com os laudos, que mesmo quando necessários para o controle administrativo, parece não haver tanta preocupação assim com o seu destino dentro da própria instituição, como vemos na citação abaixo.

*[LAUDO] "...Teve um caso que já mandei três laudos, pois me comunicaram que os dois primeiros foram perdidos..."(PROFISSIONAL 1)*

#### 4.3.5.2 - Valorização e reconhecimento do profissional

##### I - FALTA DE APOIO AO PROFISSIONAL

Uma profissional, sente-se irritada pela falta de apoio de determinado convênio, e seus comentários sobre este assunto, com seus clientes, estão fazendo com que se sintam marginalizados (A questão do deslocamento de problemas institucionais para o cliente e vice-versa, se mostra aqui!):

*"..Estou meia irritada com o "CONVÊNIO 5", pela falta de apoio da classe, mas, isso não interfere nos atendimentos, nem na representação do paciente(...)*

*...Eu tenho dito isso a todos os clientes e eles já estão se sentindo marginalizados por serem do "CONVÊNIO 5"(PROFISSIONAL 1)*

Temos que ver nesta , aonde fica o lugar do terapeuta, no sentido que passa a ocupar o lugar de alguém, que está a falar do seu desejo, das suas insatisfações para o cliente, que é vinculado também à instituição, objeto das queixas. Assim, há como que, uma inversão momentânea dos lugares! O desejo do analista é colocado em pauta dentro da sessão, pelo próprio analista!

Talvez ,esta falha na leitura contratransferencial, se dê pelo fato, de que o superego técnico do analista está treinado para conteúdos transferenciais de caráter erótico(do sujeito-pulsional) e deixa correr soltos os conteúdos de vínculos sócio-institucionais (que não deixam de serem mobilizados a partir de conflitos intrapsíquicos, mas a ligação não se estabelece!)

A questão é, como não psicologizar esta relação? E também não deixar de lado essas questões institucionais ou sobrevalorizá-las, trazendo-as de forma inadequada para a relação terapêutica. Afinal, como lidar com esse terceiro, sem perder a dimensão que o setting é um espaço terapêutico, neste caso ?

Há, então, de se estar atento à dimensão do REAL, que a realidade contém; a realidade não existe sem o sujeito que a interpreta e, também, por aquele que escuta esta interpretação. Neste sentido, falar do convênio, já é falar de uma certa relação, que o profissional e o cliente estabelecem com sua existência e a existência do convênio. Quando há uma queixa em jogo, é também uma forma de falar de uma insatisfação do sujeito, frente ao seu desejo, de sua incompletude(que não está sendo satisfeita pelo convênio!). Assim, seria interessante pensar, que na postura de auto-análise, que o analista deve ter, frente ao seu cliente, se inclua reflexão entre o elo de ligação que o convênio possa estar representando na sua vida e na do cliente, como um terceiro partilhado por ambos, mas com sentidos diferentes!

A questão é também, como colocar este terceiro, como mais um elemento de auto-análise, sem reduzi-lo ao pulsional, nem ignorar sua função social, ou mesmo colocá-lo apenas como uma relação, que se dá apenas entre cliente e a instituição ou entre o profissional e a instituição, mas, não como um terceiro partilhado por ambos. A negação deste terceiro seria, então, uma estratégia defensiva coletivamente construída, a partir de um imaginário psicanalítico, de um "superego técnico" ?

Há uma percepção da desvalorização do psicólogo, frente à categoria dos médicos, tendo em vista os valores pagos pelas consultas em cada uma das categorias, que no caso da consulta psicológica tem um preço bem inferior:

*"...No início, existia diferença entre o valor da consulta médica e psicológica(...)*

*...Eles explicavam que o médico com uma requisição, o cliente tem direito à volta e o psicólogo não tem. Agora está igual, mas o número de sessões não aumenta."(PROFISSIONAL 3)*

De um modo geral, podemos dizer que, quando a instituição oferece aos seus clientes o direito de apenas uma consulta psicológica por mês, funciona mais como uma forma de



cartão de desconto, para o acesso ao processo psicoterápico, por parte do cliente e, quanto ao profissional como uma via de divulgação e indicação profissional, ou mesmo como uma agenciadora de serviços, quando o cliente compra as requisições para as sessões extras por um preço maior que o que é repassado para o profissional

## II - FORMA E VALOR DO PAGAMENTO INSATISFATÓRIOS

*"Eu acho uma coisa muito perversa, e não estou de acordo... O sistema de saúde nosso é muito perverso. Se o sistema de saúde é tão ruim, porque não se reunir para fazer alguma coisa? Dizer: vamos sair de convênio... Colocar um preço acessível para todos. Eu fui no "CONVÊNIO 1" reivindicar um aumento do valor da sessão e eles me disseram: todo mundo se submete a isso, se você não quiser tem muita gente atrás de você querendo se credenciar." (PROFISSIONAL 8)*

*"Preferia não ser conveniada, porque falta reconhecimento da instituição(...)*

*Mas, há essa perversão da saúde em geral. Uma terapia é uma necessidade do ser humano. O psicólogo não é mais aquele profissional da elite(...)*

*No CONVÊNIO N14 eu tentei sair e eles disseram que não podiam perder uma profissional(...)*

*[Por que você queria sair] Por causa do pagamento, é a única coisa que eu acho ruim... Paga pouco e passa tempo para pagar." (PROFISSIONAL 8)*

Fica a visão de que a perversão se dá, pelo fato de que existe uma representação do convênio, como aquele que explora os profissionais, pois paga pouco, mesmo podendo pagar mais, devido ao excesso de oferta de profissionais que querem trabalhar em convênio. Isto é visto pelo convênio, como se fosse apenas uma questão da lei econômica da oferta e da procura, sem considerar a capacitação e investimento do profissional no seu trabalho, por parte da instituição, já que, por parte do funcionário encarregado do credenciamento existiria essa preocupação.

Por outro lado, devemos também pensar, que há um indicativo, que as normas impostas pelo convênio, levam aos profissionais não as respeitarem, por não haver uma retribuição à altura dos seus gastos. Assim, mais uma vez, estaríamos nos deparando com a questão da cultura da razão cínica. No sentido de que, o convênio “sabe” que o valor da consulta é baixo, mas se utiliza da oferta excessiva de profissionais para mantê-lo, mesmo que também saiba, que os profissionais tentarão achar outras formas de compensação, tais como cobrar duas sessões para cada sessão realizada.

*“ Os convênios existem para os profissionais sobreviverem, mas eles não se aprofundam no respeito pelo profissional, no pagamento. O convênio é uma forma que se encontrou de garantir uma verba certa aos conveniados, mas o objetivo principal, que é exatamente pagar por aquilo que você faz, pagar devidamente, não é, isso não se faz.”(PROFISSIONAL 9)*

*“Não visa a questão do valor que o profissional tem, não. Visa que, você vai ter aquele cliente e ele vai te render “x”. É uma instituição, não é, e como a maioria das instituições é perversa.”(PROFISSIONAL 9)*

Parece que a representação do convênio, está atravessada pela idéia de que há uma desvalorização do profissional, devido ao valor das sessões, e esta tende a ser vista como uma instituição perversa, como vimos anteriormente.

*“O problema do convênio é o aspecto financeiro, que é muito ruim, isso é muito mal. Até que ponto pode interferir no processo? Eu não sei. Eu sei é que, até agora, tem dado para trabalhar, no momento em que eu não conseguir mais trabalhar, eu vou deixar.”(PROFISSIONAL 10)*

O convênio, então, é visto como aquele que não estaria preocupado com a melhora do cliente, mas sim, com os gastos que tem, do cliente. Por outro lado, também, não valoriza ou reconhece o trabalho psicoterápico, baseado no desejo do cliente, mas sim, numa necessidade que precisa ser comprovada.

É interessante notar, que o cliente também é visto como aquele que “desvaloriza” o espaço terapêutico, em função de aspectos financeiros! Então, realmente “o problema do convênio é o aspecto financeiro”, que justifica o credenciamento do profissional, a contribuição do associado e o tratamento como “pretexto” e não como finalidade! Mais uma vez, o dinheiro como “analisador” dos vínculos institucionais

*“A gente está passando por um período muito difícil, às vezes a pessoa precisa e a gente encaixa. O convênio hoje está muito difícil, o que pagam é aviltante, é uma depreciação do trabalho, a gente fica até revoltada. Até mesmo o médico não ganha bem. Saiu até uma nota no jornal, dizendo que eles estão cobrando do paciente uma taxa extra. Eu não condeno quem faça isso, mas acho isso complicado.”(PROFISSIONAL 11)*

*“Trabalhar só com o convênio é impossível. Os custos são muito altos, tem aluguel, secretária, telefone, segurança. É um absurdo, é uma coisa irreal, R\$ 14,00.. Daqui a pouco a gente está pagando para trabalhar. Às vezes, eu digo: vou deixar de trabalhar com cliente de convênio, mas você não escolhe trabalhar com esse cliente, ele é que escolhe você.”(PROFISSIONAL 11)*

*“O convênio não é visto com bons olhos.”(PROFISSIONAL 11)*

*“A crítica que eu faço é essa: o convênio paga pouco e demora a pagar. Quando eu comecei, o convênio pagava exatamente o que eu cobrava no particular. O convênio saiu sendo achatado, hoje em dia, ele paga menos do que a metade do particular”(PROFISSIONAL 14)*

*[o convênio] Paga mal. A sua sobrevivência depende do cliente. Eu prefiro ter um emprego, uma atividade outra, para manter minha sobrevivência. Que não viva da clientela, prefiro ter minha sobrevivência paga por outros empregos.”(PROFISSIONAL 15)*

*“...A empresa pode até está pagando uma parte, mas eu estou atendendo aquela pessoa; eu tenho que separar. A questão de existirem essas empresas por trás, é importante que eu trabalhe, para poder ver que eu estou atendendo o cliente. Eu não tenho nenhum vínculo com a empresa. Eu acho que as transferências e contratransferências existem em qualquer momento, em qualquer processo. Eu tenho que trabalhar isso em mim, atender alguém que não está me pagando à altura”(PROFISSIONAL 16)*

### III- DESCONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS E QUALIDADE DOS ATENDIMENTOS

Nestas respostas, há uma ênfase sobre a necessidade de se (re)conhecer o trabalho dos profissionais e que isto é importante para a melhoria da qualidade dos serviços.

*" Já no "CONVÊNIO 5" você tem mais liberdade. Lá tem grupos de especialização, nessa reunião que teve, eles pediram sugestões de palestras, seminários, eles dão um apoio muito grande, uma força muito grande, eles entendem a pessoa que está lá... Quando a gente solicita quatro sessões, não precisa explicar nada do paciente, eles sabem como é. Nessa reunião que fizeram, nós nos agrupamos em grupos de 10 e eles pediram para colocar o que cada um faz, o interesse, se tem pós-graduação, o que achou da reunião... É uma qualidade diferente, eles tentam qualificar o atendimento mas numa outra visão. É uma psicóloga e uma assistente social, que estão coordenando o convênio(...)*

*[No "CONVÊNIO 5", a qualidade] É diferente, é um tratamento todo individualizado, não é massificado. O "CONVÊNIO 5", a qualidade que ele busca é de um outro nível, eu acho até um exemplo para os outros convênios. Agora, eles pagam pouco, menos do que o "CONVÊNIO N14", eu esqueci quanto é, acho R\$11,00."*  
**(PROFISSIONAL 11)**

*"No CONVÊNIO 5, M. assumiu o cargo e planejou um mini treinamento com todos os credenciados, para conversar sobre o que é o CONVÊNIO 5. Inclusive, um dos objetivos é que ela precisa encaminhar uma coisa mais específica, precisar saber se M. lida com aquele caso. A linha de atuação, o trabalho dela, ela como psicóloga. Não adianta dar essa informação para uma recepcionista! É uma psicóloga fornecendo informação para outra psicóloga(...)*

*...Mesmo nesse trabalho, a M. não faz, não há acompanhamento. Acho que no máximo, no CONVÊNIO N14 eles falam com a assistente social, os outros convênios só com a recepcionista.."*  
**(PROFISSIONAL 12)**

Fica ainda a idéia subjacente de um desejo dos profissionais, de terem os encaminhamentos de clientes facilitados pela instituição, por um lado, e da existência de uma tentativa de maior controle institucional sobre a demanda dos assistidos, por outro lado.

#### IV - O CONVÊNIO DÁ ACESSO AO TRATAMENTO PSICOTERÁPICO

*"Eu sou conveniada pelo CONVÊNIO 5, eu sei como é bom ter convênio. Se para mim, para minha família, isto está bom, então, porque eu não vou possibilitar para outras pessoas? É uma chance da pessoa ter acesso, sem o convênio não teria como fazer terapia."(PROFISSIONAL 12)*

*"...Se eu dissesse que deveria se igualar ao particular eu estaria desvirtualizando a proposta de convênio, eu estaria fugindo à facilitação do convênio. O convênio é feito para a pessoa ter condição, equiparar, como você perguntou, ficaria ruim porque foge da proposta do convênio, que é dar acesso às pessoas. Faz convênio quem quer."(PROFISSIONAL 12)*

Nos depoimentos acima ,fica mais claro, ainda, o desejo dos profissionais terem o encaminhamento de clientes facilitado pelos convênios, já que este é um dos motivos alegados para os seus credenciamentos. Porém esta "*necessidade dos profissionais*" tende a ser justificada pela "*demanda dos clientes*".

#### V - O CONVÊNIO DIVULGA E PROMOVE O ACESSO DO PROFISSIONAL À CLIENTELA

*"...Se fala muito pouco sobre atendimento em convênio, como se fosse uma coisa depreciativa atender por convênio. O convênio foi muito importante na minha profissão, mas tem muito pouca gente que atende em convênio(...)*

*...Eu acho [o convênio importante] porque me deu o meu nome, o reconhecimento. A melhor propaganda da gente é o próprio cliente."(PROFISSIONAL 14)*

Quanto ao convênio, tendo em vista que há a idéia de que o tratamento psicológico não é para todo mundo, já que é oneroso, ter a chance de ser atendido pelo convênio deve ser valorizada. Da mesma forma, como nem todo profissional, tem acesso a clientes particulares

e deve, por isso, valorizar o fato de ser credenciado, pela segurança que isso lhe dá. Refere até o temor de que, se o profissional fizer discriminação com os clientes de convênio, por causa da baixa remuneração, a empresa pode vir a cortar o convênio! Podemos ver aí um processo de identificação com a situação do cliente com 'poucos recursos? Ou uma projeção da situação econômica e da desvalorização do profissional no cliente? No sentido de se colocar numa posição assistencialista, em relação ao cliente, e com isso resgatar a auto-estima perdida?

*"...Convênio é bom ter alguns, tem que batalhar para tê-los. O profissional deve ter o mesmo respeito pelo cliente, não deve haver muita diferença por causa do financeiro. O convênio, no caso a empresa, que dá o convênio ao profissional, eles podem até perceber essa diferenciação do profissional e cortar." (PROFISSIONAL 6)*

O convênio, tende a ser visto como uma relação diferente, do profissional liberal, pois a instituição tem os profissionais, como prestadores de serviço - quase como um "serviço social"-, assim, como também, os profissionais em relação ao atendimento da sua clientela. Haveria uma conotação "social" no atendimento, que inclusive justificaria o fato do valor da sessão ser inferior ao do cliente particular:

*"O convênio sempre rege a questão de regalias pela quantidade de pessoas. É como se tivesse uma prestação de serviço e clientela, diferentemente do profissional liberal. É uma coisa diferenciada por causa do social. Veja, o convênio normalmente visa benefícios às pessoas e prestadores de serviços, entende?" (PROFISSIONAL 7)*

Resta salientar, em referência à questão de regalias, que estas, refletem a conotação que a assistência psicológica possa vir a ter, em relação a outros serviços, que aqui é absorvido pelo próprio profissional, como se, com convênio tivesse que administrar sobre quem vai ter acesso a essa "regalia", já que não é para todos.

*"..Para mim, o convênio deveria ficar na metade do particular(...)*

*É o convênio que te dá um retorno, o reconhecimento do teu nome... Acho que seria muito idealizado[que igualasse o valor da sessão]. Se o convênio pagar isso, vai ficar caro para o associado, seria repassado para ele."*(PROFISSIONAL 15)

## VI - DESCONHECIMENTO DA IDENTIDADE E PRÁTICA DO PSICANALISTA

*"Agora, é mais difícil o reconhecimento por parte da instituição. Eu não digo nem a questão do pagamento, mas, deveria ter o reconhecimento da instituição, o reconhecimento de que nosso trabalho é um trabalho diferente(...)*

*...Eu acho a psicanálise, uma coisa muito apaixonante e, quando você fala em convênio é uma coisa que reduz, não é. Sim, tudo bem que existe e é bom mas..."*(PROFISSIONAL 11)

Fica patente, o desejo do profissional de ser reconhecido como psicanalista, pelo convênio (falha no processo de formação ou de "autorizar-se analista"?), já que, pouco valor é dado à abordagem teórica do credenciado e mesmo ao limitar-se ao número de sessões por semana, seria uma forma de não respeitar os pressupostos psicanalíticos:

*"Eu não sei que sugestões eu posso dar. Eu acho que seria a ausência de limite de consulta para o tratamento e para as sessões. É isso que a gente precisa ver mais, é o reconhecimento do processo analítico sendo mais maleável."*(PROFISSIONAL 7)

O PROFISSIONAL 9 cita que, quando um cliente telefona, querendo saber quais os convênios que atende, ou seja, à procura, tendo os convênios como referência, costuma não fornecer esta informação e dá prioridade aos clientes que primeiro querem falar com ela, saber quem ela é, e só depois, saber se atende em convênio. Há, como uma disposição, em não ser identificada com o convênio, mas de ser reconhecida pela sua pessoa. Talvez aí, esteja a idéia subjacente, de que o convênio desvaloriza o profissional! Por outro lado, já que o convênio,

através da sua burocracia, tende, a não ver a pessoa do profissional, quando o cliente a procura em nome do convênio, estaria sendo identificada com alguém que, tal qual o convênio, não reconhece a pessoa do profissional e põe em marcha toda uma postura defensiva, que visa resgatar a auto-imagem do terapeuta.

Caso olhemos este desejo do reconhecimento do profissional, frente ao cliente do convênio, no tocante da questão da transferência, fica a idéia de uma recusa, de se colocar como depositário do imaginário do cliente, como se fosse esperada do cliente, uma postura de atender aos anseios do analista, enquanto pessoa e não como um Grande Outro. A questão é, que repercussões isso possa vir a ter na relação terapêutica se não for devidamente analisada e interpretada! Afinal, qual a finalidade deste tipo de encontro terapêutico? Assim, vemos que o convênio, se faz presente no imaginário do terapeuta, antes mesmo do encontro concreto com seu cliente!

Vale a pena salientar, que o “não reconhecimento” por parte dos convênios da identidade psicanalista e sua técnica, traduzida pelos impasses, entre a burocracia do convênio e a prática clínica, dentro de um enquadre psicanalítico, reflete na auto-imagem do próprio profissional, que busca incessantemente se fazer conhecido na sua diferença. A questão é que, frente a impossibilidade de reconhecimento, por parte do convênio, desloca para o cliente/assistido a possibilidade e desejo deste reconhecimento, de preencher esta falta! Assim, antes mesmo de chegar ao consultório, o cliente de convênio já foi investido imaginariamente, pelo psicanalista, já se tornou “um devedor”, sem sabê-lo; mas, às vistas do profissional, ele o procura porque necessita à sua atenção, num processo de inversão de papéis que obscurece as implicações institucionais, envolvidas no atendimento pelo sistema de convênio.



Por outro lado, atender em sistema de convênio, pode ser visto como uma “traição à psicanálise”, que alimenta o sentimento de “vergonha” (GEERTZ, 1978), que, por sua vez, põe em marcha os mecanismos de ocultamento do número de clientes atendidos por convênio, o convênio aos quais está credenciado, a necessidade financeira, etc. O profissional deve, então, justificar para si mesmo que continua sendo psicanalista, atender ao superego técnico, nem que tenha que negar a existência do convênio como terceiro!

Enfim, quanto a função dos convênios: **o convênio, como fonte de referência, torna o profissional conhecido, mas não o reconhece enquanto psicanalista; o convênio não fornece a identidade que o profissional espera ter!**

#### **4.3.6 - A relação entre trabalho e saúde mental**

As respostas relativas ao tema “trabalho e saúde mental” foram divididas, entre aquelas que tratam da influência do **contexto de trabalho** e aquelas que dizem respeito ao **tipo de ocupação** e sua relação com a demanda dos clientes.

##### **4.3.6.1 - Como é vista a demanda dos clientes relacionada ao contexto do trabalho**

Dentro desta categoria, podemos agrupar as respostas em quatro grupos, que passaremos a expor e analisar o seu conteúdo.

## I- A DEMANDA NÃO DIFERE DO CLIENTE PARTICULAR

8 ( 1,2,3,5,7,8,11,12)

De um modo geral, quando há referência que a demanda do cliente de convênio, em relação ao tema saúde e trabalho, é semelhante ao cliente particular. Há a justificativa que a relação com o trabalho é igual para todos, tanto para aqueles que relacionam o trabalho às suas queixas, como para aqueles que não estabelecem esta relação. Ressaltemos que esta "indiferenciação", quanto à demanda, acompanha a opinião dos entrevistados com relação à demanda de uma forma geral, como vimos no item 4.3.4.1, deste trabalho.

*"Veja, eu continuo batendo na mesma tecla: que os clientes por serem de convênio não trazem, necessariamente, a sua história do ambiente de trabalho. Na minha experiência, eles não vêm com queixa da instituição. Isso pode ocorrer, mas ele vem mais por ter um benefício que a instituição oferece..." (PROFISSIONAL 2)*

*"Se for falar em ambiente de trabalho, chega estresse de policial, de quem trabalha em banco, hospital, mas também não vou dizer que é só de convênio, é tanto um quanto outro." (PROFISSIONAL 3)*

*"Não acho, nunca fiz essa escuta..."*

*(...) [Se o trabalho e o vínculo institucional podem interferir na associação livre] De jeito nenhum. E pode, tudo pode, tem que ver o vínculo que a pessoa tem, ocorrendo, vamos trabalhar, pontuar isso. Do mesmo jeito, é o cliente particular." (PROFISSIONAL 7)*

*"[Se os clientes particulares têm demanda diferente] Não, os sintomas são muito comuns a todos, existe muita depressão (o real, o momento social)..."*

*[Como o trabalho aparece no processo psicoterápico] Especificamente, desta cliente que eu falei, o trabalho aparecia, na medida do, confronto com a própria instituição. Na medida em que ela foi falando, eu comecei a perceber que ela estava com pânico de ser demitida, ela estava antecipando as coisas, que não havia acontecido ainda..."*

*(...) [Quanto a uma problemática comum a instituição] Não, esse foi um dos raros casos.*

*(...) Não, não é porque é de convênio. O risco de demissão está acontecendo com todo mundo. Não é só o "CONVÊNIO 1" que passa por esse processo. O "CONVÊNIO N14", mesmo vai demitir 1300 pessoas. A grande diferença para mim do convênio para o particular é*

*o pagamento. Tem gente que diz: "quem paga tem investimento". Agora, o contrato que eu faço do cliente particular é o mesmo, o enquadramento é o mesmo" (PROFISSIONAL 8)*

*"As pessoas que trabalham, independente de ser de convênio ou não, trazem essas questões ligadas ao trabalho." (PROFISSIONAL 11)*

*"[Se há uma demanda específica dos clientes de convênios, quanto a sua relação com o trabalhos] Não, eu nunca percebi nada específico. (PROFISSIONAL 12)*

Tendo em vista estas citações, podemos dizer, que o cliente de convênio pode diferir do particular em outras características, mas não quanto à sua demanda. É como se ele fosse diferente, já que não é particular, mas enquanto sujeito da demanda é igual. Assim, a identidade do cliente de convênio não poderia ser estabelecida pela sua demanda de atendimento ou, no máximo teria uma "identidade com hífen" (SEYFERTH, 1994/1995), a identidade de "cliente-de-convênio". Identidade, esta que ressalta o seu lugar de "cliente", como qualquer outro que demanda atendimento, mas, ao mesmo tempo, participante de uma outra "classe" em função de traços devido a sua "filiação" ao convênio.

Por outro lado, temos que nos perguntar : se na identificação desta demanda, como em qualquer outro processo desta natureza, já não existe um "olhar" que negligencia determinadas características do cliente, ou seja, a própria formação do psicanalista não estaria propiciando um olhar que dá pouca atenção a relação saúde-trabalho, como vimos em capítulos anteriores? Isto fica mais evidente, ainda, na não observação ou discordância da possibilidade de existência desta relação, por parte de alguns entrevistados, como podemos ver a seguir.

## II - NÃO CONCORDA OU NÃO OBSERVOU ESTA RELAÇÃO

4 (9,10,14,15)

*"[Se percebe alguma relação entre o sofrimento psíquico e o ambiente do trabalho] Não, de forma alguma, não existe isso, não."  
(PROFISSIONAL 9)*

*"[Se percebe alguma relação entre o ambiente de trabalho e o sofrimento psíquico] Não, não tenho observado isso. Até porque eu não lido só com funcionários mas, também, com seus filhos.  
(PROFISSIONAL10)*

*"[Se percebe alguma problemática relacionada ao ambiente de trabalho] Não, não percebo nada nesse sentido, não. Eu sei que hoje em dia há muitos problemas com relação às demissões, há uma preocupação muito grande com isso, uma raiva muito grande."  
(PROFISSIONAL 14)*

*"[Se percebe alguma problemática específica ligada ao trabalho] Seria muita prepotência minha falar assim, fica difícil chegar a essa realidade. Eu conheço a realidade bancária, mas isso é porque eu trabalho em banco, não depende do convênio. Tenho dois clientes do "CONVÊNIO 2", dois é muito pouco para generalizar. Não posso fazer isso." (PROFISSIONAL 15)*

O que pode ser percebido, como relacionado ao contexto de trabalho, é a sua submissão ao contexto social mais amplo, no qual o próprio profissional pode se incluir. Não há, pois uma preocupação em investigar este tipo de relação, o que pode ser confirmado mesmo nas respostas daqueles profissionais que comentaram sobre o tema, mas atribuem uma leitura de causalidade, onde a influência do contexto de trabalho e a profissão são "relativizados", para não dizer "minimizados".

III - O INTRAPSÍQUICO PREDOMINA SOBRE O SOCIAL : AS CRISES E MUDANÇAS  
 INSTITUCIONAIS SÃO EQUIPARADAS A QUALQUER OUTRO FATO SOCIAL,  
 AFETAM O INDIVÍDUO QUE REAGE DE ACORDO COM UMA PREDISPOSIÇÃO  
 INDIVIDUAL.

9 (1,2,4,5,6,7,11,12,13)

*"A maioria das instituições, hoje estão vivendo uma faixa salarial inadequada e isso gera um conflito nos funcionários. Tem a ver com o dinheiro, por exemplo as crises financeiras podem provocar um pânico geral que acontece paralelo com a estrutura patológica de cada um. Aí, quando se vem à análise por isso, por trás tem outras coisas. Acho que isso não é o motivo. A empresa sempre cheg, porque eu atendo da diretoria ao peão, a demanda varia da diretoria ao peão. O conflito é caracterizado pela entrada na empresa, onde o cliente já tem seus conflitos e uma predisposição para entrar em crise."*  
**(PROFISSIONAL 1)**

*"(...) A relação com o trabalho aparece como qualquer outra dificuldade que surja na vida dele. Exemplo: quando a empresa está passando por um momento de pressão, a tensão passa e o cliente traz para a terapia, mas isso está relacionado com toda sua história de vida. Os conflitos não estão colados com a instituição de trabalho."*  
**(PROFISSIONAL 2)**

*"Outros clientes que são particulares, trazem também a instituição, trazem toda sua angústia do processo (no trabalho) tem toda a questão do social. Por exemplo, um profissional do "CONVÊNIO L12", com a grande massa de demissão, traz tanta angústia como um empresário. A questão do trabalho tem a ver com a sexualidade..."*

*(...)[Sobre a relação com uma determinada cultura institucional] Como eu já coloquei, no "CONVÊNIO L12" à baixa dos salários, o discurso aparece, mas isso também aparece com o professor, ... A classe média está se descaracterizando, com isso uma grande parte das pessoas está entrando em um processo imediatista, a classe baixa é que tem todo esse imediatismo... Como é que se pode pensar no gozo sexual se está faltando o principal? A classe média se descaracteriza."*  
**(PROFISSIONAL 7)**

*"Têm o sofrimento psíquico das pessoas, que estão vivendo em empresas que têm uma instabilidade, isso tem sido uma questão que tem causado sofrimento psíquico. Achatamento salarial, por exemplo: uma pessoa que começou a terapia pagando quase o valor da consulta particular, agora, está pagando o valor do convênio..."*

*(...) Pode, com certeza. O trabalho pode ser a queixa principal [mas...]...*

*(...) Não acontece [com frequência, ser a queixa principal]...*

*(...) [Como estas queixas são trabalhadas] Depende de cada caso, de maneira geral, a gente procura não dar respostas prontas, fazer o cliente caminhar com os próprios pés. O mais importante é não dar respostas prontas, fazê-lo aprender a lidar com as coisas para que ele próprio encontre o caminho, aponte soluções. De maneira geral, não estimular a dependência, fazê-lo enxergar o que não está enxergando e tomar consciência, mas isso é um processo muito demorado. Há casos que por mais que ele tome consciência é mais um processo demorado para ele superar. Algumas vezes ele tem uma gratificação dessa queixa que ele traz e enquanto a transferência não se instala é mais difícil."*  
**(PROFISSIONAL 12)**

Podemos refletir, inicialmente, que há uma ênfase dada aos aspectos do trabalho, que são associados a uma situação social mais ampla, tal como os índices de desemprego e a crise econômica, que ronda as organizações. Estes aspectos são facilmente assimilados, tanto pelos clientes, quanto pelos profissionais, já que todos estão sujeitos a eles. Assim, os profissionais vêem nos seus clientes, aquilo que também pode lhe acontecer, uma vez que as dificuldades financeiras estão se alastrando, justamente na chamada "classe média", que também é a classe predominante dentre os profissionais entrevistados! Neste sentido, não seria exagero falarmos de uma certa "identificação", dos profissionais com seus clientes.

Por outro lado, a ênfase dada à "segurança", que o emprego traz e a "insegurança" provocada pela ameaça de demissão, deve ser observada como um indicador da importância do trabalho, mesmo que pelo lado da sobrevivência objetiva, tem no equilíbrio psicológico do trabalhador e também como orientador de suas condutas e como fonte de manipulação institucional, mesmo que os entrevistados ressaltem que há uma "predisposição individual anterior" ou "gratificação", para não dizer "ganho secundário", com as queixas apresentadas. Isto fica mais claro nas citações seguintes:

"[Como aparece a instituição patronal e o convênio na relação terapêutica?] Depende da estrutura psíquica da criatura que vem. Como ela usa, é muito particular. Atualmente isso não existe, pois todo convênio, a pessoa paga. Acabou essa mãe instituição. É particular da própria neurose...

(...) [Quanto a uma possível relação doentia com o dinheiro, entre os bancários, por exemplo] Não, porque a relação com o dinheiro é uma coisa libidinal, tem a ver com os fantasmas de cada pessoa, tem haver com a fase anal infantil. Tem o pânico geral que ocorre paralelo com a estrutura. Acho que isso não é motivo para vir fazer análise...

(...) [Quanto à crise social e sofrimento psíquico] Se a pessoa lida bem com outras questões de perda, de dinheiro, tem outras coisas por trás disso. Estaria atribuindo à neurose, ao social e isso não é neurose, não é o fator cultural. Nos países adiantados como o Japão, as pessoas se suicidam. Não é a crise que forma a neurose, ela só se agrava na crise." (PROFISSIONAL 4)

"[Se a demanda difere do cliente particular] Existe diferença, é lógico. Eu recebo conveniado por motivos pessoais, perdeu um filho, marido.. A vinda aqui, a procura tem alguma diferença do cliente da instituição, no sentido que essa instituição é o viés que o cliente vem. Como a procura tem a ver com a instituição. Então é fácil a procura da terapia, que a procura institucional ofereceu. Procura com uma certa repetição de problema. Como se existisse um próprio sintoma da instituição. E algumas pessoas sofrem mais com esses sintomas. Eu acredito que algumas pessoas vêm caracterizadas com esse sintoma...

(...) Está acontecendo, no momento, uma crise na área da instituição que atendo, que é a bancária. Depois do Plano Real, mudou muito, mudança salarial muito brusca, isso tem mexido com... Esses funcionários estão me procurando muito. Não é que não apareça, aparece dependente. A maioria é dos próprios adultos. Como eu te disse, momentos reativos, essa desestrutura recai... afetam muito, têm pessoas que conseguem sair dessas frustrações, baixa salarial muito grande. Tem que ter um jogo de cintura. Têm pessoas que não se desestruturam. Isso tem a ver com aspectos pessoais...

(...) [Como trabalha com isso] Eu sou da psicanálise, meu trabalho é muito individual. Você atende uma histérica, um obsessivo, melancólica, o básico é a escuta do inconsciente. Tentar fazer a pessoa ampliar essa escuta...

(...) [Quanto aos problemas sociais] Eu não me preocupo muito, o meu trabalho não tem objetivo externo para ser atendido. Não trabalho com o sintoma. Lógico, que é através do sintoma, que é uma forma de sair o inconsciente, de uma forma distorcida como sonhos, atos falhos. O meu trabalho usa o sintoma, mas não tenho objetivo de atingir os problemas sociais. Eu não descarto que os problemas sociais fazem parte. Antigamente, qual era o sintoma que mais aparecia? A histeria.. As pessoas tinham crise de paralisia, sugestão, a sociedade era

*basicamente a..... Hoje, casos de psicopatias e fobias Hoje, comumente esse sintoma de síndrome de pânico, pessoas que se sentem ameaçadas com relação ao seu próprio medo de morrer, passar mal, crise de labirintite. Eu não posso deixar de levar em conta o social, mas só naquilo que ele me leva a compreender o individual.*

*(...) [Quanto à influência institucional no sofrimento psíquico] Vejo. Da instituição, vejo. Eu vejo muitas pessoas que passaram a vida inteira na instituição, mas não conseguem se imaginar como continuaram a trabalhar a vida inteira... Marido e mulher, infelizes? Por outros laços, neuróticos, segurança, infeliz porque não tem nada a ver com você. Infeliz pela segurança que oferece. A [instituição patronal do] "CONVÊNIO 1" demite só por justa causa. As pessoas ficam marcadas pela vida inteira, porque fazem uma coisa que não gostam. É culpa da instituição? Não, tem gente que está ali e gosta. Gente que não gosta, também...*

*Relação neurótica, relação difícil que não é normal do trabalho com o trabalhador, aquilo que está sendo oferecido... O "CONVÊNIO 1" substitui a mãe. Pessoas que têm dificuldade com relação ao pai, mãe e família, se ligam a instituição por acharem que pode substituir a mãe, o pai, que essas ligações poderiam ser outra que não a normal de trabalho." (PROFISSIONAL 5)*

Nestas entrevistas, fica claro, não apenas a predominância do intrapsíquico sobre o social, enquanto determinantes do sofrimento psíquico, mas também, o reflexo desta leitura na prática dos profissionais. A abordagem dos profissionais é "muito individual", "não tem objetivo externo para ser atendido" e o social só é levado em conta "naquilo que leva a compreender o individual". Nesta visão individualista, a neurose individual é transplantada para a própria instituição que assume o lugar de substituta das relações familiares. Aparece, ainda, a idéia de "ligação normal com o trabalho", dissociada de uma "neurose individual", já que, as crises institucionais apenas "agravam" as neuroses, não as criam!

*"(...) Tem tipos de trabalhos que são neurotizantes, um trabalho repetitivo, mesmo, seria neurotizante para mim, isso depende da pessoa, não é? Por isso eu coloco, é a pessoa que está inserida ali. A gente vive, tem que estar inserido nas instituições; agora, você tem que ver se você pode ou não se adequar àquela instituição. Se você se adequa, se aquele ambiente não está lhe agredindo então é viável estar naquela instituição." (PROFISSIONAL 11)*



*"Eu acho que as escolhas que a gente faz não são à toa. Não sei o que vem primeiro se é a escolha do trabalho onde ela está.... Por exemplo, funcionário público, a visão que a sociedade tem dele. Eu acho que você escolhe seu trabalho de acordo com o que você é. Tem muitas pessoas que vêm procurar por insatisfação." (PROFISSIONAL 13)*

Aqui, a consequência do modelo individualista recai num certo movimento adaptativo, onde as escolhas pessoais são determinantes na adaptação ao trabalho. Os trabalhadores devem buscar ambientes de trabalho mais adequados as suas predisposições individuais. Ou há adaptação, ou se muda de trabalho?

Mesmo aqueles profissionais que trabalham com crianças, a ênfase recai nos aspectos da dinâmica familiar, dos vínculos afetivos, em detrimento da influência do ambiente de trabalho dos pais na saúde mental da família, como um todo. Quando há interferência, esta é equiparada a qualquer outro evento social, tal como a crise econômica.

*"[Quanto ao reflexo do trabalho dos pais na busca de tratamento e no comportamento de crianças atendidas pelo profissional] Isso reflete na criança, a relação dos dois, o casal, isso reflete muito...*

*(...) [Se percebe relação entre o conteúdo do trabalho dos pais e a busca por ajuda] Não, o que leva é a dinâmica familiar, o relacionamento. Ou os pais super protegem os filhos, ou abandonam, ou o casal é muito ligado entre si... É sempre relacionado ao relacionamento...*

*(...) [Falando sobre as resistências dos pais e a interferência da instituição patronal] É um caso. Só de convênio são 50%.. Só esse pai tem dificuldade até de assinar a guia, até para assinar, ele tem resistência, medo de perder o emprego, de sair oneroso para a empresa. Eles trazem, colocam aqui esse medo, receio. O que a gente vê e coloca em primeira opção é o tratamento do filho. Por exemplo: no "CONVÊNIO 8" está tendo muita ameaça de demissão, o fato de estarem precisando de tratamentos seriados deixa eles mais receosos. Isso aí é mais ligado ao contexto social, econômico, a relação da empresa." (PROFISSIONAL 6)*

A única menção de uma relação direta com o trabalho, é feita quando se verifica a existência de uma "ameaça" a continuidade do processo terapêutico. É uma relação às

avessas: o processo terapêutico pode interferir no ambiente de trabalho do funcionário e na manutenção do próprio emprego! Interessante, é que isto aparece, quando a própria manutenção da relação terapêutica está em jogo e, com isso, a própria manutenção do cliente, inclusive como fonte de renda (por menor que seja!). Será ,que não seria o caso de investigar, o quanto as ameaças de demissões dos clientes também ameaçam os psicólogos credenciados, mesmo que seja pela via da "identificação"? Esta perspectiva de abordar esta questão, fica ainda mais evidente, quando analisamos as respostas daqueles profissionais que aceitam a convivência, a rotina e a crise institucional, como determinantes de insatisfação pessoal e interpessoal, que fazem parte do próximo item a ser analisado.

#### IV- A CONVIVÊNCIA, A ROTINA E A CRISE INSTITUCIONAL SÃO DETERMINANTES DE PROBLEMAS DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E INSATISFAÇÃO PESSOAL

3 (3, 12, 16)

*"Tem um autor que fala sobre a psicologia nas instituições e diz que ela se refere ao trabalho que pretende curar. Não vou dizer, que a grande maioria procure por isso. Mas acredito que a instituição crie uma forma neurótica ou até psicótica de representar a doença. Eu já notei, que em algumas instituições (existe um grande poder de manipulação). Inclusive, fui demitido da escola (em que eu trabalhava) por ter essa visão. Quando me formei e passei a atuar nessa instituição, eu notei isso. Quando eu ia ser o psicólogo da instituição, não aceitava isso e fui demitido. Eu comecei a entender, que havia manipulações, que se procura manipular até os profissionais. A diretora que não era nem psicóloga (fez um laudo para conseguir as verbas)....*

*(...)Se ele está insatisfeito, por exemplo na Parmalat, se ele está ganhando pouco, ele traz de uma forma neurótica, até, tem vontade de abandonar, mas não pode." (PROFISSIONAL 3)*

*"[Se a relação com o trabalho pode aparecer durante o processo] Pode, com certeza, o trabalho pode ser a queixa principal. Têm muitas*

*peças com dificuldades de relacionamento de trabalho."*  
**(PROFISSIONAL 12)**

*"[Quando perguntado sobre alguma problemática específica de uma classe profissional] Existe, não é? Eu acho que principalmente na classe média, existem problemas existenciais, conflitos de não se adaptar ao trabalho, não se sente bem com o que faz, entra na rotina de conviver anos e anos com as mesmas pessoas. Bem característico com as duas empresas em que trabalho...*

*(...) [Se o cliente traz sua relação com o seu trabalho] Traz, porque o trabalho é a atividade que a gente passa mais tempo durante a vida. Claro que ele tem que estar aparecendo, aparece sempre...*

*[Quanto à influência do contexto do trabalho] Se o contexto de trabalho for doente, ele aparece diretamente no material do cliente."*  
**(PROFISSIONAL 16)**

Havíamos levantado, anteriormente, a possibilidade de que as ameaças de demissão aos clientes, também pudessem ser vistas como ameaça aos profissionais, devido a um processo identificatório. Agora, verificamos que, talvez, esta "identificação" com o cliente, seja facilitada pela mesma classe sócio-econômica do cliente e do profissional: a "classe média". Classe esta, que é vista, como tendo, que se submeter anos a fio a condições de trabalho desfavoráveis. A questão é que a falta de alternativa é vista como uma "forma neurótica", e não como uma impossibilidade, devido a fatores como a "mobilidade social", por exemplo.

Aqui, as instituições também aparecem como manipuladoras, que satisfazem as necessidades imediatas, aprisionando seus trabalhadores e afastando-os dos seus desejos. A questão é, se realmente existe esta incompatibilidade, entre o desejo e a necessidade, ou se, mesmo numa perspectiva sobrevivencialista, há lugar para o prazer, inclusive até um certo prazer mórbido?

#### 4.3.6.2 - Como é vista a demanda dos clientes relacionada a determinadas ocupações

No que diz respeito à existência de alguma relação, entre o tipo de ocupação do cliente e sua demanda por atendimento, fica ainda mais nítido o modelo individualista, adotados pelos profissionais, na medida que de um total de 16 entrevistados, 10 não fizeram menção, não observaram ou não concordam que exista esta relação. O contexto sócio-histórico, em maior grau, e o ambiente de trabalho, em menor grau, parecem ter sido levados mais em consideração que a ocupação dos clientes como determinantes do seu sofrimento psíquico.

As respostas relacionadas a este assunto foram agrupadas em quatro grupos, que passaremos a analisar.

#### I - NÃO CONCORDA OU NÃO OBSERVOU ESTA RELAÇÃO

8 (2,4,8,9,10,12,14,15)

*"[Se percebe alguma problemática específica de uma categoria profissional] Não. É como eu já lhe disse. Nem sempre quem mais necessita é quem procura. Normalmente quem procura é porque está com algum problema, alguma dificuldade." (PROFISSIONAL 10)*

*"[Se percebe alguma problemática específica de uma classe profissional] Dificuldade financeira a gente não pode nem dizer que é de uma classe só, está tão amplo. Não percebo, não." (PROFISSIONAL 12)*

*"[ se percebe alguma relação entre sofrimento psíquico e categoria profissional] Não, não. Na minha clientela não tenho como fazer essa associação não. Não tenho notado isso, nem podido fazer essa comparação." (PROFISSIONAL 14)*

Nas respostas acima, não há menção de uma relação mais estreita entre o tipo de ocupação e a demanda da clientela. É algo, que passa despercebido pelo profissional, e que chega a atribuir ao tipo de clientes que tem.

*"Eu não percebo isso[que haja relação entre o tipo de ocupação, Como os bancários e o sofrimento psíquico]. Não observo isso, porque não tenho contato com pessoas assim. Sei que o banco é um trabalho muito mecânico e isso cria uma alienação. Pelo fato de trabalhar com uma demanda pequena, talvez não tenha observado isso."  
(PROFISSIONAL 2)*

*"[Se percebe alguma influência institucional no sofrimento psíquico] Não, o "CONVÊNIO 1" não... O banco não tem mais a estabilidade que tinha antes. Conheço várias pessoas que... Essa coisa característica de instituição, não é característico de bancário."  
(PROFISSIONAL 8)*

*"[Se percebe algumas característica das profissões, como o bancário e sua relação com o dinheiro] Não, nunca chegou isso aqui. Agora, a gente sabe que as instituições são muito manipuladoras...*

*(...) Inclusive, tenho um paciente problemático. A nível... Na sua sala, todo mundo se atrapalha por conta da morosidade dele. Pelo contrário, a instituição faz de tudo para ajudá-lo."  
(PROFISSIONAL 9)*

*"As instituições são muito estressantes, banco é um exemplo muito comum. Pelo universo hospitalar tem alcoolismo, somatização.. Em consultório fica muito difícil, não dá para ter essa visão".  
(PROFISSIONAL 15)*

Para estes profissionais, a ênfase recai nas instituições, que se apresentam como produtoras de "trabalho mecânico e alienante", que "não têm mais estabilidade", que são "manipuladoras" ou "estressantes". Quanto à clientela dos profissionais, esta parece ser de outro tipo. Trabalhadores com demanda relacionada a sua ocupação parecem, não entrar em seus consultórios. A questão que fica é, se estamos falando de uma população de clientes "psi", que procuram os consultórios, e de clientes-trabalhadores e seus problemas que não demandam este tipo de atendimento, ou se também, estamos falando de uma questão que envolve o tipo de "escuta" do profissional, como deixa claro o seguinte entrevistado:

*"Não[não há esta relação com a ocupação do cliente e sua demanda]. Por exemplo, se chega um psicólogo, ele é psicólogo da porta para fora. A intelectualização do processo é uma resistência. Eu convido a pessoa a esquecer." (PROFISSIONAL 4)*

## II - NÃO HOUVE MENÇÃO ESPECÍFICA SOBRE O TEMA NA ENTREVISTA

2 (3,16)

Mais dois entrevistados não fazem qualquer menção quanto à possibilidade da existência de uma relação, entre a ocupação do cliente e sua demanda. Isto não é uma questão para eles?

## III - A POSIÇÃO HIERÁRQUICA E O STATUS DA OCUPAÇÃO COMO

## DETERMINANTES

2 (1,6)

Há uma menção, quanto à influência do status que a ocupação do cliente tem. Para os diretores, o status pode lhes trazer conflitos. Já para os "peões", ao contrário, o status tem um efeito de amortecedor dos conflitos. No caso dos diretores, a tensão gerada é interna, com a empresa. Enquanto que, no caso dos "peões", a representação do status é externa à empresa, colocando o (cliente) trabalhador como "privilegiado", frente a outras categorias profissionais<sup>3</sup>. O que está em jogo, neste caso, é mais o status devido à "filiação", à organização do trabalho, que o cargo que ocupa dentro dela. Já para o executivo, o que está em pauta é a posição hierárquica dentro da empresa.

*"[Há uma problemática típica] Dos diretores de empresa, por possuem cargos políticos de confiança, classe que tem maior status. O peão traz o conflito, mas o status de trabalhar numa empresa X lhe faz bem." (PROFISSIONAL 1)*

---

<sup>3</sup> GUIMARÃES & CASTRO (1995) estudaram os efeitos da implantação de um pólo petroquímico brasileiro e seus "novos operários", quanto a diferenciação de status do restante da massa trabalhadora, promovendo uma certa "heterogeneidade social" com reflexos na identidade daqueles trabalhadores.

Para outro entrevistado, também a questão do poder é predominante nos cargos de alto escalão, mas que pode ser minimizado o seu impacto quando se tem uma "família estruturada".

*(...) Eu atendi crianças, filhos de empresários altíssimo, em que influenciou muito: a questão do poder fica mais forte, ela passa a enxergar as coisas a partir do poder. A um outro que atendi, com um poder aquisitivo alto e a família estruturada, não tinha essas coisas. (PROFISSIONAL 6)*

Mais uma vez, o papel do trabalho é "relativizado" ou "minimizado", pela história familiar ou características pessoais, quando se trata da sua relação com a demanda da clientela.

#### IV - A ESTRUTURA PSICOLÓGICA, ESCOLHA DO TIPO DE OCUPAÇÃO E SATISFAÇÃO PESSOAL, COMO DETERMINANTES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

4 (5,7,11,13)

Nas respostas a seguir, tal como já observamos, quanto ao contexto de trabalho (no item 4.3.6.1), o modelo individualista predomina e tem reflexos no modo como o trabalho, quando aparece na relação terapêutica, é tratado.

*"Existe uma ameaça das pessoas que vivem em eterno pânico ao assalto em bancos. Principalmente o "CONVÊNIO 1". Pessoas com dificuldades sérias nessa área. Como eu te disse, do mesmo jeito que as pessoas estão passando por uma crise séria, que reflete na vida pessoal em função da parte financeira. Isso aparece, naturalmente, na terapia, o trabalho faz parte da terapia. Se começa a terapia pela queixa que a pessoa traz. Isso é simples porta de entrada. É como qualquer outro cliente que vem e fala da vida profissional, do medo da vida, medo da concorrência, das competições.. Cada dia você tem que se esforçar mais, acreditar no seu potencial para poder fazer coisas relacionadas ao trabalho. Como eu te disse, eu não trabalho as coisas externas. A gente vai ver que uma dificuldade, fora, tem a ver com a vida da pessoa. Meu trabalho é fazer a pessoa se questionar. Isso para*

*mim é um caminho. Quando a pessoa chega com dificuldade do trabalho, é uma dificuldade que chegou agora, tem a ver com a vida dela, sua estrutura...*

*(...) [Se percebe algum traço característico de uma classe profissional] Ah, sim. Não vejo isso como uma tônica, acontece casos de pessoas que trabalham com dinheiro que têm problemas sérios, que eu não posso me ater." (PROFISSIONAL 5)*

*"Olhe, eu não sei o que esse colega falou[sobre os bancários]. O que se coloca, teoricamente, é que um funcionário de banco é obsessivo, um criminalista tem que ter um delírio persecutório e ser paranóico para que seja bom. A nível lógico, não se pode ter o "não", para se ter o "sim"... Você tem que ter o núcleo paranóico altíssimo, o criminalista o tem... Os atores, precisam de um núcleo histérico... é lógico que a gente vê isso. Em "O carteiro e o poeta" a artista, depois do filme, morre literalmente, será que não foi uma identificação histérica? Isso não quer dizer, que todo ator seja histérico, todo bancário seja obsessivo. Todo mundo tem uma estrutura." (PROFISSIONAL 7)*

*"Eu vejo a questão em relação à dificuldade do mundo atual, eu vejo muito que há um vazio existencial nas pessoas, todo mundo correndo, eu acho que é uma problemática do mundo moderno. Eu tenho dois clientes, são duas pessoas que são da área de saúde. Um deles ama a profissão, está com muita dificuldade decorrente da situação mesmo desta categoria mas não existe a queixa com relação à escolha que fez. Já a outra pessoa que eu atendo é médico também, mas está totalmente insatisfeito com a profissão dele. Nesse aspecto, eu acho que não é a profissão da pessoa. Se você faz o que gosta, você vai tentar contornar as dificuldades da tua profissão. Você vai trabalhar as questões, os problemas. Como o meu caso mesmo, eu optei fazer convênio, então, existem os prós e os contras. (...)Então, é o fato de ser uma profissão difícil, é a forma como você está lidando com isso" (PROFISSIONAL 11)*

*"(...)Não é porque você é engenheiro, bancário, é porque é você. O trabalho tem uma importância fundamental na vida de uma pessoa e quando não está legal, é motivo suficiente para procurar a terapia." (PROFISSIONAL 13)*

A tarefa do terapeuta é identificar na queixa sobre o trabalho, onde está o "sujeito do inconsciente" e sua "estrutura interna". Não se trabalha com "essas coisas externas", mas sim se deve acreditar no "potencial do indivíduo". Se o trabalho é "simples porta de entrada", podemos nos perguntar onde fica a "saída"? No narcisismo, na alienação social, na



somatização, nos pactos denegatórios? Lembremo-nos, por um instante que seja, que mesmo o sujeito do inconsciente só se constitui na sua relação com o "Outro" e que, mesmo as relações imaginárias se "apóiam" no contexto sócio-lingüístico-cultural.

## COMENTÁRIOS SOBRE ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS

- **Os motivos que levam os profissionais a trabalharem com convênios, estão associados ao início das atividades profissionais e da prática clínica, facilitando o acesso a clientes, a divulgar o nome do profissional e a adquirir experiência. Sendo assim, os convênios atendem, não , às necessidades de auto-conservação, mas também podem servir como suporte de relações imaginárias dos profissionais, que depositam neste sistema uma via de acesso à realização/reconhecimento profissional;**
- **Os clientes dos convênios são, em média, 1/3 da clientela dos profissionais e tendem a ser vistos como uma fonte de receita segura e constante, apesar dos baixos valores das sessões;**
- **O processo de credenciamento vivido pelos profissionais confirma a idéia, de que as instituições não questionam, na sua maioria, a abordagem teórica utilizada pelo profissional, sendo a maior ênfase na experiência do profissional e nas exigências documentais, bem como quem indicou o profissional para credenciamento;**
- **As interferências do convênio no atendimento são mais evidenciadas pelo uso de laudos, duração limitada para o tratamento e forma de pagamento (através de guias e depósitos bancários feitos pelo convênio):**
  - **O laudo aparece mais como uma necessidade de controle administrativo, do que de uma avaliação técnica. Tende a ser visto como algo do modelo médico e que "exige" que o profissional utilize-se de estratégias, para se adequar a esta exigência, ao mesmo tempo que minimize o seu impacto na relação terapêutica:**
    - **Elaboração de laudos genéricos e superficiais;**
    - **Mostrar laudos previamente aos clientes;**
    - **Só enviar laudo a um outro profissional de saúde, etc.;**

- **Os limites para o número de sessões e duração do tratamento** tendem a ser contornados com solicitação de prorrogações à instituição (quando isto é possível) ou, na maioria dos casos, são feitos contratos paralelos entre clientes:
  - **O pagamento** aparece como um dos maiores obstáculos no atendimento, quer seja pelos baixos valores, quer seja pela forma como é efetivado (através de guias e depósitos bancários). Evidencia-se, através do pagamento uma desvalorização do profissional, é a ocasião, onde o "terceiro" impõe os limites mais intransponíveis nesta relação;
- **Os clientes de convênio e sua demanda** tendem a ser vistos como semelhantes aos clientes particulares, quer seja pelos motivos que os levam a consultar-se, quer seja pela faixa etária ou classe social. É como se, quem busca o atendimento psicológico, já tem uma representação do que seja este tipo de tratamento e esta representação é determinante nesta busca de atendimento;
- **A relação entre trabalho e saúde mental** tende a ser vista como qualquer outro evento social. Só tende a ser vista em aspectos onde tende a se dar uma identificação do profissional com o seu cliente, quer seja por uma aproximação sócio-cultural com a clientela (oriunda da classe média), quer seja pela vivência profissional, tal como a "crise econômica" e "o desemprego";
- **O atendimento aos clientes** tem demonstrado, que os clientes de convênios desistem mais facilmente do tratamento e/ou faltam mais no seu início. Fato, este, atribuído a uma certa desvalorização inicial do profissional de convênio, ou mesmo pela ausência de um desembolso direto dos clientes, mas que tende a ser contornada pelo desenvolvimento de uma relação pessoa-a-pessoa com o terapeuta e de um maior comprometimento com seus tratamentos;

- **Quanto ao profissional do convênio**, este ressalta o não reconhecimento da especificidade da clínica psicológica , tendo em vista que a lógica das relações institucionais baseia-se num modelo médico e numa busca de diminuição da relação custo/benefício dessas instituições. Porém, ressalta o papel do convênio na divulgação do seu nome, como forma do profissional receber clientes e propiciar atendimentos a quem não poderia arcar com um tratamento particular;
- **O vínculo do profissional com a instituição** tende a ser colocado com o mais superficial possível ,ao passo que é enfatizado que o verdadeiro vínculo é com o cliente. É enfatizado, ainda, que a própria instituição não demonstra preocupação no acompanhamento ou avaliação dos resultados terapêuticos, apenas em controlar os custos com seus associados;
- **Um grande paradoxo desta prática:** se, de um lado, os convênios reconhecem a especificidade do trabalho do psicólogo, em geral, e não a do psicanalista, ao oferecer este tipo de serviço, por outro lado, o profissional busca ter a sua identidade de psicanalista reconhecida, em detrimento da identidade de psicólogo.

## 5 - CONCLUSÕES

Este trabalho teve como propósito, refletir sobre a prática psicanalítica em convênios de saúde. Partimos da constatação de uma crescente difusão desta prática em todo o território nacional e, paralelamente, uma ausência de referências bibliográficas e maiores discussões sobre o tema. Nos propomos, então, a realizar uma pesquisa exploratória com psicólogos credenciados e dirigentes/funcionários envolvidos com o credenciamento para o atendimento psicológico.

Tínhamos conhecimento, que havia diferenças entre os chamados "seguro-saúde" e os "convênios", estes últimos vinculados a instituições patronais ou classistas, onde o vínculo com a atividade profissional do assistido se fazia presente. Tomamos, então, como possibilidade de articulação teórica, o conceito de identidade, em geral e, em específico, a identidade do trabalhador, por admitirmos que a identidade funciona como uma "interface" entre o indivíduo e seu meio, sem, no entanto, refletir o sujeito ou a sociedade em sua totalidade. É um elemento para análise, um analisador e não um fim em si mesmo.

Revisamos, ainda, alguns aspectos da teoria psicanalítica, que dão suporte a sua prática e marcam sua especificidade, onde ficou evidenciado, que a clínica psicanalítica pressupõe a existência de um "sujeito do inconsciente", e têm na transferência, e demais formações do inconsciente, e na sua interpretação as vias de acesso para a produção de novos sentidos e crescimento pessoal. Tal modelo, também, se apóia num enquadre (setting), onde toda a interferência externa deve se evitada, só adquirindo valor terapêutico quando articulada ao desejo, ao ser da pulsão. O próprio analista deve se abster de se colocar no lugar de alguém que já sabe a verdade sobre o cliente, de se colocar no lugar do "mestre". A postura do analista é a de saber que está sendo colocado no lugar de um "suposto saber"; No máximo, pode interpretar ou

fazer construções, mas que a , quem detém é o cliente, o processo de elaboração interna, mesmo que invisível, pertence a ele.

Enquanto que a psicanálise privilegia esta existência única do sujeito, encontramos as instituições, de um modo geral, funcionando à partir de processos de negação das diferenças, fincadas em verdades absolutas, e, dentre elas, as instituições dos convênios que adotam o modelo médico, onde o diagnóstico preciso e previsibilidade e diretividade do tratamento são uma norma, e critérios populacionais, que devem restringir o uso individual em prol da coletividade (e também visando a mais valia, o acúmulo de capital, o lucro, em alguns casos) para estruturarem suas práticas. É com esse paradoxo, que o psicanalista deve lidar ao submeter-se a atender através dos convênios.

Para os convênios, há o indivíduo e sua necessidade, enquanto que para a psicanálise temos o sujeito e o seu desejo. No primeiro caso, atende-se à "auto-conservação", no segundo caso ,estaríamos falando de atender à "demanda de amor", de lidar com o ser da falta! Luta inglória, mas indispensável à vida.

Verificamos o atravessamento destas questões por todas as entrevistas, e de como o analista, quando visto como trabalhador, deposita nos convênios, mesmo sem o saber em sua plenitude, uma esperança de preencher algumas "faltas": sua falta de experiência, sua falta de clientes, sua falta de reconhecimento profissional, sua falta de dinheiro... Mas, esta vinculação aos convênios tem um preço: a ameaça de não ser mais reconhecido como psicanalista. Frente a isto, lança-se mão de estratégias defensivas, coletivamente partilhadas ou à partir de invenções pessoais, para lidar com este "terceiro", o convênio.

A intensidade, frequência e forma que estas estratégias tomam ,dependerão, como qualquer outra defesa, do modo como se percebe a ameaça e de quais as conseqüências que

possam ter. Neste sentido, a própria "cultura da razão cínica", pode servir de facilitador para algumas atitudes.

Quando analisamos as entrevistas dos profissionais e dos convênios, alguns pontos são convergentes e merecem ser destacados aqui:

- A percepção de uma diferença entre o atendimento psicológico e outros serviços existe, embora, enquanto o profissional tende a se sentir desvalorizado com isso, os convênios deixam transparecer o atendimento psicológico como um "algo a mais", "uma dádiva", que é facultada aos seus assistidos. O valor médico impera como possibilidade de classificação hierárquica!
- Os clientes particulares funcionam como uma referência em termos de idealização da relação terapêutica, tanto para os profissionais quanto para os convênios. É cobrado dos profissionais, que tratem da mesma forma que os seus clientes, os clientes de convênios. Dispensando-lhe o mesmo tempo na sessão, a mesma atenção, etc., embora não se sintam pagos por isto e não possam levar ao pé da letra tal reivindicação, pois a própria frequência semanal e duração do tratamento é limitada pelo convênio. Instala-se, como que, uma relação baseada em mensagens contraditórias (paradoxais), onde se exige a igualdade na diferença!
- A ausência de um pagamento satisfatório é reconhecida por ambas as partes, mas também, aceitam a idéia que "outras formas" compensatórias de pagamento acontecem: há sempre uma "diferença", uma "falta" a ser compensada, quer seja pela abundância e constância nas indicações de clientes (que preenchem os "vazios" dos horários), quer seja pela maior divulgação do nome do profissional, quer seja pelo

possibilidade de adquirir experiência, etc. É como se houvesse, também, uma relação paralela de "escambo" entre o convênio e o profissional. Porém, esta relação reflete na representação que o profissional tem do seu cliente, o qual já está em falta para com ele, antes mesmo de chegar ao seu consultório! Para além do sujeito da falta, o cliente de convênio é também um sujeito eternamente em falta!

- Quanto à demanda da clientela, esta tende a ser vista como igual a da população em geral, porém o que muda é o seu comportamento dentro do processo: O cliente de convênio falta mais, principalmente no início dos tratamentos, e desiste mais facilmente. Isto tende a ser atribuído à não existência de um pagamento, cujo valor tenha uma eficácia simbólica. Porém, resolve-se esta questão com o "aprofundamento" do vínculo terapêutico e, talvez, com o sentido dos resultados obtidos pelo próprio cliente! Neste ponto, não apenas o cliente pode estar sofrendo um processo de estigmatização pelo profissional, como "cliente em falta" e que "falta", mas também isto pode ser visto como um efeito da própria representação que o cliente tenha do que seja um profissional de convênio!
- Enquanto que os profissionais se queixam do não reconhecimento (e desconhecimento) e até mesmo desvalorização da prática psicanalítica, as instituições demonstram que não se preocupam durante o credenciamento com a abordagem teórica do profissional e nem fazem estudos e registros estatísticos sobre a resolutividade de tais atendimentos.. Com isso, podemos pensar que nem a instituição está voltada para a demanda dos seus assistidos, e o atendimento psicológico é mesmo um "algo mais", ou que tudo é uma questão individual, a ser resolvida entre o cliente e



seu terapeuta, tal qual com os clientes particulares. Mas, não são esquecidos os mecanismos de controle sobre os custos, o que, de alguma forma atinge a pretensão dos psicanalistas em ter a possibilidade de realizarem tratamentos de longa duração. De um lado, o convênio se preocupa com seus gastos e, do outro lado, o psicanalista em poder continuar dentro do enquadre psicanalítico e continuar fazendo o que sabe fazer. Mas onde fica o cliente e sua demanda? Na falta, com falta e em falta?

- Com relação ao trabalho e saúde mental, tanto os profissionais como os convênios, não estabelecem esta relação ou a tem como uma de suas preocupações. O individualismo predomina sobre as demais concepções de sujeito social. Mesmo quando há um reconhecimento das perdas da capacidade laborativa, em função de problemas e conflitos psicológicos, estes colocam o próprio indivíduo como causa, quer seja pela escolha profissional, quer seja por não saber cuidar-se, etc. Percebe-se o risco de um movimento de "culpabilização" do indivíduo, revertendo-se questões de âmbito social para a esfera do individual.

Por último, verificamos que o trabalho, ao permear todas as outras relações sociais, participa, direta ou indiretamente, da própria constituição da identidade de cada um de nós. Tal como o nome próprio, o corpo (incluindo-se aí a diferenciação sexual), a família, o trabalho faz parte daqueles elementos que servem de suporte para o processo de categorização e individuação, que vão formar o núcleo daquilo que chamamos "Eu". Da necessidade de individuação à necessidade de significação, o indivíduo lança mão daquilo que está ao seu alcance, de forma a poder dizer de si aquilo que "já sabe". Mas, para poder dizê-lo, terá que se escutar, e isto, como resalta COSTA (1968) pressupõe um sentido de identidade subalterno ao princípio de realidade,

aos processos secundários e pela força das identificações culturalmente normativas. Esta forças, ao nos constituir como sujeito do ideal, como trabalhador moldado aos seus ideais, oferece também o risco de nos identificarmos aos papéis sociais, tomado como definição do próprio Eu. O próprio trabalho, também, pode ser tomado como objeto de satisfação pulsional, pela sublimação ou pela idealização e, em todos estes casos, temos que pensar no processo de restituição narcísica subjacente.

Nem mesmo os psicanalistas estariam vacinados contra este risco, como pudemos demonstrar ao articular a identidade do psicanalista com sua formação, e o quanto utiliza-se de estratégias defensivas quando esta identidade é ameaçada, como é o caso da intervenção do convênio como um "terceiro" na relação e no enquadre psicanalítico. Mais ainda, a sociedade e suas instituições, assim como o Outro, não podem ser suprimidos, mas simbolizados. Esta talvez, tenha sido a utopia deste nosso trabalho.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE I

**ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM INSTITUIÇÕES DOS CONVÊNIOS**  
**I - CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO QUE O ASSOCIADO MANTÉM**  
**VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

órgão de administração direta  fundação  autarquia  bancos  estatal  outros

**II - CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PATROCINADORA DO**  
**CONVÊNIO**

sindicato  associação  fundação  serviço saúde instituição patronal  outros

Nome:

Endereço:

Telefone:

Pessoa para contato:

Horário:

**III - PERGUNTAS**

**-Sobre o funcionamento da instituição:**

1. A instituição oferece que tipo de serviços de saúde ?  
Desde quando oferece cada serviço, inclusive o psicológico ?
2. Quais os motivos que levaram a inclusão do serviço de atendimento psicológico?
3. Qual o número total de profissionais credenciados?  
(pedir uma listagem dos credenciados)
4. Quantos são credenciados para o atendimento psicoterápico?
5. Do total de credenciados para o atendimento psicoterápico, quantos são de abordagem psicanalítica ?
6. Quem tem acesso ao serviço de saúde ?  
 funcionários, esposas e filhos  funcionário, família nuclear e outros dependentes  
 outras situações
7. Existe alguma carência para a utilização desses serviços ? Se sim, especificar o serviço e o tempo de carência.
8. Qual a participação financeira do associado em cada serviço ?

## APÊNDICE I

**ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM INSTITUIÇÕES DOS CONVÊNIOS****-Em relação ao psicólogo:**

9. Como o profissional é remunerado ?

por sessão  mensal  outros

10. Como é calculado o valor da remuneração ?

11. De que forma é efetuada a remuneração ?

12. Qual a qualificação profissional exigida pela empresa ?

13. Quais são as exigências documentais feitas ao profissional ?

identidade  CPF  carteira de trabalho  título eleitoral

declaração de imposto de renda  currículo  CRP  diploma

14. Para o credenciamento de profissionais é exigido experiência prévia? Se sim, qual?

15. Quem realiza processo seletivo para admissão de novos profissionais ?

Quais os critérios da seleção ?

**-Em relação aos serviços de atendimento psicológico:**

16. O acesso ao tratamento psicoterápico precisa da autorização prévia de alguma equipe ? Qual?

Há exigências de laudos e diagnósticos para autorização do tratamento ?

17. Há livre escolha para o paciente marcar as consultas ?

18. Há previsão de interrupção das consultas ?

férias  faltas  outros

19. Qual é a duração de cada sessão ?

20. Existe algum limite temporal preestabelecido para a duração do tratamento ?

Se sim, qual ?

É prorrogável ? De que forma ?

21. Existe alguma frequência de sessões ? (Quantas vezes por semana ? Mensal ?)

Tem limites?

22. Há acompanhamento e ou estatística do resultado do tratamento psicoterápico?

23. Quem procura esse tipo de tratamento? Quais os motivos que o levam a procurar ?

(os dados da reposta são pesquisados ?)

24. Há algum tipo de intercâmbio entre os psicoterapeutas e outros profissionais?

25. Que benefícios a instituição acha que a psicoterapia pode trazer ?

**APÊNDICE II****ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS CREDENCIADOS****1- IDENTIFICAÇÃO ENTREVISTADO**

Nome:

Local da entrevista:

Data: Início: Fim:

Faixa Etária: até 25 \_\_\_ 26-30 \_\_\_ 31-35 \_\_\_ 36-40 \_\_\_ 41-45 \_\_\_ 46-50 \_\_\_ 51-55 \_\_\_ 56-60 \_\_\_  
61-65 \_\_\_ 66-70 \_\_\_ acima 71 anos \_\_\_

Tempo de Formado:

Tempo como psicólogo clínico:

Convênios que participa:

**2 - MOTIVOS DO PROFISSIONAL PARA ATENDER ATRAVÉS DE CONVÊNIOS.**

- Financeiro
- Interesse em atender grupos específicos
- Indicação credenciamento para cliente específico
- Outros motivos (listar)

**3 - O PROCESSO DE CREDENCIAMENTO**

- Etapas do processo, como foi.
- Exigências documentais
- Necessidade de indicações de terceiros
- Tempo necessário para completar o processo
- Outras exigências feitas ao profissional
- Que críticas faz ao processo de credenciamento.

**4 - O ATENDIMENTO AO CLIENTE CONVENIADO**

- Em que este tipo de atendimento difere do cliente particular ?

**4.1 - Tempo:**

- Número de sessões p/semana
- Duração de cada sessão
- Duração do Tratamento, prorrogável?
- Dias e horas específicas p/atender.
- Possibilidade de sessões extras
- Interrupções programadas (férias, etc.)
- Faltas às sessões

**APÊNDICE II****ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS CREDENCIADOS****4.2 - Pagamento:**

- Quem determina o valor da sessão?
- Qual o valor da consulta particular X convênio?
- Como é feito o pagamento: sua periodicidade e quem paga ao profissional?
- Há complementação do valor p/cliente?

**4.3 - Local de Atendimento:**

- É o mesmo que o profissional atende a seus clientes particulares?
- O profissional atende em outros locais?

**4.4 - Existência de Laudos / Diagnósticos Prévios**

- É fornecido ao convênio algum tipo de laudo / diagnóstico prévio?
- A autorização do tratamento depende deste tipo de informação?
- A quem e como é remetida esta informação?
- Quem autoriza o tratamento?
- O que o profissional acha disto?
- É discutido com o cliente o seu diagnóstico e prognóstico?

**4.5 - Demanda da Clientela**

- Por que os clientes procuram o tratamento psicológico, há uma tendência específica?
- Qual o tipo de clientela? (criança, casal, filhos ,etc.)
- Esta demanda é semelhante aos clientes particulares?  
Quais as diferenças, inclusive na postura adotada?
- Como são marcadas as entrevistas e como o cliente chega até o profissional?

**4.6 - Objetivos Terapêuticos**

- Como são estabelecidos e se diferem dos clientes particulares?  
Por que?
- Em que o sistema de convênio interfere no estabelecimento destes objetivos?
- Estes objetivos são explicitados para o cliente nas primeiras entrevistas? Há possibilidade de modificá-los, mesmo durante o tratamento, em que situações?

**APÊNDICE II****ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS CREDENCIADOS****5 - REPRESENTAÇÃO E EXPECTATIVAS DO CLIENTE QUANTO AO TERAPEUTA**

- Há diferenças quanto ao papel do terapeuta na relação transferencial?
- Há valorização do espaço terapêutico diferente de outros atendimentos particulares?

**6 - O SETTING PSICANALÍTICO E O ATENDIMENTO EM CONVÊNIOS**

Como o profissional vê as mudanças introduzidas no setting psicanalítico tradicional, à partir dos dispositivos institucionais do sistema de atendimento em convênios. Como relaciona esta forma de atendimento com uma possível mudança ou restabelecimento dos objetivos terapêuticos propostos pela psicanálise. Sabemos que o "setting" tomado como "estratégia terapêutica" serve para delimitar o contexto da relação terapêutica, discriminando as ocorrências de nível interpessoal/institucional daqueles eventos que se originam a nível intrapsíquico, logo submete-se aos próprios objetivos terapêuticos estabelecidos pela teoria psicanalítica. Mas o que acontece quando este mesmo setting está submetido a uma "estratégia" sócio-econômica para se ter acesso ao atendimento psicológico/psicanalítico? Como ficam os objetivos terapêuticos e a própria estrutura do setting?



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ACCORNERO, A. *Il Lavoro Come Ideologia*. Bologna, Mulino, 1980.
- ALTHUSSER, L. *Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado*. Lisboa, Ed. Martins Fontes, 1980.
- ANNEQUIN, J. et alli. *Formas de exploração do Trabalho e Relações Sociais na Antigüidade Clássica*. Lisboa, Imprensa Universitária/ Editorial Estampa, 1978.
- ARENDT, H. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1983.
- AUBERT, N. & PAGÉS, M. *Le Stress Professionnel*. Paris, Ed. Klincksieck, 1989.
- AULAGNIER, P. *Os Destinos do Prazer*. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1985.
- BARBOSA, L. *O Jeitinho Brasileiro: A Arte de Ser Mais Igual que os Outros*. 2ª ed., Rio de Janeiro, Campus, 1992.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo, Martins Fontes, 1977.
- BASAGLIA, F. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- BAUDRILLARD, J. *As Estratégias Fatais*. Lisboa, Estampa, 1990.
- BERGER, P. & LUCKMAN, T. *A Construção Social da Realidade*. Petrópolis, Ed. Vozes, 1983.
- BERLINCK, M. T. *Psicanálise da Clínica Cotidiana*. São Paulo, Escuta, 1988.
- BERRY, N. *Sentimento de Identidade*. São Paulo, Escuta, 1991.
- BEZERRA JUNIOR, B. Considerações Sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental  
In: COSTA, N. DO R. & TUNDIS, S.A. *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1992.

- BIRMAN, J. Constituição do Campo Transferencial e o Lugar da Interpretação Psicanalítica  
In: BIRMAN, J. & NICEAS, C. *A Transferência e Interpretação*. Rio de Janeiro, Campus, 1982.
- \_\_\_\_\_. *Psicanálise Ciência e Cultura*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1986.
- \_\_\_\_\_. Finitude e Interminabilidade do Processo Psicanalítico. In: FERENCZI et alli.  
*Análise com ou sem fim?* Rio de Janeiro, Campus, 1988.
- BLEICHMAR, H. *Angústia e Fantasma: Matrizes Inconscientes no Além do Princípio do Prazer*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
- BLOCH, C. Os Profissionais de Saúde: Ampliando o Campo de Estudo. In: NUNES, E.D.(org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas*. Brasília, OPAS, 1985.
- BRAGA, J. C. O psicanalista: Um artifice e os limites de sua identidade. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, Lis Gráfica e Editora, v.29, nº 3:481-488, 1995.
- BRAVERMAN, H. *Trabalho e Capital Monopolista: A Degradação do Trabalho no Século XX*. 3<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1980.
- BRAZIL, H. V. Sintoma, Significação e Cura. In: FERENCZI et alli. *Análise com ou sem fim?* Rio de Janeiro, Campus, 1978.
- CABRAL, I. R. E. O psicanalista: Um artifice e os limites de sua identidade. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, Lis Gráfica e Editora, v.29, nº 3: 453-463, 1995.
- CANTARELLI, D. Honorários em Psicanálise: Um Assunto Quase Silenciado. In: *Revista Insight - Psicoterapia*. Fev./1995.

- CARACUSHANSKY, S. R. *A Terapia Mais Breve Possível: Avanços em Práticas Psicanalíticas*. São Paulo, Summus, 1990.
- CARVALHO, J. A. Os Ideais e o Processo Psicanalítico. *Psicanalítica*. Rev. do Círculo Psicanalítico de PE, Recife, Ano II, v.2: 37-51, Dez.1994.
- CERQUEIRA FILHO, G. *Análise Social da Ideologia*. São Paulo, EPU, 1988.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. *Ideal do Ego* Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- CHAUÍ, M. Público, Privado, Despotismo In: NOVAES, A. *Ética*. São Paulo, Cia. das Letras/Secretaria Municipal de Cultura, 1992.
- CHILDE, G. V. *A Evolução Cultural do Homem*. 4ª ed., Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.
- CIAMPA, A.C. Identidade In: LANE, S. T. M. & CODO, W. (orgs.) *Psicologia Social: O Homem em Movimento*. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1987.
- COLUCCI, A. M. Mudanças Institucionais Comprometendo a Identidade do Analista. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, Lis Gráfica e Editora, v.29, nº 3: 523-531, 1995.
- COOPER, D. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo, Perspectiva, 1967.
- COSTA, J. F. Psicoterapia Breve: Uma abordagem Psicanalítica. In: FIGUEIRA, S.A.(org.) *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro, Campus, 1978.
- \_\_\_\_\_. *História da Psiquiatria no Brasil*. 3ª ed., Rio de Janeiro, Campus, 1980.
- \_\_\_\_\_. *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro, Graal, 1986.
- \_\_\_\_\_. Narcisismo em Tempos Sombrios In: BIRMAM, J.(org.) *Percursos na História da Psicanálise*. Rio de Janeiro, Ed. Taurus, 1988.

COSTA, J. F. *Psicanálise e Contexto Cultural: Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias*. Rio de Janeiro, Campus, 1989.

\_\_\_\_\_. Bernadet e o Declínio do Homem Privado. In: *Cadernos de Psicanálise*.

Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, RJ, Ano XVI, v.8: 133-147, 1994.

COSTA, N. DO R. & TUNDIS, S. A.(orgs.) *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1992.

DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. 3ª ed., São Paulo, Cortez/Oboré, 1988.

DONNANGELLO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1986.

\_\_\_\_\_. As Perturbações Físico-Morais e o Trabalho: Questões de Sentido In: Silva FILHO J. F. & RUSSO, J. A. (orgs.) *Duzentos Anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/Ed.UFRJ, 1993.

DUMONT, L. *Individualismo: Uma Perspectiva Antropológica da Ideologia Moderna*. Rio de Janeiro, Rocco, 1985.

DUNNINGHAM, M. A. Trabalho & Felicidade In: *O GLOBO*, Rio de Janeiro, 14.nov,1993, p. 14.

ENGELS, F. *A Dialética da Natureza*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 3ª edição, 1979.

ENRIQUEZ, E. *Mal Estar nas Organizações*. Recife, Macroplan, 1990.

\_\_\_\_\_. *L'organisation en Analyse* Paris, P.U.F., 1992. Edição Brasileira em: *A Organização em Análise*. Petrópolis, Vozes, 1997.

ENRIQUEZ, E.. O Papel do Sujeito Humano na Dinâmica Social. In: LEVY, A. et alli.

*Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis, Vozes, 1994.

ERIKSON, E. H. *Identidade Juventude e Crise*. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

FIGUEIRA, S. A.(org.) *Nos Bastidores da Psicanálise - Sobre a Política, História, Estrutura e Dinâmica do Campo Psicanalítico*. Rio de Janeiro, Imago, 1991.

\_\_\_\_\_. *A Palavra e o Silêncio: Construções do Saber Psicanalítico na Universidade*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993.

\_\_\_\_\_. *A Clínica do Analista: Agenda para uma Clínica do Século XXI*. São Paulo, Lemos Editorial & Gráficos, 1996.

FIGUEIREDO, A. C. Psiquiatras, Psicanalistas e Psicólogos: O Jogo Profissional no Campo 'Psi' In: Silva FILHO J. F.& RUSSO, J. A. (orgs.) *Duzentos Anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/Ed.UFRJ, 1993.

\_\_\_\_\_. *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: A Clínica Psicanalítica no Ambulatório Público*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1997.

FREUD, S. *Prefácio e Notas de Rodapé à Tradução de 'Leçons De Mardi', de Charcot. (1892-94)* In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol.I, p. 196-203, Rio de Janeiro, Imago, 1974.

\_\_\_\_\_. *Rascunho 'A'*. (1892), Ibid, Vol.I, p.245-247.

\_\_\_\_\_. *A Sexualidade na Etiologia das Neuroses* (1898), Ibid, Vol. III, p.286-312.

\_\_\_\_\_. *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade*. (1905), Ibid, Vol. VII, p.210 e Nota.

\_\_\_\_\_. *Totem e Tabu*. (1912), Ibid, Vol. XIII, p.13-191.

\_\_\_\_\_. *Sobre o Início do Tratamento*. (1913), Ibid, Vol. XII, p.164-187.

FREUD, S. *Uma Dificuldade no Caminho da Psicanálise*. (1917), *Ibid*, Vol. XVII, p.169-179.

\_\_\_\_\_. *Psicologia de Grupo e Análise do Ego*. (1921), *Ibid*, Vol. XVIII, p.89-179.

\_\_\_\_\_. *Um Estudo Autobiográfico*. (1925), *Ibid*, Vol. XX, p. 13-92.

\_\_\_\_\_. *Inibições, Sintomas e Ansiedade*. (1926(25)), *Ibid*, Vol. XX, p.95-201.

\_\_\_\_\_. *O Futuro de Uma Ilusão*. (1927), *Ibid*, Vol. XXI, p.13-72.

\_\_\_\_\_. *Mal-Estar na Civilização*. (1930), *Ibid*, Vol. XXI, p.75-279.

\_\_\_\_\_. *Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise*. (1932-33), *Ibid*, Vol. XXII, p.13-220.

\_\_\_\_\_. *Análise Terminável e Interminável*. (1937), *Ibid*, Vol. XXIII, p.239-287.

\_\_\_\_\_. *Esboço de Psicanálise*. (1940(1938)), *Ibid*, Vol XXIII, p. 165-329.

\_\_\_\_\_. *Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess*. (1950), *Ibid*, Vol. I, p.243-379.

GALLEGO, L. F. Galatéa quer saber se gostam dela. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, Lis Gráfica e Editora, v.29, nº 3.

GARCIA, C. A Questão da Identidade como Objeto da Psicanálise. In: BIRMAN, J. & NICEIAS, C. A. *Objeto na Teoria e na Prática Psicanalítica*. Rio de Janeiro, Campus, 1984.

GARRISON, A . Adaptationism, Mental Health, and Therapeutic Outcome. In: *Psychotherapy - Journal of the Division of Psychotherapy*, Washington, DC, American Psychological Association, v.34, n.2: 107-114, Summer 1997.

GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.

GIANOTTI, J. A. *Origens da Dialética do Trabalho: Estudos sobre a Lógica do Velho Marx*. Porto Alegre, L &PM Editores, 1985.

- GIANNOTI, J. A. . Moralidade Pública e Moralidade Privada. In: NOVAES A.(org.) *Ética*. São Paulo, Cia. das Letras/Secretaria Municipal de Cultura, 1992.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1974.
- \_\_\_\_\_. *Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
- GONDAR, J. DE O. O Trabalho como Objeto Histórico. In: *Cadernos do NUPSO*. Rio de Janeiro, Colônia Juliano Moreira, Jan-Jun/89, Ano 2, nº3, p. 20-32.
- GRINBERG, L.& GRINBERG,R. *Identidad y Cambio*. Buenos Aires, Ed. Kargieman, 1971.
- GROHOL, J. M. *Why Managed Care Hurts You*. Carta aberta enviada pela Internet, 21 jul. 1995.
- GUARESCHI, P. A. & GRISCI, C. L. I. *A Fala do Trabalhador*. Petrópolis - RJ, Vozes, 1993.
- GUIMARÃES, A. S. et alli *Imagens e Identidades do Trabalho*. São Paulo, Hucitec, 1995.
- GUIMARÃES, M. A .C. & PODKAMENI, A . B. (organizadores) *Winnicott: 100 anos de um analista criativo*. Rio de Janeiro, NAU, 1997.(Prefácio)
- HUBERMAN, L. *História da Riqueza do Homem*. 17ª ed., Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981.
- JABLONSKI, M. C. G. Consumo, Logo Existo: Um Estudo Psicanalítico sobre os Modismos das Novelas de Televisão. In: FIGUEIRA, S. A.(org.) *A Palavra e o Silêncio: Construção do Saber Psicanalítico na Universidade*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993.
- KAËS, R. (org.) *A Instituição e as Instituições: Estudos Psicanalíticos*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991.

- KAHTUNI, H. C. *Psicoterapia Breve Psicanalítica: Compreensão e Cuidados da Alma*. São Paulo, Escuta, 1996.
- LAPLANCHE, J. *Novos Fundamentos para a Psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes, 1992.
- LASCH, C. *A Cultura do Narcisismo*. Rio De Janeiro, Imago, 1983.
- \_\_\_\_\_. *Mínimo Eu: Sobrevivência Psíquica em Tempos Difíceis*. São Paulo, Brasiliense, 1987.
- LAURELL, A. C. Saúde e Trabalho: Os Enfoques Teóricos. In: NUNES, D. E. (org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas*. Brasília, OPAS, 1985.
- LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde*. São Paulo, Hucitec, 1987.
- LEÃO, G. S. et alli. *Uma Questão Social no Atendimento Psicanalítico: O Convênio*. In: Circular do Círculo Psicanalítico de Pernambuco. Ano IV, v.11: 50-52, Abr.1995.
- LÉVY-LEBOYER, C. *Psychologie des Organisations*. Paris, P.U.F., 1974.
- LEWIN, K. *Problemas de Dinâmica de Grupo*. São Paulo, Cultrix, 1978.
- LOPES, J. S. L. et alli. *Cultura e Identidade Operária: Aspectos da Cultura de Classe Trabalhadora*. Rio de Janeiro, UFRJ/Museu Nacional/Marco Zero/PROED, 1987.
- LOYOLA, C. M. D. *Os Doce(l)s Corpos do Hospital: As Enfermeiras e o Poder Institucional na Estrutura Hospitalar*. Rio de Janeiro, UFRJ, 1987.
- LUNA, D. O Dinheiro no Enquadramento Psicanalítico. In: *Psicanalítica*. Rev. do Círculo Psicanalítico de PE, Ano III, v.3:19-32, Dez. 1995.



- MABILDE, L. C. O psicanalista: Um artífice e os limites de sua identidade. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, Lis Gráfica e Editora, v.29, nº 3:501-507, 1995.
- MACHADO, L. M. K. O psicanalista: Um artífice e os limites de sua identidade. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, Lis Gráfica e Editora, v.29, nº 3:489-499, 1995.
- MAJOR, R. Convocação Para os Estados Gerais da Psicanálise. In: *Circulando Notícias - Boletim interno do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, novembro: 21-23, 1997.
- MARIA, C. & VENTURA, Z. Um Valor que não está no Poder. In: *Jornal do Brasil*. Caderno Idéias, P.8/9, Rio de Janeiro, 11/7/92.
- MARTINS, F. *Nome Próprio: Da Gênese do Eu ao Reconhecimento do Outro*. Brasília-D.F., Ed. UNB, 1991.
- MATTOS, A.G. O Mal Estar nas Organizações. In: ENRIQUEZ, E. *Mal Estar nas Organizações*. Recife, Macroplan, 1990.
- MATTOS, J. A. J. de Análise Concentrada: Três Décadas de Experiência. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, Lis gráfica e Editora, v.30, nº 2:365-384.
- MELLO, J. B. de S. O psicanalista: Um artífice e os limites de sua identidade. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, Lis Gráfica e Editora, v.29, nº 3:465-480, 1995.
- MENUCCI, D. L. *A Temporalidade na Instituição Psiquiátrica: Compulsão a Repetição ou Repetição Compulsória?* Rio De Janeiro, PUC/RJ, 1986 (Tese de Mestrado em Psicologia)

- MERANI, A. *Psicologia e Alienação*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.
- MINAYO, M<sup>a</sup> C. de S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo - Rio de Janeiro, Hucitec - Abrasco, 1994.
- MOFFATT, A. *Terapia de Crise: Teoria Temporal do Psiquismo*. São Paulo, Cortez, 1982.
- MORAES, J. O. F. de O psicanalista: Um artífice e os limites de sua identidade. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, Lis Gráfica e Editora, v.29, nº 3: 517-522, 1995.
- MOREIRA, M. I. C. *Gravidez e Identidade do Casal*. Rio de Janeiro, Record/Rosa dos tempos, 1997.
- MOURA, A. L. F. Processo de Trabalho e Saúde: Algumas Contribuições Teóricas. In: *Psicologia & Práticas Sociais*, Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia - Centro de Humanidades da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, v.2, n.1: 99-134, 1994/1995
- NASIO, J. D. *Lições sobre os 7 Conceitos Cruciais da Psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1992.
- NEGREIROS, T. C. de G. M. *Qualidade de Vida e Trabalho: A Importância da Relação Homem/Mulher*. Série Estudos Especiais de Administração, Módulo 2. Rio de Janeiro, SENAC/DN/DIPLAN, 1994.
- NICOLACI-DA-COSTA, A. M. *Sujeito e Cotidiano*. Rio de Janeiro, Campus, 1987.
- NOGUEIRA, R. P. Pessoal de Saúde: a Discussão Teórica e a Produção Científica sobre o Tema. In: NUNES, D. E. (org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas*. Brasília, OPAS, 1985.

- NOVAES, A. (org.) *Ética*. São Paulo, Cia. das Letras/Secretaria Municipal de Cultura, 1992.
- OFFE, C. et alli *Trabalho e Sociedade: Problemas Estruturais e Perspectivas para o Futuro da 'Sociedade do Trabalho'*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.
- OLIVEIRA, C. R. DE *História do Trabalho*. São Paulo, Ática, 1987.
- PACHECO, F. O psicanalista: Um artífice e os limites de sua identidade. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, Lis Gráfica e Editora, v.29, nº 3:533-545, 1995.
- PÊCHEUX, M. *O discurso: Estrutura ou Acontecimento*. Campinas, SP. Pontes, 1990.
- PEREIRA, W. C. C.(org.) *Adoecer Psíquico do Proletariado*. Belo Horizonte, SEGRAC, 1990.
- PERRUSI, A. *Imagens da Loucura: Representação Social da Doença Mental na Psiquiatria*. São Paulo, Cortez; Recife, Editora da Universidade Federal de Pernambuco, 1995.
- PINSKY, J. *O Modo de Produção Feudal*. São Paulo, Brasiliense, 1979.
- PITTA, A. *Hospital: Dor e Morte como Ofício*. São Paulo, Hucitec, 1991.
- \_\_\_\_\_. Saúde Mental e Trabalho: A Saúde de Quem Trabalha em Saúde. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 41 (1) : 43-50, Rio de Janeiro, 1992.
- QUINET, A. *As 4 + 1 Condições de Análise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1991.
- RANGEL, V. *Considerações sobre o Alcance Terapêutico de um Grupo com Pacientes Hipertensos num Hospital Geral*. Mimeo. Tema Livre Apresentado no VI Congresso Nacional de Grupoterapia - Abpag, Rio, 1988.
- REICH, W. *O que é a Consciência de Classe?* São Paulo, Martins Fontes, 1976.

REVISTA BRASILEIRA DE HISTÓRIA (ANPUH) São Paulo, Marco Zero, 6, nº 11- Set. de 1985/ Fev. de 1986.

RIBEIRO, H. P. *O Hospital: História e Crise*. São Paulo, Cortez, 1993.

ROCHA, J. B. O psicanalista: Um artifice e os limites de sua identidade. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, Lis Gráfica e Editora, v.29, nº 3:441-451, 1995.

SÁ, C.P.DE *Sobre o Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SANTOS, M. DE F. DE S. *Identidade e Aposentadoria*. São Paulo, E.P.U., 1990.

SCHWARTZ, J. Meaning vs. Medical Necessity: Can Psychoanalytic Treatments Exist In a Managed Care World? In: *Psychotherapy - Journal of the Division of Psychotherapy*, Washington, DC, American Psychological Association, v.34, n.2: 115-123, Summer 1997.

SEYFERTH, G. Identidade, Território, Pertencimento. In: *Psicologia & Práticas Sociais*, Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia - Centro de Humanidades da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, v.2, n.1: 57-71, 1994/1995

SILVA, E. S. A Sociabilidade Como Questão em Saúde Mental do Trabalho. In: SILVA FILHO, J. F. & RUSSO, J. A.(orgs.) *Duzentos Anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/Ed.UFRJ, 1993.

SILVA FILHO, J. F. & RUSSO, J. A.(orgs.) *Duzentos Anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/Ed. UFRJ, 1993.

SIQUEIRA, E. S. de Crise Financeira e Enquadramento Psicanalítico. In: *Psicanalítica*. Rev. do Círculo Psicanalítico de PE., Ano III, v.3: 33-44, Dez.1995.

- SOUZA, A. M. de A. A Enfermagem: Análise das Principais Pesquisas e seus Problemas. In: NUNES, D. E. (org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas*. Brasília, OPAS, 1985.
- SOUZA, E. M. do C. D. de O Dinheiro e a Psicanálise. In: MOURA, M. D. de(org.) *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro, Revinter, 1996.
- SUPER, D. E. *Psicologia de la Vida Professional*. Madrid, Ed. Rialp, 1962.
- VELHO, G. *Individualismo e Cultura*. 2ª ed., Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1987.
- VENEU, M. G. Representações do Funcionário Público. In: *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, vol. 24, n.1, nov.1989/jan.1990.
- VROOM, V. H. *Work And Motivation*. New York, John Wiley & Sons,1964.
- WINNICOTT, D.W. *Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

**BIBLIOGRAFIA**

- ABRAHÃO, J. I. Saúde e Trabalho. In: II Congresso de Psicologia. São Paulo, 1991. Anais. São Paulo, Oboré, 1992, 87-102.
- AMARAL, L. A. Identidade e Cidadania: a questão da diferença. *Psicologia em Estudo*. Universidade Estadual de Maringá. v.2, n.1 : 101-106, Maringá, 1997.
- ANDRADE, V. M. Superego, Narcisismo e Cultura. Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psicanálise*. vol. XXX (2): 385-405.
- ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE. *Como terminam as análises*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1995.
- BIANCHI, H. *O Eu e o Tempo: psicanálise do tempo e do envelhecimento*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1993.
- BIRMAN, J et alli. *Transferência e Interpretação*. Rio de Janeiro, Campus, 1982.
- BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. *O Objeto na teoria e na prática psicanalítica*. Rio de Janeiro, Campus, 1984.
- BIRMAN, J. *A Constituição da Psicanálise. 2ª Parte. Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1991.
- \_\_\_\_\_. Um Futuro para a Psicanálise? sobre a Psicanálise no século XXI. Rio de Janeiro, UERJ/ IMS. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, (73),1993.
- \_\_\_\_\_. Estranhas Passagens, entre Estesia e Alteridade: sobre a problemática do sujeito no discurso freudiano. *Cadernos de Subjetividade*. Núcleo e Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, v.1.,1993,211-242.

- BLEICHMAR & BLEICHMAR. *A Psicanálise depois de Freud: teoria e clínica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- BOECHAT, A. T. *Teoria do Setting Psicoterápico*. Rio de Janeiro, 1988. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- BRAIER, E. A. *Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*. São Paulo, Martins Fontes, 1986.
- BRAZIL, H. V. *Psicanálise, Psicoterapias e o Significante da Transferência*. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, Ano 11, n. 1: 12-17, 1988.
- CASTRO, J. D. de. *A Teoria de Mercado Tradicional e Saúde*. *Saúde*. Revista do NIPESC. Porto Alegre, n.1: 109-116, 1996.
- CODO, W. et alli. *Indivíduo, Trabalho e Sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. 2ª ed., Petrópolis, Vozes, 1997.
- COIMBRA, C. Mª B. *A divisão social do trabalho e os especialismos técnico-científicos*. *Revista do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense*, Rio de Janeiro, Ano II, n.2, v.1: 9-15, 1º Sem. 1990.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO. *Uma Profissão Chamada Psicologia - CRP-06, 20 anos*. São Paulo, 1994.
- COSTA, Mª do C. V. V. da. *Auto-Estima: construção de um instrumento de medida e sua utilização numa pesquisa com servidores públicos federais*. Rio de Janeiro, 1978. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

COSTA, J. F. et alli. A importância do contexto social na psicoterapia. *Psicologia, Ciência e Profissão*. Brasília, ano 9, v. 2: 5-11, 1989.

COSTA, J. F. Um país que dissolve por dentro. *Cadernos CRP-06: Entrevistas*. São Paulo, 19-23, out. 1991.

\_\_\_\_ (org.) *Redescrições da Psicanálise: ensaios pragmáticos*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.

COTTET, S. *Freud y el deseo del psicoanalista*. Buenos Aires, Editorial Hacia el Tercer Encuentro Del Campo Freudiano, 1984.

DAVID, P. *La Sesión de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Gedisa-Celtia, 1983.

DIDIER-WEILL, A. (org.) *Fim de uma análise, finalidades da Psicanálise*. Colóquio na Sorbonne, 18 a 24 mai. 1987. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1993.

DEJOURS, C. Normalidade, Trabalho e Cidadania. *Cadernos CRP-06: Entrevistas*. São Paulo, 13-17, out. 1991.

\_\_\_\_ et alli. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo, Atlas, 1994.

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado com linguagem*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

ENRIQUEZ, E. *Da Horda ao estado: psicanálise do vínculo social*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1990.

\_\_\_\_. *A Organização em análise*. Petrópolis, Vozes, 1997.



- ESCOLA LACANIANA DE PSICANÁLISE. *A direção da cura e o tempo lógico*. Trabalhos apresentados no VI Encontro do Campo Matêmico, Rio de Janeiro, 10 à 12 jun., 1994.
- ETCHEGOYEN, R. H. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
- FEDIDA, P. *Clínica Psicanalítica: estudos*. São Paulo. Escuta, 1988.
- FIGUEIRA, S. A. et alli. *Interpretação: sobre o método da psicanálise*. Rio de Janeiro, Imago, 1989.
- \_\_\_\_\_. *Nos bastidores da Psicanálise: sobre política, história, estrutura e dinâmica do campo psicanalítico*. Rio de Janeiro, Imago, 1991.
- FIGUEIREDO, L.C. *Temporalidade e narratividade nos processos de subjetivação da clínica psicanalítica*. Conferência apresentada ao XXVI Congresso Interamericano de Psicologia, São Paulo, 06 a 11 jul. 1997.
- FIORINI, H. J. *Desenvolvimentos em psicoterapias*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.
- \_\_\_\_\_. *Estruturas e abordagens em psicoterapias*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1986.
- \_\_\_\_\_. *Teoria e Técnica de psicoterapia*. 5ª ed., Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993.
- FORBES, J. *Psicanálise ou Psicoterapia*. Campinas, Papirus, 1997.
- FURTADO, O. *Da consciência crítica e da consciência fragmentada: um estudo sobre a consciência operária*. Revista da Faculdade de Psicologia da PUC-SP. n. 3 : 11-21, nov. 1996.
- GABRIEL, J. R. *Saúde Mental e Aposentadoria*. São Bernardo do Campo, 1984. Dissertação (Mestrado). Instituto Metodista de Ensino Superior.

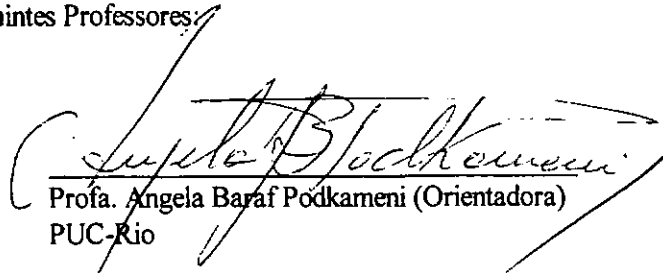
- GILLIÉRON, E. *As psicoterapias breves*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1986.
- \_\_\_\_\_. *Introdução às psicoterapias breves*. São Paulo, Martins Fontes, 1993.
- \_\_\_\_\_. *A primeira entrevista em psicoterapia*. São Paulo, Loyola, 1996.
- GUIMARÃES, N. de A. *A prática da psicologia clínica em questão: considerações sobre a inserção social do psicólogo clínico*. Rio de Janeiro, 1982. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- GUIRADO, M. Transferências e Transferências. *Psicologia, Ciência e Profissão*. Brasília, Ano 12, n.2: 16-23, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Psicanálise e Análise do Discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico*. São Paulo, Summus, 1995.
- GONDAR, J. *Os tempos de Freud*. Rio de Janeiro, Reviter, 1995.
- HERRMANN, F. *Andaimos do Real: livro primeiro. O método da Psicanálise*. 2ª ed., São Paulo, Brasiliense, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Clínica Psicanalítica: a arte da interpretação*. 2ª ed., São Paulo, Brasiliense, 1993.
- JACCARD, P. *Psicossociologia do trabalho*. Lisboa, Moraes Editores, 1969.
- KAES, R. *A Instituição e as Instituições*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994.
- KATZ, C. S. Saúde Mental e Saúde Pública. In: II Congresso de Psicologia. São Paulo, 1991. Anais. São Paulo, Oboré, 1992, 103-127.
- KEITA, G.P. & SAUTER, S.L. *Work and Well-Being: na agenda for the 1990s*. American Psychological Association, Washington, 1993.
- KNOBEL, M. *Psicoterapia Breve*. São Paulo, E.P.U., 1986.


- LACAN, J. *O Seminário. Livro I. Os escritos técnicos de Freud*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1986.
- \_\_\_\_\_. *O Seminário. Livro 2. O Eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1987.
- \_\_\_\_\_. *O Seminário. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1988.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes, 1991.
- LEMGRUBER, V. *Psicoterapia Breve: a técnica focal*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
- \_\_\_\_\_. *Psicoterapia Focal: O efeito carambola*. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Psicoterapia Breve Integrada*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- LEVY, A. et alli. *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis, Vozes, 1994.
- LIBERMAN, D. *A comunicação em Psicanálise*. Rio de Janeiro, Campus, 1980.
- LOWAN, R. L. *Counseling and Psychotherapy of Work Dysfunctions*. American Psychological Association, Washington, 1993.
- MANNONI, M. *Um saber que não se sabe: a experiência analítica*. Campinas, Papirus, 1989.
- MOSCOVITZ, J. J. & GRANCHER, P. *Para que serve uma análise? Conversas Com Um Psicanalista*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1991.
- MUSZKAT, M. *Consciência e Identidade*. São Paulo, Ática, 1986.
- MARTIN, P. *Dinheiro e Psicanálise*. Rio de Janeiro, Revinter, 1997.
- NARDI, H. C. As formações discursivas e as relações entre medicina do trabalho e saúde do trabalhador. *Saúde. Revista do NIPESC*. Porto Alegre, n.1: 19-28, 1996.

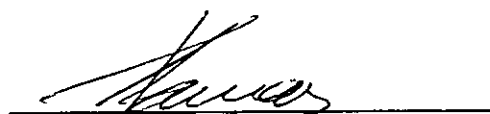
- OLIVEIRA, C. R. de. *História do trabalho*. São Paulo, Ática, 1987.
- PÉREZ-RAMOS, J. *Satisfação no trabalho: metas e tendências*. São Paulo, 1980. Tese (Livre-Docência) Instituto de Letras, História e Psicologia de Assis. Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho.
- PILLA, M<sup>a</sup> L. D. A ausência e o tempo no setting analítico – uma questão. *Cadernos de Psicanálise :Impasses da Clínica Psicanalítica*. Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro, Barrister's Editora Ltda, Ano 1 n. 1, Rio de Janeiro, 1982, 99-108.
- PONCZEK, I. S. *Transposição de aspectos da técnica psicanalítica para ambulatórios de instituições psiquiátricas – questionamentos e proposições*. Rio de Janeiro, 1980. Tese (mestrado). Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- POULICHET, S. Le. *O tempo na Psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1996.
- QUINODOZ, JM. *A solidão domesticada: a angústia de separação em psicanálise*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- RACKER, H. *Estudos sobre a técnica psicanalítica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- RAPPAPORT, C. R. et alli. *Psicanálise: introdução à práxis em Freud e Lacan*. São Paulo, E. P. U., 1992.
- REGO, R. A. *Trabalho e Saúde: contribuição para uma abordagem abrangente*. São Paulo, 1987. (Dissertação). Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de São Paulo.
- ROSEMBERG, F. Afinal, Por que somos tantas psicólogas? *Psicologia, Ciência e Profissão*. Ano 4 n.1 : 6-12, 1984.


- SAFOUAN, M. et alli. *O mal-estar na Psicanálise: o terceiro na instituição e a análise de controle*. Campinas, Papirus, 1996.
- SALGADO, A. V. Quando o pagamento torna-se um impasse. *Cadernos de Psicanálise: Impasses da Clínica Psicanalítica*. Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro, Barrister's Editora Ltda, Ano 1 n. 1, Rio de Janeiro, 1982, 109-111
- SANDLER, J. et alli. *O Paciente e o Analista: fundamentos do processo psicanalítico*. 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago, 1980.
- SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro, Ed. UFRJ-Cortez, 1994.
- SETAJNBERG, R. Identidade e Falso Self Profissional – função da supervisão. *Cadernos de Psicanálise: a transmissão da psicanálise*. Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro, Barrister's Editora Ltda, ano 8 n. 11, Rio de Janeiro, 1982, 15-19.
- STEIN, C. *O Psicanalista e seu ofício*. São Paulo, Escuta, 1988.
- SZCZUPAK, S. *O Xadrez Psicanalítico: início e final de análise em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1991.
- TITTONI, J. & NARDI, H.C. Relações saber-poder na discussão sobre subjetividade e trabalho: um estudo com trabalhadores afastados por adoecimento profissional. *Saúde Coletiva. Cadernos de Sociologia*. Porto Alegre, v.7:151-156.
- ZIMMERMANN, D. *Relações da Psicanálise: com analistas didatas, instituições e pacientes*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.


Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pelo aluno, Daniel Lins Menucci intitulada "O Trabalho no Divã: Os Convênios de Saúde e a Prática Psicanalítica", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:

  
Prof. Angela Baraf Podkameni (Orientadora)  
PUC-Rio


  
Prof. Esther Maria de Magalhães Arantes  
PUC-Rio

  
Prof. Francisco Ramos de Farias  
UERJ

  
Prof. Leticia Martins Balti  
UFF

  
Prof. Maria Euchares de Senna Motta  
PUC/Rio

Visto e permitida a impressão  
Rio de Janeiro, 21/9/ 98.

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