



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

KYSSIA MARCELLE CALHEIROS SANTOS

A TRAMA DE POSIÇÕES NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE PSICOLOGIA E O
ENTRECRUZAMENTO DE DEMANDAS DOS/AS USUÁRIOS/AS,
ESTAGIÁRIOS/AS, SUPERVISORES/AS E INSTITUIÇÃO: UM ESTUDO
PSICANALÍTICO

Recife

2024

KYSSIA MARCELLE CALHEIROS SANTOS

**A TRAMA DE POSIÇÕES NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE PSICOLOGIA E O
ENTRECRUZAMENTO DE DEMANDAS DOS/AS USUÁRIOS/AS,
ESTAGIÁRIOS/AS, SUPERVISORES/AS E INSTITUIÇÃO: UM ESTUDO
PSICANALÍTICO**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco e à banca examinadora, na linha de pesquisa Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, como requisito para obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Cristina Monteiro de Barros.

Recife

2024

S237t Santos, Kyssia Marcelle Calheiros.
A trama de posições na clínica universitária de psicologia e o entrecruzamento de demandas dos/as usuários/as, estagiários/as, supervisores/as e instituição: um estudo psicanalítico / Kyssia Marcelle Calheiros Santos, 2024.
189 f. : il.

Orientadora: Paula Cristina Monteiro de Barros.
Tese (Doutorado) – Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Doutorado em Psicologia Clínica, 2024.

1. Psicanálise. 2. Estudantes de psicologia.
3. Psicologia clínica. 4. Estudantes universitários.
5. Doentes mentais - Cuidado e tratamento. I. Título.

CDU 159.964.2

Luciana Vidal - CRB-4/1338

KYSSIA MARCELLE CALHEIROS SANTOS

A TRAMA DE POSIÇÕES NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE PSICOLOGIA E O
ENTRECruzAMENTO DE DEMANDAS DOS/AS USUÁRIOS/AS, ESTAGIÁRIOS/AS,
SUPERVISORES/AS E INSTITUIÇÃO: UM ESTUDO PSICANALÍTICO

BANCA EXAMINADORA

Paula Barros

Profª. Dra. Paula Cristina Monteiro de Barros (UNICAP)- Orientadora

gov.br

Documento assinado digitalmente
IVO DE ANDRADE LIMA FILHO
Data: 10/07/2024 21:09:15 -0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Ivo de Andrade Lima Filho (UFPE) – Examinador Externo

Susane Vasconcelos Zanotti

Profa. Dra. Susane Vasconcelos Zanotti (UFAL) – Examinadora Externa

Edineide Maria da Silva

Profa. Dra. Edineide Maria da Silva (UNICAP) – Examinadora Interna

Edilene Freire de Queiroz

Profa. Dra. Edilene Freire de Queiroz (UNICAP) – Examinadora Interna

Recife

2024

Ao meu filho, Matheus. Por seu amor e lindos sorrisos que me abasteceram nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Nesta caminhada, repleta de desafios e felizes encontros, agradeço especialmente à minha orientadora, Profa. Dra. Paula Cristina Monteiro de Barros, pela acolhida, por sua aposta e por me auxiliar na construção e na sustentação deste estudo, de uma forma muito cuidadosa e respeitosa.

À banca examinadora deste trabalho, à Profa. Dra. Susane Zanotti, que acompanha minha trajetória acadêmica há certo tempo, com quem tanto aprendo, e que se fez presente neste estudo, em diversos momentos, além do grande apoio na pesquisa de campo realizada; à Profa. Edilene de Queiroz, pelo conhecimento compartilhado, pela sua disponibilidade e pelas significativas contribuições na estruturação desta tese; ao Prof. Dr. Ivo de Andrade e à Profa. Dra. Edineide da Silva, cujos olhares trouxeram questionamentos e contribuições importantes.

Aos/Às supervisores/as e estagiários/as, que aceitaram a participação na pesquisa de campo, trazendo falas muito relevantes a respeito das posições que ocupam. Eles/as possibilitaram a elaboração de algumas questões, que atravessam o trabalho na clínica universitária, culminando em novas reflexões e demarcando, assim, a importância do estudo desta temática para futuras investigações.

Aos/Às colegas do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica (PPGSI) da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), que, em meio às mudanças abruptas, decorrentes da Pandemia da COVID-19, além de buscarmos sobreviver junto aos/às nossos/as, enfrentamos as contingências de um curso de forma remota, de modo que a presença de cada um/a era sentida como um afago e a partilha de experiências, um sustento.

Às professoras do PPGSI, principalmente à Marisa Amorim, Maria Consuelo Passos, Ana Lúcia Francisco, Maria Cristina Amazonas, Véronique Donard, por transmitirem em suas aulas uma psicologia clínica em construção.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos nos últimos meses do curso.

À Profa. Dra. Adélia Augusta que, quando diretora do Instituto de Psicologia (IP) da UFAL, registrou na avaliação institucional “indico o doutoramento da servidora”. Muito obrigada por esse incentivo, antes mesmo da minha chegada a esta decisão.

Aos/às diretores/as do IP da UFAL, que permitiram o afastamento das minhas atividades, enquanto técnica, para realização do Doutorado no tempo solicitado, além da autorização, junto à coordenação do SPA, para a realização da pesquisa de campo.

Ao Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), meu espaço de trabalho, cuja Clínica Psicológica tanto me causa e me move nos estudos e pesquisas. Aos/Às psicólogos/as e técnicos/as do SPA, Flávio do Nascimento (*in memorian*), Lucélia Gomes e Everton Calado, pelo suporte ao serviço durante o meu afastamento e por todo apoio neste estudo. Muito obrigada pelas nossas trocas e diálogos na busca da consolidação desse serviço, enquanto um potente espaço de formação e de assistência. Aos/às estagiários/as do SPA, por tantos ensinamentos, pela dedicação e compromisso com esse espaço. Aos/Às supervisores/as docentes do SPA, pelo trabalho que juntos realizamos e pela divulgação desta pesquisa e convite aos/às estagiários/as participantes.

À Profa. Dra. Heliane Leitão, por sua vasta experiência universitária e atenção aos/às estudantes, bem como pelo conhecimento adquirido através das recentes atividades de estágio, ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas conjuntamente.

Aos/Às meus/minhas colegas da Secretaria do IP, pelo cuidado com o/a outro/a e nossa parceria de trabalho há alguns anos.

À Lorena Amaral, que me auxiliou nas transcrições e às revisoras deste trabalho, Josemeire Caetano e Wilma Valéria.

A Deus, que tanto me fortaleceu nessa caminhada.

A minha família, especialmente ao meu filho Matheus, que nasceu no decorrer desta pesquisa, trazendo muitas felicidades e responsabilidades, de modo que essa escrita foi acompanhada por sua presença, seja em meus pensamentos e sentimentos, seja via sons e imagens na câmera. A toda minha rede de apoio nos cuidados com Matheus. Aos meus pais, minhas maiores referências de vida, por todo amor, carinho, incentivo e aposta. Ao meu esposo, pelo seu abraço e amor em momentos tão fundamentais. Às minhas irMÃEs, pela nossa união, amparo e por todo cuidado. Às minhas sobrinhas e ao meu sobrinho, pelo potencial criativo, pela alegria e leveza que transmitem.

Aos/Às meus/minhas amigos/as, especialmente as da minha infância, pela nossa amizade verdadeira e o nosso companheirismo.

À Vera Barbosa, pela escuta e presença viva durante todo esse percurso.

“Senhores: como sabem, nunca vangloriamos da inteireza e do acabamento definitivo de nosso conhecimento e de nossa capacidade. Estamos tão prontos agora, como o estávamos antes, a admitir as imperfeições da nossa compreensão, a aprender novas coisas e a alterar os nossos métodos de qualquer forma que os possa melhorar.” (Sigmund Freud)

“Quem somos nós, quem é cada um de nós senão uma combinatória de experiências, de informações, de leituras, de imaginações? Cada vida é uma enciclopédia, uma biblioteca, um inventário de objetos, uma amostragem de estilos, onde tudo pode ser continuamente remexido e reordenado de todas as maneiras possíveis.”

(Italo Calvino)

RESUMO

No âmbito de uma clínica universitária de psicologia, assim como os/as usuários/as relatam suas queixas e as endereçam ao/à estagiário/a-terapeuta e/ou à instituição universitária, os/as estagiários/as também endereçam demandas que atravessam a sua formação e a prática clínica. Frente aos acompanhamentos que são realizados, a permanência prolongada de alguns casos no serviço por anos, chamou-nos a atenção. Assim, para além dos casos em que o prolongamento se faz necessário, o que a permanência estendida de alguns/algumas pacientes no serviço poderia indicar? Considerando as especificidades da clínica universitária, esta pesquisa teve como objetivo geral problematizar a permanência prolongada de alguns/algumas pacientes em clínicas universitárias e os impasses na construção de demandas, considerando o jogo de posições ocupadas por seus/suas integrantes - usuários/as, estagiários/as, supervisores/as e instituição. No que concerne ao procedimento metodológico, foi realizada uma pesquisa em psicanálise, fundamentando-se principalmente nos estudos freudianos e lacanianos acerca das noções de demanda, transferência, endereçamento e tratamento. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com supervisores/as de serviços-escola e grupos de conversação com estagiários/as-terapeutas, de modo que os discursos e narrativas foram agrupados em temas-eixo e analisados à luz do método de interpretação da psicanálise. Dada a complexidade que perpassa o dispositivo de escuta ofertado nesses serviços, que conjugam, a um só tempo, um espaço de acolhimento para pessoas que demandam tratamento e falam de seus sofrimentos e um espaço de formação acadêmico-clínica para os/as estagiários/as, ressaltamos a relevância de se pensar nos fios que se cruzam transversalmente, compondo a tecitura da clínica universitária. Longe de definirmos qual seria o tempo ideal de um acompanhamento, sustentamos que a noção de cronificação de tratamento não se restringe à questão do tempo, mas está relacionada com os diversos aspectos que perpassam o tratamento e que podem dificultar, por vezes, o surgimento da dialética própria da demanda. Ao final deste estudo, propomos a construção do caso clínico como um importante dispositivo a ser instituído nas clínicas-escola, visto que a sua escrita poderá ser um suporte na identificação das transferências, das contingências e da singularidade de cada caso, em meio ao jogo de posições ao entrecruzamento das demandas de formação e de assistência que tangenciam cada tratamento.

Palavras-chave: queixa, demanda, clínica-escola; cronificação, psicanálise.

ABSTRACT

In a university psychology clinic, just as the users complain to the interns/therapists and/or the institution, the interns also address the demands that cross their training and clinical practice. Considering the follow-ups enacted, the prolonged persistence of some cases caught our attention. Besides the cases in which this extension is needed, what can indicate the prolonged permanence of some patients? Due to the specificities of the university clinic, this research sought to question the prolonged permanence of some patients in these spaces and the impasses in building demands, taking into account the position game established by its players—users, interns, supervisors, and the institution. We held a psychoanalysis research, mainly grounded in Freudian and Lacanian studies on demand, transfer, addressing, and treatment. We conducted semistructured interviews with service-school supervisors and conversation groups with interns-therapists. The discourses and narratives were grouped into thematic axes and analyzed through the psychoanalysis interpretation method. Given the complexity that permeates the listening device offered in these services, which simultaneously merge a space to welcome people who need treatment and talk about their suffering and a space of clinic-academic training for interns, we highlight the relevance of considering the transversally crossed threads that make up the tissue of a university clinic. Far from defining an ideal follow-up time, we believe that the notion of treatment chronification is not restricted to time but is related to several aspects that permeate the treatment and that can sometimes hamper the emergence of the typical dialectics of demand. At the end of this study, we propose the construction of clinical cases as an important device to be implemented in university clinics, considering that it can help identify the transfers, contingencies, and singularities of each case amidst the position game when intercrossing the formation and assistance demands that cross each treatment.

Keywords: complaint, demand, university clinic, chronification, psychoanalysis.

RESUMEN

En el ámbito de una clínica universitaria de psicología, así como los usuarios relatan sus quejas y las direccionan al becario, terapeuta o a la institución universitaria, los becarios también direccionan demandas que cruzan su formación y la práctica clínica. Ante a los acompañamientos que son realizados, la permanencia alargada de algunos casos en el servicio por años, nos llamó la atención. Así, además de los casos donde el alargamiento se hace necesario, ¿qué nos indica la permanencia extendida de algunos pacientes en el servicio? Considerando las especificidades de la clínica universitaria, esta investigación tuvo como objetivo general problematizar la permanencia alargada de algunos pacientes en clínicas universitarias y los problemas en la construcción de demandas, considerando el juego de posiciones ocupadas por sus integrantes – usuarios, becarios, supervisores e institución. Sobre el procedimiento metodológico, fue realizada una investigación en psicoanálisis, fundamentándose principalmente en los estudios freudianos y lacanianos sobre las nociones de demanda, transferencia, direccionamiento y tratamiento. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con supervisores de servicios-escuela y grupos de conversación con becarios-terapeutas, de manera que los discursos y narrativas fueron agrupados en temas-eje y analizados a la luz del método de interpretación del psicoanálisis. Dada la complejidad que pasa por el dispositivo de escucha ofertado en estos servicios, que conjugan, a un solo tiempo, un espacio de acogida para personas que demandan tratamiento y hablan de sus sufrimientos y un espacio de formación académico-clínico para los becarios, resaltamos la relevancia de pensar en los hilos que se cruzan transversalmente, componiendo la tesitura de la clínica universitaria. Lejos de definir cuál sería el tiempo ideal de un acompañamiento, sostuvimos que la noción de cronificación de tratamiento no se restringe a la cuestión del tiempo, pero está relacionada con los diversos aspectos que pasan por el tratamiento y que pueden dificultar, por veces, el surgimiento de la dialéctica propia de la demanda. Al final de este estudio, proponemos la construcción del caso clínico como un importante dispositivo a ser instituido en clínicas-escuela, ya que su escrita podrá ser un soporte en la identificación de las transferencias, de las contingencias y de la singularidad de cada caso, en medio al juego de posiciones al entrecruce de las demandas de formación y de asistencia que tangencian cada tratamiento.

Palabras clave: queja, demanda, clínica-escuela; cronificación, psicoanálisis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Os quatro discursos de Lacan.....	31
Figura 2 - Banda de Moebius.....	755

SUMÁRIO

Introdução	14
1 - Psicanálise na Universidade: para quê e para quem?.....	20
1.1 Desde o início, ela estava lá	20
1.2 A história avança.	25
1.3 A continuidade entre extensão e intensão	26
1.4 Os/as estudantes universitários e a psicanálise: marcas de um encontro	28
1.5 A impossibilidade de tudo saber	30
1.6 A supervisão e sua dimensão singular.....	35
2 – Clínica pública universitária.....	40
2.1 O pronunciamento freudiano.....	40
2.2 Uma nova direção no movimento psicanalítico	44
2.3 Clínica-escola e os atravessamentos da formação e da assistência	488
2.3.1 <i>A dinâmica transferencial</i>	522
2.3.2 <i>Desproporcionalidade entre a demanda e a capacidade de acolhimento</i>	555
2.3.3 <i>Gratuidade</i>	566
2.3.4 <i>Impasses entre o tempo cronológico e o tempo lógico do tratamento</i>	588
3 – Trajetória metodológica	622
3.1 Entrevistas com supervisores/as.....	633
3.1.1 <i>S.C.</i>	644
3.1.2 <i>S.F.</i>	66
3.1.3 <i>S.B.</i>	677
3.1.4 <i>S.L.</i>	688
3.1.5 <i>S.H.</i>	700
3.2 Grupos de conversação.....	711
3.2.1 <i>Convites para participação</i>	733
3.2.2 <i>Grupo I</i>	777
3.2.2.1 <i>Primeiro encontro - Grupo I</i>	777
3.2.2.2 <i>Segundo encontro - Grupo I</i>	788
3.2.2.3 <i>Terceiro encontro - Grupo I</i>	79
3.2.3 <i>Grupo II</i>	79
3.2.3.1 <i>Primeiro encontro - Grupo II</i>	800
3.2.3.2 <i>Segundo encontro - Grupo II</i>	811

3.3 A circulação da palavra	822
4 - Oferta, queixa e demanda de tratamento	855
4.1 Entre queixas e demandas	866
4.2 Cristalização da queixa?	933
4.3 O objeto demandado entre o/a demandante e o/a respondente	1000
5 – O transativismo e o jogo de posições na clínica universitária.....	105
5.1 A dinâmica do transativismo	1066
5.2 De estudante a estagiário/a: uma mudança de posição	109
5.3 Supervisão: “um ponto de segurança”	111
5.4 É uma questão para estudo? Para análise pessoal? Para supervisão?	1166
6 – A trama de posições e a cronificação do tratamento	124
6.1 As diferentes temporalidades e suas repercussões	125
6.2 Tempo do estágio, tempo do paciente: “não adianta querer curto circuitar”	1311
6.3 Finalizar um tratamento: “é muito estranho”	137
6.4 “Você já deve saber”: atendendo um/a paciente encaminhado/a	142
6.5 Encerrar o tratamento ou encaminhar o caso?	1455
6.6 Longa permanência e cronificação do tratamento.....	153
6.7 A construção do caso como um dispositivo clínico	160
Considerações finais.....	167
Referências.....	174
Apêndices	188
Apêndice 1. Roteiro para entrevista semiestruturada com supervisores/as	188
Apêndice 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (supervisores/as) - Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.....	189
Apêndice 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (estudantes) - Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.....	192

Introdução

Esta pesquisa surgiu a partir da experiência como psicóloga em um Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) de uma universidade federal. A minha atuação profissional na Clínica Psicológica deste espaço começou em 2016, com atividades referentes à realização de atendimentos psicológicos, supervisão de campo de estágio, organização e funcionamento do serviço, bem como à participação em projetos de extensão e pesquisa.

Quando estudante do curso de psicologia na mesma instituição, realizei o Estágio Específico (no período de 2009 a 2010) neste serviço, e esse momento também foi marcado por atividades de pesquisa, extensão e produções de trabalhos referentes a essa prática. Apesar de já conhecer um pouco o trabalho desenvolvido, quando iniciei minhas atividades profissionais, diversas mudanças haviam ocorrido no serviço-escola, não só relacionadas ao espaço físico, mas também à dinâmica de seu funcionamento. Fui a primeira técnica lotada no SPA e também estive em sua coordenação durante um período de três anos. Desde então, novas mudanças foram necessárias e, frente às demandas, outras continuam acontecendo. No decorrer desse período, outros/as psicólogos/as vinculados/as à universidade passaram a contribuir com o serviço, atendendo e atuando na clínica e, atualmente, temos mais dois/duas psicólogos/as no quadro de técnicos/as do serviço.

É válido registrar que, apesar de o ponto de partida desta pesquisa ter surgido de uma experiência enquanto técnica, ela também é fruto das demais vivências, as quais impulsionaram e contribuíram para os questionamentos deste estudo. O percurso, enquanto estagiária, psicóloga, supervisora e coordenadora do SPA, possibilitou uma vivência de diferentes posições no contexto da clínica universitária. Essa apresentação inicial se faz importante, pois ter circulado por lugares distintos permitiu-me uma diversidade de experiências e olhares.

Ainda no início deste estudo, mais precisamente, na primeira semana de aula do Programa de Pós-graduação, deparamo-nos com a situação da Pandemia da COVID-19 e, logo em seguida, as aulas foram suspensas. Vivemos um verdadeiro mal-estar e desamparo, atravessado por uma grave crise social, econômica, política e de saúde. Devido à potência transmissora do vírus e à sua capacidade letal, constatou-se o contágio em diversos países e um número muito alto de mortes. As elaborações acerca do que foi vivido ainda estão acontecendo. Os efeitos dessa guerra biológica mundial e repercussões das mais diversas ordens ainda estão sendo recolhidos. A transitoriedade da vida é/foi colocada em cena. De repente, encontramos radicalmente frente a frente com os limites e a finitude que são próprios da vida e da condição humana. A clínica-escola, nosso campo de estudo e pesquisa, precisou enfrentar

ajustes, adequações e invenções. O atendimento *online*, por exemplo, na realidade dos serviços-escola, foi experimentado como uma situação inédita. Ao mesmo tempo, surgiram muitos questionamentos e implicações em torno desta prática. No decorrer da pesquisa, retratamos algumas discussões referentes a esse momento.

A clínica pública universitária possui particularidades e, diante do cenário da rede de saúde pública brasileira, tornou-se mais frequente a busca por assistência psicológica nos serviços-escola. Além da desigualdade entre oferta e demanda, visto que a procura é alta e não condiz com a capacidade de oferta, é recorrente a chegada de pessoas em sofrimento psíquico decorrente de demandas sociais graves. A partir da diversidade de situações sociais contemporâneas, considera-se a dimensão sociopolítica como um aspecto que constitui a clínica, incidindo institucionalmente e reverberando tanto nas queixas apresentadas como na constituição da demanda de tratamento.

Diante de todas as situações clínicas vivenciadas no serviço-escola, uma delas se fez basilar na elaboração desta escrita. Fui acionada por um estagiário para a emissão de uma declaração de acompanhamento para o filho de sua paciente, que já havia sido assistido no serviço há algum tempo. Conversei com esta paciente, que não soube descrever o período e o ano do acompanhamento, de modo que precisei me debruçar sobre as fichas de anos anteriores, já arquivadas, para avaliar o que seria possível emitir. Nessa procura, foram encontradas diversas fichas com nomes de pacientes que, naquele momento, ainda estavam em acompanhamento. As fichas arquivadas de alguns/algumas pacientes revelaram “minimamente” um vínculo antigo com a instituição. O prolongamento de alguns processos, a permanência de alguns/algumas usuários/as no serviço por anos chamou minha atenção.

O encontro com o texto de Ana Costa provocou ressonâncias e questionamentos acerca desse cenário, a partir do qual observei um número razoável de casos em que o tempo do acompanhamento se estende, aliado a uma notória dificuldade na construção de demandas de tratamento. Ao relatar uma experiência em um serviço de atendimento clínico de uma instituição que também visa à formação universitária, a referida autora analisa a frequência de casos de pacientes que reproduzem a mesma queixa durante anos e não encontram “um ponto de parada que defina sua demanda” (Costa, 2006, p.156). Ela denomina essa situação de “cronificação da queixa”, o que muito nos interessou, na medida em que nos remeteu à relação entre a cronicidade e a permanência estendida, para além dos casos em que o prolongamento se faz necessário.

Partimos dessa proposição de Costa (2006) e, à medida que nos deparávamos com a diversidade de aspectos que incidem nos tratamentos, passamos a problematizar não apenas a

queixa em si, mas uma possível *cronificação do tratamento*. Sendo assim, quais fatores podem contribuir para o prolongamento do acompanhamento de alguns casos no serviço, considerando que não se tem como prever e determinar o tempo de cada tratamento, dada a singularidade de um a um? Indagamos como a dinâmica institucional do serviço-escola atravessa o processo terapêutico, sem nos esquecermos de sua natureza formativa, visto ser um espaço que visa tanto à formação do/a estudante quanto à assistência à comunidade.

Considerando os atendimentos ofertados no serviço-escola e a permanência estendida de alguns casos, nossa hipótese foi a *de que a dinâmica institucional, a fixação das posições ocupadas pelos/as seus/suas integrantes e o atravessamento das variadas demandas que a compõem podem provocar uma cronificação do tratamento*. Desse modo, esta pesquisa teve como principal objetivo *problematizar a permanência prolongada de alguns/algumas pacientes em clínicas universitárias e os impasses na construção de demandas, considerando o jogo de posições ocupadas por seus integrantes - usuários/as, estagiários/as, supervisores/as e instituição*. Como objetivos específicos, buscamos compreender as especificidades da clínica institucional universitária, considerando a relação entre psicanálise e universidade; discutir os conceitos de queixa e demanda de tratamento frente ao contexto institucional; discutir o conceito de transitivismo, tomando como referencial as proposições de Jean Bergès e Gabriel Balbo, como recurso para problematizar a trama de posições que envolve os/as usuários/as, estagiários/as, supervisores/as e instituição; e compreender, a partir da escuta a estagiários/as e supervisores/as, o dinamismo da constituição de demandas, considerando os atravessamentos transferenciais implicados na dinâmica institucional.

Sobre o percurso metodológico, partimos da concepção de que, em psicanálise, tratamento e pesquisa coincidem (Freud, 1912a/1969), visto que ocorrem de forma consubstancial, consolidando tanto a teoria como a prática psicanalíticas. Assim, interrogamos sobre o que a experiência da clínica, atravessada pela psicanálise no contexto universitário, revela. Para Calazans e Neves (2010), o método para a pesquisa em psicanálise é a própria clínica, práxis que se estrutura em torno de um não-saber, do que faz tropeço e movimenta o sujeito em busca daquilo que o causa.

Como vimos, as primeiras ideias brotaram dos estudos psicanalíticos e dos tropeços da experiência clínica no contexto da universidade, possibilitando a construção desta tese, cuja metodologia teve na transferência seu eixo estruturante (Elia, 1999). Frente ao objetivo proposto, esta investigação fundamentou-se em pressupostos psicanalíticos, a partir de uma pesquisa de campo, realizada através de entrevistas semiestruturadas (Minayo, 2007) e de grupos de conversação (Miller, 2003). A maior parte das entrevistas e dos grupos aconteceram

de forma remota, através da plataforma *Google Meet*. Esta foi uma ferramenta muito utilizada no contexto pandêmico, de forma que decidimos aproveitá-la na pesquisa, o que possibilitou o acesso a participantes de diferentes localidades e instituições.

A tese está estruturada em seis capítulos, dos quais, na primeira parte, os dois primeiros se dedicam a uma discussão teórico-conceitual sobre as (im)possibilidades e tensionamentos na relação entre psicanálise e universidade, bem como sobre a clínica institucional e as especificidades da clínica pública universitária. Para compreendermos as especificidades da clínica institucional universitária, considerando a relação entre psicanálise e universidade, utilizamos, como principais referências, o texto freudiano acerca da relação entre psicanálise e universidade (Freud, 1919a/1976, 1919/2010); o artigo publicado no mesmo ano em que ele trata de adaptações da técnica psicanalítica, principalmente no que se refere ao tratamento gratuito (Freud, 1919b/1976).

As proposições lacanianas sobre psicanálise pura e aplicada (Lacan, 1971/2003), psicanálise em extensão e intensão (Lacan, 1967/2003), e sobre os quatro discursos (Lacan, 1969-1970/1992) nos auxiliaram na sustentação das possibilidades da prática clínica sob orientação psicanalítica no contexto do estágio, e do que é próprio à formação analítica e que acontece para além deste espaço. Sobre a supervisão, visto ser esta parte do tripé da formação analítica e, no contexto da clínica universitária, uma condição do estágio curricular, baseamos nos principalmente nos estudos de Broide (2017) e Silva (2019).

A obra de Danto (2019), *As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social*, foi uma relevante contribuição no decorrer da nossa discussão. Tomamos como referência o texto de Costa (2006), já citado inicialmente, com sua proposição acerca da cronificação da queixa; assim como o livro de Figueiredo (1997), *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*, no qual são apontadas algumas possibilidades e os limites da clínica psicanalítica no ambulatório público. A partir disso, descrevemos as particularidades da clínica universitária, sustentando, assim, conforme Marcos (2011), um espaço para a formação e a pesquisa, diferindo de uma prática ambulatorial.

Com relação aos atravessamentos transferenciais implicados na dinâmica do serviço-escola, recorreremos ao estudo de Guattari (1976) sobre a concepção de transversalidade. Logo após, apresentamos os diversos aspectos que tangenciam os acompanhamentos, com base, sobretudo, nos estudos de Costa (2006), de Heck e Kessler (2015) e Broide e Ab´Sáber (2017).

Feita essa construção teórica inicial, na segunda parte, composta pelo terceiro capítulo, apresentamos a metodologia desenvolvida na pesquisa de campo, em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas com supervisores/as docentes de diferentes clínicas universitárias

e grupos de conversação com estagiários/as de um serviço-escola. Nesses encontros, seja com os/as supervisores, seja com os/as estudantes, surgiram muitos pontos e impasses que retratam a complexa e dinâmica clínica-escola. A partir dos dados obtidos, definimos a terceira e última parte do trabalho, correspondente aos três capítulos seguintes, nos quais as falas dos/as participantes foram realçadas e seus efeitos foram definidores nas articulações teóricas realizadas na última parte desta tese.

Nesse sentido, frente às leituras flutuantes das transcrições e dos relatos das entrevistas e dos grupos de conversação, destacamos três temáticas principais, que junto ao nosso objetivo, foram realçadas e utilizadas como base para os capítulos seguintes. São elas: queixa e demanda; jogos de posições entre os/as integrantes e a dinâmica do transativismo; e, por fim, as diferentes temporalidades que envolvem o tratamento em uma clínica-escola.

No quarto capítulo, discutimos os conceitos de queixa e demanda de tratamento frente ao contexto institucional, pautando-nos especialmente em algumas contribuições de Lacan (1971/1997, 1957-1958/1999), Aulagnier (1990) e Quinet (2007) e Coutinho Jorge (2017), no que tange ao processo de retificação subjetiva que implica o tratamento analítico. A discussão em torno da construção da demanda nos remeteu às posições que são ocupadas diante de um tratamento, visto que diferentemente de um apelo ou de um pedido de atendimento, implicará sempre em um endereçamento do sujeito ao Outro.

No quinto capítulo, para problematizarmos a trama de posições dos/as usuários/as, estagiários/as, supervisores/as e instituição, e compreendermos o dinamismo da construção de demandas, utilizamos a obra de Bergès e Balbo (2002) sobre o transativismo, no que propõem em termos de um jogo de posições entre mãe e criança. Esta é uma ideia central em nosso estudo, tendo em vista a importância de um dinamismo, próprio da demanda, contrário à ideia de fixação das posições, na constituição da demanda.

Algo que também torna esta clínica particular e se repercute no quesito tratamento é em relação às diferentes temporalidades. A partir das diversas situações clínicas que chegam a estes serviços, junto às variadas condições sociais, problematizamos no Capítulo 6 sobre o tempo de tratamento na clínica-escola. Deste modo, pautamo-nos na noção de atemporalidade do inconsciente proposta por Freud (1900/1972; 1915/1974) e do tempo lógico (Lacan, 1945/1998) que auxiliou nesta investigação, na medida em que as três instâncias temporais, instante do olhar, tempo de compreender e momento de concluir puderam ser articuladas na dinâmica da clínica universitária. O debate, então, foi realizado a partir da definição de tempo para os gregos e da referência do caso freudiano do Homem dos Lobos (Freud, 1918/1976).

Ao final deste capítulo, discutimos a proposta da construção do caso clínico, enquanto um dispositivo clínico para as clínicas-escola. Por retratar a singularidade do caso, além de interrogar a própria teoria psicanalítica, é uma importante prática de orientação e direcionamento de tratamento. Para tanto, utilizamos como principais referências os estudos de Figueiredo (2004), Vigàno (2010), Vorcaro (2010) e de Dunker et al. (2023).

Logo após o sexto capítulo, realizamos as considerações finais, que resgatam importantes elaborações no decorrer desta escrita, denotando a complexidade e as contingências da clínica universitária.

1 - Psicanálise na Universidade: para quê e para quem?

Tendo como principal referência o texto freudiano de 1919, em que Sigmund Freud propõe algumas aproximações e tensionamentos a respeito da possível relação entre psicanálise e universidade, apresentamos um traçado histórico, demarcando que, ainda que a formação analítica não se dê nos moldes de uma formação acadêmica, desde a criação da psicanálise, ela esteve presente no contexto universitário.

A partir dessa publicação freudiana, conforme veremos ao longo deste capítulo, outros/as analistas avançaram em estudos a respeito dessa relação, que mostra sua legitimidade com a presença significativa de psicanalistas no espaço universitário. As proposições lacanianas em torno da psicanálise em intensão e extensão (Lacan, 1970/2003), assim como as noções de psicanálise pura e psicanálise aplicada (Lacan, 1971/2003) nos auxiliam na fundamentação de que, ainda que existam muitos tensionamentos, essa presença traz um impacto para a psicanálise, para a universidade e para a sociedade. Retratamos um pouco de como essa história chega ao Brasil, bem como algumas particularidades existentes. Mesmo que não se formem analistas no contexto da universidade, o encontro de alguns/algumas alunos/as com a psicanálise na universidade deixa marcas, podendo constituir o início de uma formação, a ser feita para além desse espaço.

A prática do estágio em clínica, a partir da abordagem psicanalítica, é o cenário que escolhemos para realizar essa discussão. A dinâmica do estágio envolve posições que nos remetem à presença do/a psicanalista na universidade, assim como esbarram na formação analítica e suas distinções. Apresentamos a noção laciana referente aos quatro discursos (1969-1970/1992), para discutirmos, principalmente, o tensionamento entre os discursos universitário e analítico, frente às posições distintas ocupadas por seus agentes. Ao final, enfatizamos a supervisão enquanto uma prática fundamental, que possibilita uma intercessão entre psicanálise e universidade. Vejamos então.

1.1 Desde o início, ela estava lá

Em março de 1919, foi publicado, em tradução para o húngaro, um breve texto freudiano a respeito da relação entre psicanálise e universidade. Conforme a nota do editor inglês da Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud da Editora Imago, possivelmente, Freud o escreveu no outono de 1918, próximo do Quinto Congresso

Psicanalítico Internacional em Budapeste/Hungria. Nesse período, marcado pela destruição e pelas consequências da Primeira Guerra Mundial, Sigmund Freud estava atento ao futuro da psicanálise e refletia sobre sua inserção em contextos distintos do consultório privado.

Frente às sequelas da guerra e à precariedade da formação, os estudantes húngaros se manifestaram a favor da inclusão da psicanálise no currículo do curso de medicina (Fontele & Coutinho, 2016; Rinaldi, 2011), movimento cujas repercussões resultaram na publicação do texto freudiano de 1919, ano em que, conforme nota do editor inglês, “quando um governo bolchevique assumiu temporariamente o poder na Hungria, Ferenczi foi de fato empossado como Professor de Psicanálise na universidade” (Strachey, 1919/1976, p. 215). Este é um fato importante, pois foi ele o primeiro psicanalista nomeado para o ensino de psicanálise na universidade. Conforme Fontele e Coutinho (2016), esse projeto de ensino era pensado por Ferenczi há algum tempo, posto que, em 1913, ele já escrevia a respeito nas correspondências com Freud.

Antes de abordarmos propriamente o texto de 1919, consideramos importante apresentar alguns registros de publicações anteriores, que já retratam a história da psicanálise na universidade. No texto sobre o movimento psicanalítico, por exemplo, Freud (1914/1974) discorre sobre a criação da psicanálise, e afirma que, durante 10 anos, ele foi a única pessoa que se interessou por ela, mencionando as diversas críticas que recebeu de seus contemporâneos. Naquele momento, ele já não era o único psicanalista, mas dizia ser a pessoa que melhor sabia o que era a psicanálise. Freud (1914/1974, p. 16) inicia esse texto comentando que: “em 1909, no salão de conferências de uma universidade norte-americana, tive a primeira oportunidade de falar em público sobre a psicanálise. A ocasião foi de grande importância para a minha obra [...]”. Além da relevância desse evento para a expansão da psicanálise, foi no espaço universitário que ele ocorreu. Retomando esse acontecimento em “Um estudo autobiográfico”, Freud (1925a/1976) pontua que essa exposição fez parte da comemoração do vigésimo aniversário da Universidade de Clark, em Massachusetts, nos Estados Unidos. O convite para passar uma semana proferindo conferências foi feito a ele e a Carl Gustav Jung, por G. Stanley Hall, então reitor da universidade, psicólogo e pedagogo de prestígio. Hall, há vários anos, já introduzia a psicanálise em seus cursos. Ferenczi também viajou com eles e participou desse momento (Freud, 1923/1976).

Freud (1925a/1976) realça o grande valor dessas cinco conferências, delimitando o alcance da psicanálise na universidade estadunidense, além de registrar o sentimento de ter sido recebido de uma forma diferente do continente europeu. “Quando subi ao estrado em Worcester, para pronunciar as minhas *Cinco lições de psicanálise*, isto pareceu a concretização

de um incrível devaneio: a psicanálise não era mais um produto de delírio, tornara-se uma parte valiosa da realidade” (Freud, 1925a/1976, p. 67). Essas conferências possibilitaram outro lugar para a psicanálise, um reconhecimento importante, até mesmo para ela se afirmar enquanto prática.

Na nota do editor inglês das *Conferências introdutórias à psicanálise* (Freud, 1915-1917/1976), consta que, na Universidade de Viena, Freud ocupou um lugar mais periférico enquanto professor e, apesar de não haver outros registros, em 1885 e em 1902 ele pronunciou diversas conferências nesse espaço. Em 1915, realizou um novo ciclo de conferências, para médicos e leigos, culminando na citada publicação. As conferências indicam a presença da psicanálise nas universidades desde o início de sua história. Ou seja, “*desde o início, ela estava lá*”. Todavia, o ano de 1919 simboliza essa entrada no meio universitário, tanto pelas proposições freudianas sobre o ensino curricular, quanto pela nomeação de Sándor Ferenczi como professor de psicanálise na universidade.

O texto freudiano de 1919 condensa ideias importantes, apontando impasses que persistem, apesar de transcorridos mais de cem anos de sua publicação. Ainda que as conferências psicanalíticas ocorressem na universidade, a discussão sobre o que seria possível entre psicanálise e universidade passa a ser relevante, quando Freud, na referida publicação, lança o tensionamento entre esses campos. Na edição da Imago, ele está intitulado *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades* (Freud, 1919a/1976). Já na edição Companhia das Letras, o título do texto é uma pergunta: *Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades?* (Freud, 1919/2010). Partindo da indagação “deve-se ensinar...?”, continuamos: “para quê?”, “para quem?”. Psicanálise nas universidades, para quê e para quem? Quem ensinaria? O que e para quem se ensina?

Freud (1919/2010) ressalta que, para discutirmos se deve haver o ensino da psicanálise nas universidades, é preciso considerar dois pontos de vista, o da psicanálise e o da universidade. Sobre o primeiro, pontua que, para um/a psicanalista, a inclusão da psicanálise no currículo acadêmico seria motivo de satisfação. Mas enfatiza a distinção entre a formação de um/a psicanalista e o ensino do saber acadêmico, ressaltando que o/a psicanalista pode prescindir da Universidade sem haver prejuízo para a sua formação, visto que esta é feita sob o tripé da formação analítica – estudos teóricos, supervisão e análise pessoal – que orienta a prática clínica.

Desse modo, Freud destaca o lugar e a função das sociedades psicanalíticas, que são instituições de formação, e menciona que elas existem justamente pelo fato de a psicanálise estar excluída das universidades. As sociedades/instituições ocupam um lugar importante e se

tornam uma referência, parte da formação de um/a analista. É um espaço em que são desenvolvidas atividades teórico-clínicas relacionadas à psicanálise e que, a partir de uma identificação e escolha, pode gerar uma filiação.

Sobre o segundo ponto de vista, Freud (1919/2010) reflete se as universidades estão dispostas a dar um lugar à psicanálise, questionando sobre onde e de que modo ela poderia ser incluída no currículo acadêmico. Já se observava uma lacuna nos cursos de medicina, quanto aos estudos de ordem psíquica, tentando-se supri-la com a inclusão de cursos sobre a psicologia médica no currículo. Entretanto, esses cursos não atendiam às demandas da formação médica, pois tinham uma abordagem fragmentada. Para o autor, a psicanálise seria adequada para ensinar psicologia ao estudante de medicina e poderia ocorrer através de um curso introdutório sobre as relações entre a vida psíquica e somática. Ele também analisa a formação descritiva da psiquiatria e propõe cursos de psicanálise como introdução ao estudo do campo psiquiátrico. Desse modo, Freud (1919/2010) recomenda a presença da psicanálise no currículo médico de uma forma geral, direcionado a todos/as estudantes e, de uma forma mais específica, a um curso para os/as psiquiatras.

Interessante observar que ele sugere a oferta desses cursos a nível de graduação e de pós-graduação. Seriam cursos destinados ao ensino da teoria psicanalítica para os/as estudantes de medicina e médicos/as. Dada a interlocução da psicanálise com outros campos de saber, a exemplo da arte, da filosofia e da religião, Freud (1919/2010) vai adiante e considera que os/as estudantes dessas áreas também poderiam participar desse curso introdutório.

Para ele, “uma universidade só teria a ganhar com a inclusão do ensino da psicanálise em seu currículo” (Freud, 1919/2010, p. 380) e reforça que esse ensino só poderia ser ministrado em aulas teóricas, pois praticamente não haveria oportunidade para a parte prática. Considera, ainda, que o acesso a um ambulatório com pacientes neuróticos/as poderia contribuir para a realização de pesquisas, por parte do/a professor/a de psicanálise, assim como o acesso a um serviço de internação deveria estar disponível para a “psiquiatria psicanalítica” (p. 381).

Mesmo tendo indicado algumas aproximações entre psicanálise e universidade, ao final do texto, ele afirma que, se pensarmos no efetivo exercício da psicanálise, o/a estudante de medicina jamais irá aprendê-la propriamente. Ressalta, então, que o estudante poderá apenas aprender “[...] algo *sobre* e *com* a psicanálise” (Freud, 1919/2010, p. 381) ou, conforme a outra edição, “[...] algo *sobre* psicanálise e que aprenda algo *a partir* da psicanálise” (Freud, 1919a/1976, p. 220). As proposições “sobre”, “com” e a locução prepositiva “a partir” são

elementos importantes, pois demarcam um limite em torno do que é possível e impossível na relação entre psicanálise e universidade.

É interessante enfatizarmos que, quando Freud (1919/2010) escreve o texto sobre a relação entre psicanálise e universidade, ele não o faz com a intenção de transpor a psicanálise para a universidade ou para o currículo médico. O ensino da psicanálise não é equivalente ao ensino de um campo universitário, posto que psicanálise e universidade são instituições distintas. Como vimos, desde o seu início, a psicanálise estava na universidade, mas existia fora dela.

Outra discussão importante é quando, em *A questão da análise leiga*, Freud (1926/1976) retrata a independência da psicanálise em relação à formação e à prática médicas. Essa publicação é uma intervenção em resposta a um processo contra Theodor Reik, membro não-médico da Sociedade Psicanalítica de Viena, acusado de charlatanismo. A publicação freudiana delimita que o lugar da psicanálise é distinto do da medicina e, nesse sentido, é uma prática leiga que pode ser exercida por não-médicos/as, reiterando a especificidade da formação em psicanálise.

No pós-escrito desse texto, lê-se: “[...] a questão importante não é se um analista possui um diploma médico, mas se ele recebeu a formação especial necessária à prática da análise” (Freud, 1927/1976, p. 286). Sobre a formação adequada para um/a analista, ele é incisivo: “[...] não é a formação prescrita pela universidade para futuros médicos” (p. 286). Aqui, mais uma vez, ele cita a diferença entre as formações psicanalítica e médica, destacando que não é um currículo médico que define um/a psicanalista e reafirmando a independência da psicanálise em relação à formação universitária, tal como mencionou em 1919.

Segundo Fonteles e Coutinho (2016), com a entrada de Ferenczi na universidade, outros/as analistas começaram a oferecer cursos; entretanto, ainda em 1919, a queda do governo da Hungria impossibilitou a continuidade desse ensino, levando ao fechamento da cátedra. Sobre esse breve período de Ferenczi na universidade, Freud (1925a/1976) afirma que ele ofereceu um curso bem sucedido. Comenta, também, que alguns/algumas psicanalistas assumiram o exercício de fazer com que a psicanálise fosse reconhecida nas universidades e inserida no currículo médico, enquanto outros/as preferiam ficar fora dessas instituições. Sobre esse reconhecimento, Fonteles e Coutinho (2016), na referência a Jean Laplanche, afirmam que, a partir de 1919, a psicanálise passou a ser ensinada nos cursos universitários de psicologia, psiquiatria e antropologia, em diferentes países.

1.2 A história avança...

Na França, o avanço e a difusão da relação entre psicanálise e universidade repercutiu através dos seminários de Jean Laplanche, ministrados em 1962, na Escola Normal Superior (Rosa, 2001), e dos seminários de Jacques Lacan nessa mesma universidade, em 1964, a convite de Louis Althusser (Nicolau, 2011). Outro marco importante é quando, em 1974, Lacan, na Universidade de Paris-VIII, dirige um ensino do “Campo freudiano” no Departamento de Psicanálise, primeiro departamento de ensino da psicanálise na universidade francesa, fundado por Serge Leclaire em 1969 (Roudinesco & Plon, 1998). A presença lacaniana foi/é estrutural na continuidade da história da psicanálise nas universidades.

Quanto ao Brasil, Fonteles e Coutinho (2016) destacam que a entrada da psicanálise na universidade brasileira acontece concomitantemente à introdução do discurso psicanalítico no país. As autoras relatam que, em 1914, tem-se a defesa de um primeiro trabalho acadêmico em psicanálise no Brasil, por um médico, e afirmam que “essa tese é publicada em 1915, tornando-se o primeiro livro sobre psicanálise em língua portuguesa e, curiosamente, sob a forma de uma tese, portanto um trabalho universitário” (p. 180). Os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre foram os pioneiros nessa inserção e, apesar de no início a presença ter se dado através de cursos no campo da medicina, com o passar dos anos, isso foi se modificando. A psicanálise passou a ter uma relação privilegiada com os cursos de psicologia, nos níveis de graduação e de pós-graduação.

Para Roudinesco (2000), a psicanálise no Brasil tem força devido à presença dos departamentos de psicologia nas universidades, lugar em que se privilegia o ensino da psicanálise. Também nessa perspectiva, Fontenele (2006) analisa que: “hoje a presença dos psicanalistas na Universidade é uma realidade, como o é a inclusão da psicanálise nos currículos universitários” (p. 177). Desse modo, ressaltamos que a universidade tem uma posição de extrema relevância na expansão e na disseminação da psicanálise no país. Refletimos, mais uma vez, sobre as repercussões das cinco conferências de Freud na universidade norte-americana. Tal como aquele momento gerou importante reconhecimento para a psicanálise, não foi diferente com sua presença no contexto universitário brasileiro.

No Brasil, os estudos de Poli (2008), bem como de Santos e Ferrari (2016), evidenciam o lugar de destaque que a psicanálise tem atualmente no meio universitário. As autoras ressaltam a realidade de que muitos/as psicanalistas ensinam em cursos de graduação em Psicologia, assumindo disciplinas baseadas na teoria psicanalítica, realizando pesquisas e supervisionando estágios na abordagem psicanalítica.

Ao avaliar que, atualmente, o temor da presença da psicanálise nas universidades está menos intenso, Coutinho Jorge (2011) ressalta que os/as próprios/as psicanalistas, professores/as universitários/as encarregaram-se de sublinhar e de sustentar a diferença dos âmbitos universitário e psicanalítico. Sustentar esses limites e a diferenciação entre as instituições é condição para a sobrevivência da psicanálise nas universidades e, por que não dizer, condição para o seu próprio avanço.

Em 2021, uma instituição universitária brasileira passou a ofertar o curso de graduação de “Bacharel em Psicanálise”, de forma *online*, em um período de 4 anos. Essa situação provocou repúdio e indignação na comunidade psicanalítica, ocasião em que o “Movimento Articulação das Entidades Psicanalíticas Brasileiras”, que reúne instituições psicanalíticas, e visa sustentar a psicanálise como prática leiga e laica, posicionou-se, emitindo um manifesto contra a proposta do curso. O manifesto enfatizava que essa proposta negligenciava a formação do psicanalista, praticada em todo o mundo há mais de 100 anos. Também tratava sobre a divergência da proposta quanto aos princípios básicos da formação de um analista, que deve ser singular e permanente, não podendo ser restrita aos moldes acadêmicos. A psicanálise é um ofício não regulamentável, sendo impossível, como vimos, formar psicanalistas na universidade.

Percebe-se que essa oferta mercadológica tenta fazer uma equivalência da formação analítica com a universitária, indo na contramão da proposta freudiana acerca da presença da psicanálise nas universidades e dos avanços em torno disso. Como mencionamos anteriormente, Freud não escreve o texto de 1919 com a intenção de transpor a psicanálise para a universidade, mas reflete sobre o que da psicanálise é possível ensinar nas universidades. Aqui, também, registramos o nosso repúdio à existência desse curso.

1.3 A continuidade entre extensão e intensão

A distinção feita por Lacan (1971/2003), sobre psicanálise pura e psicanálise aplicada, auxilia-nos neste estudo. No texto *Ato de Fundação*, da Escola Francesa de Psicanálise, instituição de formação criada por ele, Lacan (1971/2003) escreve sobre como se dará o seu funcionamento, avesso ao dogmatismo, e trata sobre a constituição de três seções: a seção da psicanálise pura, a seção da psicanálise aplicada e a seção de recenseamento do campo freudiano. Diante de nosso interesse, discutiremos aqui sobre as duas primeiras.

Sobre a seção da psicanálise pura, trata-se da *práxis*, da doutrina da psicanálise propriamente dita. Nela, estariam presentes pessoas com experiência da análise didática e os/as

candidatos/as em formação. Ou seja, trata-se de um campo composto por sujeitos que fizeram análise com um/a analista didata, e se revelaram analistas, bem como pelos/as que estão em formação e vivenciam a experiência da análise pessoal. Já a seção de psicanálise aplicada, refere-se à terapêutica, estando nela concentrados grupos médicos, compostos por sujeitos analisados ou não, desde que contribuindo para a experiência psicanalítica.

No texto seguinte, Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola, Lacan faz um contraponto importante no campo da formação analítica, quanto ao lugar da instituição, ressaltando que: “antes de mais nada, um princípio: o psicanalista só se autoriza de si mesmo.” (Lacan, 1967/2003, p. 249). O tornar-se analista não se limita à contribuição da Escola, posto que atravessado pela experiência da análise pessoal, é um efeito legítimo dessa experiência. Nesse texto, há outra ideia importante para a nossa discussão. Ele introduz a noção de psicanálise em intensão e extensão. A primeira se refere à análise didática, à própria prática psicanalítica; relaciona-se, podemos dizer, com a seção da psicanálise pura, com o tornar-se analista. Já a segunda, diz respeito a “tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo [...]” (Lacan, 1967/2003, p. 246). A extensão diz respeito à existência e objetivos da própria Escola de formação, à veiculação da psicanálise a partir de sua teoria e à prática psicanalítica em outros contextos, como nas instituições de saúde, jurídicas e de educação.

Lacan (1970/2003) parte da ideia de que a raiz da extensão deve ser encontrada na própria experiência psicanalítica, ou seja, na intensão. Para ele, não há extensão sem intensão. Diante dessa premissa, Echevarria (2017) considera que a extensão e a intensão devem se “reabastecer moebianamente”. Ao invés do dualismo frequentemente exposto, deveria haver uma continuidade entre ambas. Essa é uma constatação extremamente relevante, pois é o aprender através da análise pessoal que possibilitará o exercício e a expansão da psicanálise, seja no contexto da clínica, seja nas práticas institucionais, seja nas diversas interlocuções com a arte, a literatura, a filosofia, o direito, entre outros.

Podemos aproximar essas denominações com o que Freud (1919a/1976, 1919/2010) propôs acerca do ensino da psicanálise nas universidades. Relacionamos as concepções de psicanálise aplicada e psicanálise em extensão com o ensinar “sobre”, “com” e “a partir” a/da psicanálise nas universidades. Já as noções de psicanálise pura e psicanálise em intensão se referem à psicanálise propriamente dita. Entretanto, é válido ressaltar que ambas estão interligadas, de modo que o ensino “sobre”, “com” e “a partir” a/da psicanálise nas universidades está intimamente relacionado com a psicanálise pura e em intensão. A extensão provoca um alcance da psicanálise no contexto universitário ao veicular o seu conhecimento e

disseminação; porém, não se sustenta sozinha. A psicanálise em intensão também faz parte dessa sustentação. Desse modo, ensinar a psicanálise propriamente dita não é possível nas universidades, mas a prática da intensão, que ocorre fora desse espaço, é necessária para que haja a presença da psicanálise nas universidades. Abordaremos a seguir alguns efeitos dessa relação, evidenciados na experiência com os/as estudantes universitários/as.

1.4 Os/as estudantes universitários e a psicanálise: marcas de um encontro

Para Kessler e Silva (2021), no Brasil, raros são os/as psicanalistas que não estabeleceram o contato com a psicanálise através de sua passagem pela universidade. Os autores observam, a partir de suas experiências na clínica universitária, que muitos/as dos/as que chegaram ali como alunos/as, estagiários/as, empreenderam posteriormente uma trajetória psicanalítica.

Eles entendem que “mesmo que se o que se pratica na universidade não possa ser qualificado categoricamente de psicanálise, isso não quer dizer que seus efeitos posteriores – clínicos e de formação – não repercutam marcas desta referência [...]” (Kessler & Silva, 2021, p. 5). Ainda que a universidade não tenha como objetivo formar analistas, há consequências dessa inclusão curricular, que podem direcionar, movimentar o/a estudante a buscar uma formação e constituir sua prática de trabalho profissional em torno da psicanálise.

Na experiência universitária com a psicanálise, Figueiredo (2011), retomando a advertência freudiana de que na universidade é possível apenas um saber *sobre* a psicanálise, avalia que, especificamente nos cursos de graduação, “o que se pode fazer é recolher os efeitos de um primeiro contato com a psicanálise para cada um” (p. 190). Geralmente, é na universidade que ocorrem os primeiros contatos do/a estudante com a psicanálise, o que se dá através de pesquisas acadêmicas, grupos de estudo, estágio em clínica, na perspectiva psicanalítica, início de um processo analítico para alguns/algumas. Esse encontro com a psicanálise traz repercussões que só poderão ser identificadas *a posteriori*, não sendo, portanto, possível antecipar seus efeitos, nem universalizá-los, dado o modo singular com que reverbera em cada um/a.

Para pensar sobre a transmissão da psicanálise nas universidades, Escars (2006) faz uma interessante reflexão sobre qual é o/a leitor/a suposto/a no ensino de psicanálise. Qual a posição de quem ensina e a quem se fala? O autor prefere o termo leitor, por ser mais ativo, ao invés de receptor/a, entendendo que há leitores/as não só de livros como também de aulas, conferências e cursos. Ele, então, apresenta diferentes leitores/as supostos/as no ensino de

psicanálise na universidade, que poderão ser o/a estudante universitário (os/as futuros/as psicólogos/as), o/a analisante e o/a futuro/a analista. Pensar nesses/nessas destinatários/as remete também ao lugar de quem ensina, de modo a haver a suposição de uma oscilação entre o lugar de professor/a, do/a analista e do ideal psicanalítico. As distintas posições, seja de quem ensina, seja a quem se destina, revelam a complexidade dessa transmissão.

É válido refletirmos sobre a quem o ensino da psicanálise é destinado nas universidades. Partindo do curso de psicologia, o curso é direcionado para a formação de psicólogos/as e, nesse sentido, várias escolas da psicologia e abordagens são apresentadas aos/às estudantes. Considerando que, em geral, não há um conhecimento da psicanálise anterior à entrada no curso, a identificação com a psicanálise poderá ser um efeito desse encontro. É diferente de quando pessoas já interessadas, atravessadas pela experiência ou com algum conhecimento de psicanálise, decidem participar de cursos e atividades propostos pelas instituições psicanalíticas de formação. Isto é, a depender do local, o ensino ocorre não só com finalidades distintas, mas também é direcionado para públicos distintos.

Nesse sentido, Sternick (2006) reflete que, enquanto para alguns/algumas alunos/as há ensino, para outros/as, há transmissão. A transmissão, sempre sob transferência, está para além do ensino, parte da experiência da análise pessoal. A autora então observa:

Os alunos que conseguem escutar a psicanálise e são capturados pela teoria talvez queiram saber de sua transmissão, mas certamente serão eles que pedirão, *a posteriori*, para serem supervisionados pelo professor-psicanalista, quando buscarem a extensão da clínica psicanalítica. (p. 187)

Assim, os/as estudantes que foram fisgados/as pela teoria psicanalítica são os/as que, provavelmente, buscarão a experiência da análise pessoal e a formação extrauniversitária. Segundo a autora, serão eles/as, em grande parte, que escolherão a prática do estágio supervisionado sob orientação psicanalítica.

Dois dos três pilares da formação analítica, os estudos teóricos e os atendimentos clínicos supervisionados, estão previstos na grade curricular dos cursos de psicologia, não sendo a análise pessoal uma exigência. Apesar de haver o reconhecimento e a importância da experiência da própria análise frente à escuta clínica e condução dos casos (Freud, 1912a/1969), esse aspecto não é garantido.

Pereira e Kessler (2016) refletem sobre o início da prática clínica, a partir da perspectiva do/a estagiário/a em supervisão. Os autores desenvolvem esse estudo tendo a seguinte questão

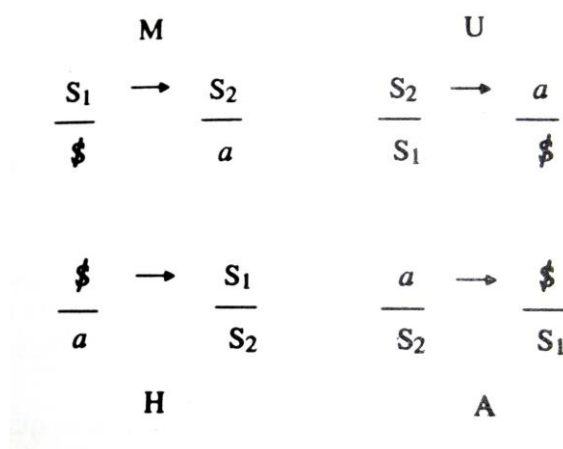
como pano de fundo: “[...] de que forma pode sustentar um tratamento com referencial psicanalítico que seja realizado por um terapeuta iniciante?” (p. 471). E, considerando os três pilares fundamentais para a formação de um/a psicanalista, eles indagam: “[...] que efeitos podem surgir do trabalho clínico realizado por quem ainda está nos momentos iniciais deste percurso?” (p. 471). É relevante considerarmos que esse contato inicial é vivenciado por cada estudante de uma forma muito particular. Muitas vezes, eles/as iniciam sua própria experiência de análise nesse momento do estágio, quando se deparam com o real da clínica.

A esse respeito, Cardoso (2013) destaca que, no estágio, o/a aluno/a passa da condição de estudante para a de estagiário/a, acolhendo e atendendo os/as pacientes que chegam à Clínica Psicológica. É o começo da prática clínica, em que o exercício da escuta se torna possível. O/a aluno/a “[...] agora se defrontará com a experiência de receber pacientes para uma prática em que o saber adquirido anteriormente nunca bastará, pois a escuta do inconsciente que dele se espera não coincide com uma primeira explicação teórica ou técnica padronizada” (Cardoso, 2013, p. 55). É nesse momento que o/a estagiário/a se depara com os impasses entre o discurso universitário e o discurso psicanalítico, propostos por Lacan (1969-1970/1992), sobre os quais discorreremos a seguir.

1.5 A impossibilidade de tudo saber

A partir do que Freud (1925b/1976; 1937a/1975) ressalta sobre as três profissões impossíveis – governar, educar e curar (analisar) –, Lacan (1969-1970/1992) propõe no seminário *O avesso da psicanálise*, a teoria dos quatro discursos - do mestre, universitário, da histórica e do analista.

Os discursos são formalizações quadrípedes, que retratam possibilidades distintas de se criarem os laços sociais. A partir de uma rotação no sentido horário, ou de um quarto de giro, os lugares ocupados pelo agente, pelo outro, pela produção/resto e pela verdade são modificados, possibilitando maneiras distintas de se relacionar com o/a outro/a.

Figura 1*Os quatro discursos de Lacan*

Fonte: Lacan (1970/1992, p. 72)

No discurso do mestre, partindo da dialética hegeliana do senhor e do escravo, Lacan (1969-1970/1992) propõe que o senhor ocupa o lugar de agente, infligindo um poder, em torno do saber, sobre o escravo. Este, ao aprender, produzirá a mais-valia, enquanto a verdade oculta sustenta o poder do senhor. Esse é um discurso primário, pois denota a entrada do sujeito na linguagem. Ao nascer, o sujeito encontra-se alienado ao Outro, que lhe atribui um saber, de onde há a entrada no mundo da linguagem.

Já no discurso da histórica, discurso do/a psicanalista, que fundou a psicanálise, o sujeito dividido está no lugar de agente que, ao interrogar o mestre, produz o saber. Quanto mais a histórica questiona o mestre, novos saberes são produzidos. Entretanto, conforme as proposições lacanianas, essa é uma demanda sempre insatisfeita, que nunca cessará, de modo que o objeto causa de desejo, que representa o impossível do real, sustenta a verdade do sujeito dividido.

O avesso desse discurso é o discurso universitário, que se aproxima do discurso do mestre. No discurso universitário, conforme a figura 1, Lacan (1969-1970/1992) posiciona o saber no lugar de agente em busca da verdade. A busca pela universalização, pela comprovação, pelos manuais de instrução, pela conceituação, pelo controle, é incessante nesse discurso, assim como no ambiente universitário. O produto é o sujeito, o qual, entretanto, fica preso ao saber. O significante mestre é a verdade oculta que sustenta o discurso universitário. Na busca pela completude do saber, própria da ciência, há uma objetificação do sujeito, ele é excluído.

Nesse seminário, em uma das intervenções dirigidas a Lacan, perguntou-se por que os estudantes da Universidade de Vincennes, local onde o seminário foi proferido, ao final do ensino, não podiam se tornar psicanalistas. Lacan (1969-1970/1992) primeiramente registra que ali ele se encontrava “na qualidade de convidado, no centro experimental da dita Universidade” (p. 187), e afirma que: “a psicanálise não se transmite como qualquer outro saber. O psicanalista tem uma posição que eventualmente pode ser a de um discurso” (p. 188). Assim, ele retrata que o psicanalista não detém o saber, seguindo sua articulação em torno do que propôs sobre o ato psicanalítico em 1968.

Vocês são os produtos da Universidade, e comprovam que a mais-valia são vocês, quando menos no seguinte, que não apenas consentem, mas aplaudem, e ao que eu não teria por que fazer objeções - é que saem dali vocês próprios equiparados a mais ou menos créditos. Vocês vêm aqui tornar-se créditos. Saem daqui etiquetados como créditos, unidades de valor. (p. 191)

Para Lacan (1969-1970/1992), os/as alunos/as, produtos do discurso universitário, excluídos enquanto sujeitos, revelam-se etiquetados, ou seja, são repetidores/as, partes de uma reprodução maciça em torno do saber, diferentemente do que enlaça o discurso analítico.

O discurso do analista decorre de uma rotação do discurso da histórica. É desse lugar da histórica que poderá surgir a entrada no discurso analítico. É justamente a partir dessa posição do/a psicanalisante, que um quarto de giro possibilitará o “tornar-se analista” a que nos referimos anteriormente. Nesse discurso, o objeto causa de desejo se encontra no lugar de agente e, em sendo o outro um sujeito dividido, viabiliza-se o surgimento da associação livre e o encadeamento dos significantes. Ele é sustentado pela verdade, sempre marcada pela falta, incompleta.

Coutinho Jorge (2022) ressalta que uma das características fundamentais do discurso do psicanalista “[...] é que ele é o único que considera o outro como sujeito, opostamente ao discurso universitário, que considera o outro como objeto a ser dominado pelo saber” (p. 205). Aqui é realçada a oposição entre os discursos, de modo que enquanto no primeiro há a emergência do sujeito, no segundo busca-se suprimi-lo.

Ao relacionarmos os discursos com a prática do estágio, observa-se que o discurso universitário, que corresponde ao pretense saber totalizante, é desafiado pela cena clínica, quando surge um desconforto no/a estagiário/a-terapeuta ao se deparar, por exemplo, com o início dos atendimentos, com a fala e os questionamentos de pacientes que lhe demandam um

saber. Há um convite para o/a paciente falar livremente; entretanto, a inexperiência, o fato de não haver um manual de instruções com os procedimentos a serem desenvolvidos pelo/a estagiário/a-terapeuta e, principalmente, a entrada no discurso analítico, podem produzir uma dificuldade na condução dos casos.

A nova experiência desafia o saber doutrinário da Universidade, ao demarcar a escuta singular de cada caso a partir da transferência. Nesse sentido, Miller (1997) ressalta que: “o discurso analítico toca os sujeitos um por um, não como o da Universidade que, em seu dispositivo, atinge as massas, a qualquer um, não importando o número” (p. 116). Frente à cena clínica, o/a estagiário/a é tocado pelo discurso analítico, que é atravessado pelo não-saber, escapando à totalidade. Nessa perspectiva, a impossibilidade da totalidade, própria desse discurso, provoca uma torção no encontro do/a estudante com a clínica.

Sobre a impossibilidade de tudo saber, Caldas (2011) ressalta que, na psicanálise, não há a pretensão de obturar esse furo do real, tomando-o como uma impotência, mas sim de pôr-se a trabalhar a partir dele, posto que a favor do sujeito e constituído por uma falta, sem nenhuma pretensão de preenchê-la. Enquanto que a ciência busca a completude, o controle e as respostas para a universalização dos fenômenos, a psicanálise opera a partir dessa falta, é isso o que movimenta o sujeito e de que trata o saber psicanalítico.

Baseada na perspectiva lacaniana, Poli (2006) atesta que o saber em psicanálise é sempre meia-verdade, é o umbigo do sonho. Este é designado por Freud (1900/1972), na clássica obra “Interpretação dos Sonhos”, referindo-se a uma parte do sonho que fica obscura, desconhecida. Um novelo de pensamentos oníricos que não é possível desembaraçar, que não tem como ser interpretado. Ainda que o trabalho seja com a meia-verdade e com a dimensão singular, o saber psicanalítico pode ser transmitido e partilhado. Poli (2006), então, propõe:

Assim, mesmo que as produções discursivas sobre as quais, e com as quais, a psicanálise opera tragam sempre a marca do singular e do contingente, mantém-se o compromisso – ético e epistêmico – de elas serem portadoras da verdade. Verdade do sujeito, isto é, interna à experiência que a produz, mas que pode ser transmitida e, portanto, compartilhada por uma comunidade, sociedade ou cultura. (p. 48)

Ou seja, mesmo se tratando de uma meia-verdade, esse saber pode ser proferido, na prática da extensão, não devendo ser exclusivo dos/as psicanalistas. A meia-verdade, sendo anunciada, torna-se algo incomum na prática universitária, consistindo, assim, em uma autêntica contribuição da psicanálise às universidades.

É importante afirmar que os discursos podem estar presentes em espaços distintos. Rinaldi (2008) contribui para essa discussão, quando ressalta que:

se a psicanálise está na universidade, isso não significa que esteja exclusivamente submetida ao discurso universitário, da mesma forma que nas associações de psicanálise ela não está unicamente sob a vigência do discurso analítico. Na dimensão da pesquisa, estamos no discurso da histórica, como sujeitos divididos, questionando o mestre, movidos pelo desejo de saber. (p. 181)

Assim, os discursos circulam na universidade, não sendo o discurso universitário exclusivo da universidade, nem ela estando limitado a ele.

Esta autora enfatiza a estreita ligação entre o discurso do analista e o discurso da histórica, afirmando que foi justamente o enigma da histeria, ao questionar o saber instituído, que fundou a psicanálise. Ela relaciona a prática da pesquisa acadêmica ao discurso da histórica que, na busca pelo saber, interroga e questiona as práticas, sendo a pesquisa uma atividade inerente ao campo universitário. Nesse sentido, interrogar o saber do mestre possibilita o surgimento do novo, do insabido.

A histerização do discurso, que incide nas pesquisas universitárias, aproxima-se do discurso analítico e, tal como Freud (1912a/1969) menciona, em psicanálise, pesquisa e tratamento coincidem. Ele faz algumas considerações sobre os cuidados que se deve ter na pesquisa psicanalítica, principalmente se destinada ao uso científico, realçando que a clínica psicanalítica consiste em um método de investigação.

Nessa perspectiva, França Neto (2009) analisa a importância da discussão de casos na universidade e observa que a clínica traz para a academia, que é o mundo do conceito, o excesso humano, que não é redutível ao universal do conceito. Para ele, “a clínica é o real dentro da academia, da universidade” (p. 37), ou seja, a experiência de uma clínica na universidade torna a psicanálise uma disciplina possível. Podemos afirmar que a pesquisa e a clínica universitária consolidam a interlocução entre a psicanálise e a universidade, pois excedem o saber universitário e, nesse sentido, mantêm viva o que é próprio da psicanálise, a contingência.

Segundo Pinto (2006), ao trabalharmos sob o regime da contingência, podemos, no máximo, supor. O saber do/a analista pode ser suposto, mas não previamente determinado, o que nos faz ressaltar a importância do ensino e do estudo teórico como subsídio para a condução de um caso e “apropriação” de um conceito. Entretanto, frente ao exercício da escuta na clínica,

e pelo fato de a verdade do sujeito, a partir da transferência, surgir via associação, não há como universalizar o que, pela própria natureza da prática, é da ordem do encontro singular.

Também nessa perspectiva, Caldas (2011) evidencia que para o/a analista lidar com a clínica, as categorias clínicas e o saber prévio não são dispensáveis, embora não deem garantias. Ou seja, um saber sobre a teoria psicanalítica possibilita um embasamento para a prática clínica; porém, para escutar o sujeito e trabalhar na dimensão da singularidade, é necessária a suspensão desse saber. Se o saber impera em uma sessão, não há escuta possível.

Diante dos impasses entre o discurso universitário e o discurso analítico, a supervisão, nesse cenário, tem um papel muito importante. A super-visão, que pode ocorrer de forma individual ou grupal, presencial e/ou virtual, torna-se um espaço de escuta dos/as estagiários/as, relaciona-se com os atendimentos e é parte integrante da clínica universitária. Segundo Cardoso (2013):

a supervisão é o que possibilita que os atendimentos clínicos possam ocorrer, pois é o lugar onde a angústia do desamparo da sessão clínica pode ter uma elaboração, assim como o atendimento realizado pelo estagiário encontra a possibilidade de acompanhamento mais experiente”. (p. 55-56)

Aprofundaremos a seguir essa discussão.

1.6 A supervisão e sua dimensão singular

Vimos que, ao enfatizar a particularidade da formação do analista em 1919, Freud (1919/2010) apontou a supervisão como parte do tripé da formação. Ela também é denominada de controle, análise de controle, e diz respeito à orientação, por parte de um/a analista mais experiente, ao/à supervisionando/a, a partir do relato dos casos clínicos e de situações clínicas. Nessa prática, geralmente o/a supervisionando/a inicia relatando os casos e as dificuldades, e o/a supervisor o/a auxilia na direção do tratamento. Desse modo, a formação é atravessada não só pela experiência da análise pessoal e pelos estudos teóricos, mas também por essa prática, na intenção de que o exercício da clínica conte com a escuta e o olhar atentos do/a supervisor/a.

Segundo Silva (2019), Freud situou a supervisão na interseção da teoria e da análise pessoal. Ela não foi uma imposição burocrática, mas uma exigência lógica, na medida em que, frente a sua experiência analítica com Fliess, o pai da psicanálise supôs que: “haveria pontos cegos localizados lateralmente em relação a suas elaborações teóricas centrais” (Silva, 2019,

p. 20). Nesse sentido, ele incentivou os/as colegas analistas a discutirem os casos que estavam sendo acompanhados e também aderiu à prática.

Após algum tempo, essa prática se tornou obrigatória em algumas instituições de formação psicanalítica. Contudo, este autor chama a atenção para a subversão lacaniana e o retorno a Freud, quando Lacan faz uma oposição à obrigatoriedade desse recurso e suprime a lista de analistas didatas, permitindo que os/as analistas escolham um/a supervisor/a com base na transferência. Assim, Silva (2019, p. 21) ressalta que: “é o desejo que conduz o analista a supervisionar a sua prática clínica”. A importância da supervisão é atrelada ao “desejo de ir em busca da supervisão” e não do “ter que ir em busca”.

Esse aspecto do desejo merece ser enfatizado, na medida em que, quando nos referimos à clínica universitária, temos a supervisão como uma condição *sine qua non* do estágio curricular. Ou seja, diante dos atendimentos realizados na clínica-escola, o/a estagiário/a está sob supervisão, de modo que não há como escapar dessa obrigatoriedade. Nessa perspectiva, Broide (2017) afirma que a práxis da supervisão é marcada pelo desejar, pelo que possibilita a invenção, a indagação, não pactuando de um imperativo superegoico. Por não considerar que a obrigatoriedade seja um impedimento para a presença do desejo, refletimos sobre algumas condições. Interrogamo-nos, aqui, sobre como inscrever o surgimento do desejo de ter a sua experiência clínica supervisionada em meio à obrigatoriedade curricular, ou seja, como possibilitar a emergência desse desejo enquanto uma função ética? Destacamos o compromisso ético de quem sustenta o lugar de formação dos alunos/as, afinal a supervisão é um compromisso com a clínica e uma exigência do Conselho de Psicologia para além das diretrizes do Ministério da Educação.

É a presença do/a supervisor/a que sustenta a prática do estágio na clínica de orientação psicanalítica, viabilizando a psicanálise em extensão. Como Cardoso (2013) ressalta, “se há Clínica-Escola de orientação psicanalítica é porque psicanalistas decidiram formá-la na extensão da psicanálise” (p. 17). Entendemos que, no que se refere ao campo do estágio, o/a professor/a, quando atravessado pela experiência analítica, poderá ocupar uma posição distinta na relação entre psicanálise e universidade, uma vez que a supervisão poderá viabilizar a entrada no discurso analítico, concernente às possibilidades desse contexto.

Nessa perspectiva, Rosa et al. (2018, p. 112) observam que na universidade “[...] a relação do professor-supervisor-analista com o aluno futuro psicólogo-analista é entremeadada, atravessada pela função que o supervisor ocupa como docente”. Os/as autores/as retratam o paradoxo vivido pelo professor/a-supervisor/a clínico/a, visto que, nesse espaço, a supervisão não é independente da função de docente. Assim, eles afirmam que enquanto o/a docente expõe

o seu saber, o/a supervisor precisa deixar seu saber em resguardo, para conseguir escutar o enigma que o atendimento causou no/a supervisionando/a e auxiliá-lo na construção do caso.

Frente a esse paradoxo, somos levados a refletir sobre o discurso que o/a supervisor/a sustenta. O/a docente que é analista e supervisor/a já detém em sala de aula uma postura distinta do lugar de mestre, de tudo saber, demarcando o lugar de um saber não-todo que sustenta a prática supervisionada. Mas, sendo o estágio uma atividade curricular, ele/a avalia o/a estagiário/a e atribui uma nota para aquela prática desenvolvida. Ao nos depararmos com esse tensionamento, enfatizamos a importância da diferença da posição que é assumida pelo/a docente e pelo/a supervisor/a, bem como realçamos como o/a docente que é supervisor/a circula entre os discursos, não sendo possível sustentar unicamente um.

Moretto (2019) atenta às inquietações e aos questionamentos que envolvem a experiência do/a psicanalista como docente supervisor/a universitário/a, afirmando que: “o que define o caráter psicanalítico de um trabalho de supervisão não é o contexto no qual ele ocorre, mas a posição sustentada pelo supervisor no dispositivo no qual ele oferece escuta àquele que lhe fala” (p. 135). Desse modo, apesar de haver particularidades neste contexto, isso não impede que o discurso analítico se imponha e que o/a docente, em sua posição de supervisor/a, possa sustentá-lo.

É muito comum que os/as estagiários/as, frente ao temor pelo desempenho, à inexperiência e sob o discurso do mestre, estejam preocupados/as com os imperativos do acerto e em fazer caber a prática na teoria. A esse respeito, Moretto (2019) destaca a importância de a supervisão favorecer um espaço também para o que não se sabe, possibilitando assim uma mudança de posição subjetiva e auxiliando o/a estagiário/a-terapeuta a construir o seu próprio estilo.

Conforme Dunker (2018), particularmente no início da formação, a supervisão tem como objetivo: “[...] favorecer que o terapeuta iniciante faça o melhor que pode com seus próprios recursos, que ele se encontre em seu lugar e exercite sua forma de escutar” (p. 24). Isto é, a experiência da supervisão busca auxiliar o/a iniciante na localização de sua posição, de modo que, na prática na instituição universitária, além do desenvolvimento inicial da escuta clínica do/a estagiário/a, o/a supervisor/a poderá contribuir com a passagem da posição de estudante para estagiário/a.

Para Priszkulnik (2018), a relação entre estagiários/as e supervisores/as é distinta da relação entre alunos/as e professores/as. Geralmente, nesse momento de estágio, a partir da escolha do campo de atuação, a turma é dividida em grupos de diferentes supervisores/as, são formados grupos menores, possibilitando uma relação e acompanhamento mais próximos.

Além disso, a escolha pelo estágio nessa abordagem/nesse espaço, pautada por uma identificação, assim como a transferência dirigida ao/à supervisor/a, são traços que demarcam essa proximidade.

Marcos (2012), a partir de uma pesquisa sobre a supervisão em uma clínica universitária, traz a seguinte questão: “Seria a supervisão na clínica-escola um espaço privilegiado de transmissão na universidade, espaço para o singular?” (p. 860). Tal como vimos anteriormente, a clínica diz respeito à contingência, de modo que a relação com o saber nesse espaço é modificada. Para a autora, apesar de haver uma demanda de saber teórico, o confronto com o cotidiano da clínica pode veicular um deslocamento em relação a esse saber. A produção do saber poderá surgir a partir do que se é escutado e relatado em supervisão, ou seja, o saber poderá ser produzido a partir do que surge na singularidade da clínica.

Broide (2017) ressalta, nessa perspectiva, que a supervisão não é aconselhamento, ou seja, não deve estar submetida ao discurso do mestre. Ela afirma que:

[...] a fala em supervisão, para produzir efeitos que possibilitem extrair as repetições e a lógica que organiza o caso, para identificar os pontos cegos que o supervisionando tropeça, pela interrogação do que o caso causou nele, tem de estar referida ao discurso analítico. (p. 131)

Para a autora, uma característica própria à supervisão psicanalítica é que o conhecimento adquirido em supervisão não é exterior à própria experiência, tornando-a singular. Ela, então, realça que a supervisão não vem sem a clínica, mas acontece a partir dela. Nesse sentido, o conhecimento se dá no momento em que ela ocorre, não está garantido de antemão.

No que tange à discussão dos casos clínicos, a prática da supervisão deverá auxiliar na identificação das queixas e na construção das demandas, contribuindo com a escuta clínica e com o processo de acolhimento ao/à usuário/a, mas também ao/à estagiário/a. Prizskulnik (2018) propõe que a supervisão deve criar um espaço privilegiado de discussão clínica para o/a iniciante e não simplesmente dizer o que fazer ou como fazer. Para ela, “a supervisão é espaço de elaboração do saber do estagiário e, também, do supervisor, pois trata dos impasses que a clínica coloca a qualquer um” (p. 84), proporcionando o surgimento de novas possibilidades e reflexões acerca da prática clínica.

O lugar da supervisão continuará sendo discutido no decorrer deste estudo, ampliando a leitura para o fato de que a clínica universitária é também constituída por demandas que

envolvem o supervisor/a e que repercutem tanto nos tratamentos como na formação. Feitas as considerações em torno das possibilidades e (im)possibilidades entre psicanálise e universidade, trataremos a seguir sobre as peculiaridades da clínica institucional e, mais especificamente, sobre a clínica universitária, que configura a realidade dos serviços-escola sobre os quais estamos discutindo.

2 – Clínica pública universitária

Neste capítulo, partiremos de uma trajetória histórica acerca das clínicas públicas psicanalíticas, cuja organização teve início após um pronunciamento freudiano, em 1919, que se configurou como uma reação frente à devastação do pós-guerra e às possíveis implicações quanto ao futuro da psicanálise. No referido ato, Freud (1919b/1976) recomenda o início da prática psicanalítica em instituições públicas, para que uma considerável parte da população tenha acesso ao tratamento psicanalítico. Na composição de um importante grupo de analistas, essas instituições são fundadas, atuando também como espaços de formação. Na proposta, os/as analistas poderiam analisar aqueles/as que estavam em formação, bem como outras pessoas interessadas; os/as que estavam em formação também realizavam atendimentos e eram supervisionados/as pelos/as analistas. Nessa perspectiva, foram criadas mais de doze instituições no continente europeu, embora a maioria desses espaços tenha sido desativada em decorrência da Segunda Guerra Mundial.

Apesar de sua importância, essa história esteve silenciada por muito tempo. Em um cuidadoso e relevante relato, Danto (2019) aborda detalhes desses movimentos institucionais iniciados a partir do pronunciamento de Freud. Atualmente, seguindo o legado freudiano, há cada vez mais psicanalistas atuando em serviços públicos e gratuitos.

Realçaremos o trabalho que pode ser desenvolvido no contexto da clínica institucional e, de forma mais específica, discutiremos aspectos da clínica pública universitária. Referimo-nos à essa clínica, ao serviço-escola, como um espaço de formação para o/a estudante e a assistência à comunidade. O funcionamento institucional e os/as diversos/as integrantes envolvidos/as nesse serviço ocupam posições com funções específicas em cada tratamento realizado. Enfatizamos, nesse contexto, alguns aspectos transversais que constituem a clínica universitária e que ressoam nos acompanhamentos, bem como no vínculo do/a paciente com o serviço e em sua permanência.

2.1 O pronunciamento freudiano

O pronunciamento de Freud no V Congresso Psicanalítico Internacional em Budapeste/Hungria, publicado no texto *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* (Freud, 1919b/1976), é um marco fundamental para introduzir o debate sobre as clínicas públicas. Em seu ato e em seus desdobramentos, observa-se o cuidado de Freud com a ética da psicanálise,

refletindo sempre a respeito do que lhe é possível, vislumbrando novos caminhos, sem descaracterizar o que é próprio da psicanálise.

Conforme Muñoz e Correia (2022), o V Congresso Psicanalítico Internacional estava marcado para um período anterior, setembro de 1914; entretanto, com a eclosão da grande guerra, foi cancelado. Ele aconteceu nos dias 28 e 29 de setembro de 1918, dois meses antes do armistício, em Budapeste, na Academia Húngara de Ciências. Foi um evento importante na história da psicanálise. Além de integrantes da Associação Psicanalítica Internacional e ouvintes, estiveram presentes representantes oficiais dos governos aliados das potências europeias centrais. Para Muñoz e Correia (2022), essas presenças simbolizaram um marco, o reconhecimento do governo em relação à psicanálise e sua admissão na estrutura pública.

Nesse pronunciamento, Freud (1919b/1976) trata a psicanálise de uma forma inacabada e incompleta, indicando potenciais mudanças na teoria e na clínica. Imerso no contexto bélico, marcado por intensos conflitos políticos, destruição, bombardeios, mortes e traumas provocados pela guerra, ele demonstra uma atenção para com o mal-estar de sua época e uma responsabilização com as necessidades sociais vigentes.

Atento às demandas culturais e sociais, Freud sempre concebeu a psicanálise, enquanto construção e, em muitos momentos, reviu conceitos, reformulou teorizações e ampliou as possibilidades de atuação. Segue um trecho de seu pronunciamento:

Senhores: como sabem, nunca vangloriamos da inteireza e do acabamento definitivo de nosso conhecimento e de nossa capacidade. Estamos tão prontos agora, como o estávamos antes, a admitir as imperfeições da nossa compreensão, a aprender novas coisas e a alterar os nossos métodos de qualquer forma que os possa melhorar. (Freud, 1919b/1976, p. 201)

A guerra e o pós-guerra repercutiram intensamente na teoria e na prática psicanalíticas. Inserida em um dado contexto e em uma dada época, a clínica não é a-histórica, mas sim um dispositivo em movimento. Podemos afirmar que Freud é contemporâneo, na medida em que, para Agamben (2009), o contemporâneo não coincide muito plenamente com a época. Contemporâneo “é aquele que mantém fixo o olhar no seu tempo, para nele perceber não as luzes, mas o escuro” (Agamben, 2009, p. 62). Implica uma atividade atemporal, uma atividade do agora e do passado, de poder relacionar o agora com outros tempos. Freud não se esquivou disso, tendo avaliado, àquela época, direções possíveis para a psicanálise.

Junto ao grupo de analistas, ele observa que, em termos de quantidade, eles/as eram poucos/as e, em termos do que seria necessário ou diante da “enorme quantidade de miséria neurótica que existe no mundo” (Freud, (1919b/1976, p. 209), cada analista se dedicava a um número limitado de pacientes. Além disso, nas condições em que se encontravam, promoviam um trabalho com pessoas favorecidas socialmente, limitando ou impossibilitando o acesso da psicanálise a pessoas menos favorecidas. Por entender que a neurose independe de classe social, que o/a pobre tem direito a uma assistência psíquica como tem para cirurgias e que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos que a tuberculose, ele propôs a construção de instituições ou clínicas que oferecessem tratamento psicanalítico gratuito. Nessa proposta, sugeriu a criação de uma organização que possibilitasse aumentar o número de pacientes assistidos/as pela psicanálise, expandindo o alcance da psicanálise para pessoas menos favorecidas socialmente, bem como do campo de atuação psicanalítico.

Ainda no pronunciamento, Freud (1919b/1976) sinaliza algumas dificuldades, como a posição do Estado frente a essa assistência, de modo que isso poderia adiar ainda mais a sua execução. Apesar de não informar quando, ele realça que um dia essa ampliação iria ocorrer e que, possivelmente, essas clínicas teriam início através da “caridade privada”.

Freud adverte que, diante dessa ampliação, a técnica precisaria ser adaptada às novas condições, ressaltando não ter dúvidas de que “[...] a validade de nossas hipóteses psicológicas causará boa impressão também sobre as pessoas pouco instruídas, mas precisaremos buscar as formas mais simples e mais facilmente inteligíveis de expressar as nossas doutrinas teóricas” (Freud, 1919b/1976, p. 210). Acrescenta que, possivelmente, será descoberto que: “[...] os pobres estão ainda menos prontos para partilhar as suas neuroses, do que os ricos, porque a vida dura que os espera após a recuperação não lhes oferece atrativos, e a doença dá-lhes um direito a mais à ajuda social” (Freud, 1919b/1976, p. 210). Observa, também, algumas peculiaridades que precisariam ser consideradas, demonstrando que não se trata de uma mera aplicação do exercício da psicanálise no consultório privado na clínica pública, haja vista que o contexto e as situações sociais convocam mudanças e adaptações, sinalizando particularidades dessa clínica.

Foi nesse congresso que Freud, pela primeira vez, ressaltou publicamente a responsabilidade social da psicanálise em reduzir a desigualdade e oferecer terapia gratuita (Muñoz & Correia, 2022). O pagamento sempre consistiu em um aspecto importante no tratamento psicanalítico, abordado por Freud em texto anterior ao pronunciamento, em que recomendava que se deveria recusar tratar alguém sem honorários (Freud, 1913/1969). No

entanto, embora atento às implicações da gratuidade do tratamento, não hesitou em sinalizar sua importância nos contextos de vulnerabilidade social.

Freud (1919b/1976, p. 211) analisa que: “é muito provável, também, que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta”, reforçando, no entanto, que, como quer que se configurasse a clínica pública, não se poderia abdicar do rigor e do método psicanalíticos. É com a transmissão dessa mensagem, com esse ato político, que Freud encerra o seu pronunciamento.

No ano seguinte, em 1920, Freud publica um breve escrito sobre Anton Von Freund, que foi secretário Geral da Associação Psicanalítica Internacional desde o Congresso Internacional de Budapeste e faleceu de forma prematura em 1920. Nesse escrito, Freud (1920/1976) menciona que um dos grandes desejos de Anton von Freund era ajudar as massas pela psicanálise, referindo que, através da iniciativa privada, ele procurou abrir um caminho para esse dever social. A arrecadação seria destinada à criação de um instituto de psicanálise em Budapeste, no qual a análise deveria ser praticada, ensinada e tornada acessível ao povo. Além disso, essa instituição também deveria constituir um centro para novas pesquisas. Ferenczi seria o diretor científico e von Freund se responsabilizaria pela sua gestão.

Diante do falecimento de von Freund, a execução dos “esquemas filantrópicos” (Freud, 1920/1976) em Budapeste foi interrompida. Entretanto, a ideia não se perdeu. Poucas semanas após a morte do secretário, Dr Max Eitingon inaugurou, em fevereiro de 1920, a primeira clínica ambulatorial de psicanálise em Berlim (Freud, 1920/1976). Em 1923, Freud resgata a criação e a importância da clínica pública, enaltecendo o desejo de que outras sociedades seguissem o exemplo de Eitingon, criando instituições psicanalíticas semelhantes, em resposta às demandas e às necessidades sociais. Sobre a Policlínica de Berlim, ele faz a seguinte descrição:

Esse instituto busca, por um lado, tornar o tratamento analítico acessível a amplos círculos da população e, por outro, empreende a instrução de médicos para serem analistas clínicos através de um curso de formação incluindo como condição que aquele que aprende concorde em ser ele próprio analisado. (Freud, 1923/1976, p. 252)

Desse modo, ele demarca o objetivo dessa instituição que, além de um espaço para atendimento psicanalítico gratuito, também constituía um espaço de formação analítica. Observamos que sua fala no congresso provocou uma importante expansão da psicanálise, tanto no sentido do alcance desse serviço para a sociedade quanto na estruturação da formação.

Ao mesmo tempo, apesar desse impacto, as clínicas públicas não tiveram uma discussão aprofundada na obra freudiana. Não temos muitos registros de Freud a esse respeito, há uma ausência de materiais sobre particularidades da clínica pública e sobre as necessárias adaptações do método psicanalítico que ele próprio havia sinalizado.

2.2 Uma nova direção no movimento psicanalítico

Danto (2019) documenta a história das clínicas públicas criadas por Freud junto a um grupo de analistas. Os escritos dessa autora revelam que eles/as entendiam que o inconsciente não tem classe social, que a psicanálise não era suposto luxo, decidindo instituir dispositivos que possibilitassem o trabalho analítico em diferentes contextos sociais.

Para esta autora, o pronunciamento de Freud (1919b/1976), em Budapeste, foi o presságio de uma nova e ousada direção no movimento psicanalítico, tendo produzido um efeito surpreendente em seus ouvintes, de modo que muitos projetos organizacionais foram lançados e clínicas públicas foram inauguradas. Muitos/as analistas, que estavam ali presentes, posicionaram-se em prol da causa e se tornaram defensores/as das clínicas públicas. De acordo com Danto (2019), ao longo das instalações dessas instituições, seus/suas fundadores/as se comunicavam com Freud, que acompanhava as inaugurações com entusiasmo e estimulava o funcionamento dessas instituições, apostando na prática.

A publicação de Danto (2019) resgata uma história que tende, por vezes, a ser silenciada ou, como Broide (2019a) afirma no prefácio da obra, “esse movimento foi apagado, mas não sufocado pela história” (p. xv). Este autor ressalta que, para Freud, a inserção no campo social foi fundamental para a sobrevivência da psicanálise, demarcando a capacidade de inovação da psicanálise em meio à crise. Ou seja, diante de tantos destroços e de uma guerra que interferiu no mundo, a psicanálise não recuou frente a sua ética e ao compromisso social. A humildade e o espírito freudiano, a respeito das questões que atravessam a clínica e as suas concepções teóricas, permitiram a sobrevivência e o avanço da psicanálise. Nesse sentido, Broide (2019a) ressalta

[...] como a psicanálise se inova na crise social. É a escuta das demandas de nosso tempo que mantém o nosso saber vivo e criativo, obrigando-nos a dar conta do sofrimento e da miséria que se apresentam diante de nós enquanto algo desconhecido e que nos questionam eticamente. (Broide, 2019a, p. xvii)

Para Neves (2020), a fundação da policlínica retrata um pioneirismo que promoveu a psicanálise a um nível inédito. O surgimento dessa prática psicanalítica possibilitou não só o acesso da psicanálise para camadas populares, como também um novo lugar ao movimento psicanalítico. Segundo Broide (2019a), pelo menos doze centros de tratamento gratuito foram criados, tornando a psicanálise acessível a “estudantes, artistas, artesãos, operários, trabalhadores de fábricas, funcionários de escritório, desempregados, agricultores, empregados domésticos e professores de escolas públicas” (p. xxxi).

Os/as pacientes da Policlínica de Berlim, assim como em outras instituições, não eram impedidos/as de pagar pelo tratamento. “Esperava que pagassem o que achavam que poderiam. Pessoas que não podiam pagar, como estudantes, trabalhadores desempregados ou homens e mulheres indigentes, eram analisados gratuitamente” (Danto, 2019, p. 68). Se eles/as não podiam pagar pelo tratamento, isso não era um fator condicional para sua realização. Os membros da Sociedade de Psicanálise de Berlim atendiam gratuitamente ao menos um/a paciente. Caso os membros optassem pelo não atendimento gratuito, poderiam doar um montante para, juntamente com outras doações privadas, apoiar a clínica pública. Desse modo, o funcionamento institucional dependia de uma organização coletiva e de uma política interna, tanto na oferta de tratamento, quanto na manutenção de seu funcionamento. Havia tanto o sustento financeiro da instituição, como também a afirmação da causa em questão.

A partir dos dados registrados nas fichas clínicas da Policlínica de Berlim, relatórios eram construídos, indicando o quantitativo dos/as solicitantes e dos/as pacientes, além de informações sobre os acompanhamentos. Esses relatórios, produzidos por Max Eitingon e Otto Fenichel, mostravam que os/as analistas, ao ofertarem o tratamento nessa instituição pública, tentavam alcançar todas as classes sociais (Danto, 2019).

Conforme Danto (2019), em um período de 10 anos (1920-1930), foram realizadas 1.955 consultas, das quais 969 eram homens e 986 mulheres. Dos 721 processos analíticos realizados, 342 eram homens e 379 eram mulheres. Esses dados mostram que, tanto nas consultas quanto nos tratamentos, a distribuição por gênero era similar, contestando o discurso de que a psicanálise era um tratamento direcionado quase que exclusivamente para mulheres.

Dessas 721 análises, 363 haviam sido concluídas com sucesso, 117 ainda estavam ocorrendo e 241 foram interrompidas. Sobre o tempo desses tratamentos, “das 363 análises concluídas (por cura ou outro tipo de encerramento), 70 pacientes foram tratados por seis meses; 108 por um ano; 74 por 1,5 ano; 51 por 2 anos; 29 por 2,5 anos; 15 por 3 anos; e 16 por mais de 3 anos” (Danto, 2019, p. 254).

Observamos, com isso, que não havia uma prerrogativa quanto ao tempo de duração de cada acompanhamento, embora fossem recorrentes as discussões a respeito (Danto, 2019). Os/as analistas se recusaram a colocar limites de tempo no tratamento e na duração das sessões, apesar da divergência de opiniões. Três horas semanais de acompanhamento para cada paciente foi considerado o padrão de tratamento em Berlim. A maioria acontecia com a frequência de três vezes por semana. Sessões de meia hora se mostraram insatisfatórias, de modo que a norma instituída 50 minutos de duração. Assim como Freud e seguindo suas prerrogativas teórico-clínicas, eles/as também condenavam o cobre da sugestão direta ou a mistura do ouro com o cobre.

A criação do Ambulatorium em Viena foi atravessada por muitas dificuldades. Eduard Hitschmann e alguns/algumas colegas estiveram à frente desta fundação. Houve uma forte rejeição por parte do governo e de médicos/as, de modo que sua inauguração ocorreu após dois anos de intensas negociações, em 1922. O Ambulatorium era dirigido pela Sociedade Psicanalítica de Viena e prosperou por mais de dezesseis anos.

Havia, também, o centro de formação em Viena que, embora fosse uma organização oficialmente separada do ambulatório, eram instituições interdependentes de forma que o “ambulatório era a principal fonte de casos supervisionados dos candidatos” (Danto, 2019, p. 126). Os/as candidatos a analistas se submetiam à análise didática gratuita no centro de formação e trabalhavam no ambulatório, atendendo os/as pacientes sem remuneração. Conforme Danto (2019), a maioria dos candidatos/as analíticos/as fez análise de formação gratuitamente. Além disso, os casos tratados no ambulatório eram a principal fonte de supervisão, integrando assim a formação analítica. Para a autora, esse funcionamento se converteu em uma dimensão de responsabilidade social psicanalítica, em “um tipo surpreendente de política não escrita” (Danto, 2019, p.153).

Segundo a autora supracitada, “no ambiente politicamente carregado da cidade, o ambulatório oferecia às famílias indigentes de Viena a mesma qualidade de serviços de saúde mental tradicionalmente reservados para pacientes particulares” (Danto, 2019, p. 123). Prezava-se pela qualidade do serviço prestado e o alcance da assistência chegava a diferentes públicos, além de também haver registros de uma imensa lista de espera, tal era a procura.

No mais extenso relatório do ambulatório (Danto, 2019), publicado em 1932, não havia uma diferenciação do quantitativo entre consulta e tratamento; cerca de 200 a 250 solicitantes buscavam o serviço por ano. A proporção de homens atendidos no serviço era bem superior ao número de mulheres. Nos últimos dez anos, 1.445 homens haviam solicitado tratamento analítico, enquanto que 800 mulheres buscaram o acompanhamento, chegando a um total de

2.245 pessoas atendidas, das quais 48% eram jovens adultos/as de 21 a 30 anos de idade. Os dados eram abordados de uma forma não tão expressiva, mas constavam informações a respeito de queixas psicológicas, em sua maioria relacionadas à depressão, à falta de satisfação ocupacional e à disfunção sexual.

Em 1926, os/as psicanalistas britânicos criaram uma clínica em Londres, sob direção de Ernest Jones, apesar de seu pouco interesse nesse sentido. Em 1925, a Sociedade Britânica anunciou a abertura do seu instituto e sinalizou que abriria em breve uma clínica para pacientes externos, como as clínicas públicas eram também denominadas (Danto, 2019).

A enorme doação financeira de um industrial americano para a Sociedade Britânica possibilitou a abertura da clínica londrina, oficialmente inaugurada no dia do aniversário de Freud. Há um registro sobre esse momento, nas cartas entre Freud e Jones, em que ele menciona: “Embora ausente da abertura da Clínica amanhã, estou com vocês em tudo e sinto a importância desse dia” (Freud, como citado em Danto, 2019, p. 210). Melanie Klein também participava da instituição; “tratava gratuitamente pelo menos um paciente por dia ou prestava um serviço equivalente à clínica” (Danto, 2019, p. 212).

Na Clínica de Londres, nos primeiros nove meses, foi registrado o número expressivo de cem consultas, mesmo não havendo divulgação em massa para a população. Muitos/as desses/as entrevistados/as permaneceram em tratamento analítico (Danto, 2019). As solicitações excediam a capacidade de acolhimento da equipe, gerando uma lista de espera de dois anos. Segundo a autora, o tratamento era isento de custos e, com o objetivo de evitar uma demanda avassaladora, foram identificadas três categorias de pacientes: os casos urgentes, os casos particularmente adequados para estudantes e os perenes casos restantes. Havia, também, reuniões com a equipe e eles/as avaliavam positivamente os resultados dos tratamentos realizados, indicando que alguns/algumas pacientes tinham sido curados/as e outros/as estavam se beneficiando do acompanhamento.

No decorrer desses anos, outras clínicas públicas foram criadas, inclusive em Budapeste, onde a primeira ideia de implantação de uma clínica pública havia surgido. Após cerca de dez anos da inauguração da Policlínica de Berlim, o Estado reconheceu o seu valor. A população passou a ter o mesmo direito social ao tratamento de saúde mental quanto à cirurgia. Apesar de as clínicas terem iniciado através da caridade privada, tal como Freud (1919b/1976) havia sinalizado, esse reconhecimento trouxe um marco importante.

A nomeação de Hitler como chanceler do Reich, em 1933, provocou a destituição da Policlínica, quando esta passou por modificações, sendo transformada em um centro de tratamento não freudiano (Danto, 2019). Frente a essas condições e ao nazismo, muitos

membros da Policlínica e do instituto de formação deixaram a Alemanha. Nesse período, os livros de Freud foram queimados e houve uma tentativa de extinguir/eliminar a psicanálise enquanto prática. Essa situação gerou muitos conflitos e repercutiu no funcionamento das demais clínicas públicas. Nesse período, um grupo de analistas manteve a comunicação sobre psicanálise e os acontecimentos políticos, através da emissão de uma série de cartas, porém também isso foi sendo limitado, na medida em que a censura dominava a Europa.

Danto (2019, p. 379) relata que: “o fim das clínicas psicanalíticas gratuitas chegou em 12 de março de 1938, quando milhares de tropas da Wehrmacht alemã, armadas com baionetas, marcharam com a bandeira da conquista nazista em Viena”. A comunidade psicanalítica foi exilada de Berlim e Viena. Muitos/as psicanalistas fugiram, tentando sobreviver em outros países. Com o passar dos anos, Londres tornou-se o epicentro da psicanálise, onde Freud e sua família se refugiaram.

Fernandes e Lima (2019), no posfácio da obra de Danto (2019), avaliam que a história não é linear e homogênea, mas que é justamente por ela ser móvel que se constrói e reconstrói a cada urgência do contemporâneo. Já há alguns anos, existe um movimento no Brasil de psicanalistas que debate sobre o acesso ao tratamento psicanalítico, o que vem ampliando a presença da psicanálise em clínicas públicas brasileiras, além dos espaços já consolidados em algumas faculdades de psicologia e clínicas sociais pertencentes aos institutos de formação. Para esses autores, “depois de décadas de apagamento dessa história, eis que o livro de Elizabeth Ann Danto nos ajuda a ‘des-recalar’ o caráter revolucionário dos primórdios dessa fantástica invenção chamada psicanálise” (Fernandes & Lima, 2019, p. 394). Para nós, a publicação dessa obra simboliza o retorno do recalado, que atesta uma presença, que não tem como ser apagada, e que deixou marcas.

Justamente pela tentativa de silenciamento dessa significativa e importante prática psicanalítica, escolhemos retratar um pouco dessa história, para que pudéssemos observar possíveis articulações com as práticas psicanalíticas atuais, que refletem não só a legitimidade da clínica psicanalítica pública, mas que evidenciam importantes repercussões do pronunciamento freudiano de 1918.

2.3 Clínica-escola e os atravessamentos da formação e da assistência

Com base em Danto (2019), optamos pelo uso do termo clínicas públicas como sinônimo das clínicas institucionais. Apesar de, em alguns contextos, serem denominadas de “clínica social”, concordamos com Pacheco-Ferreira e Mendes (2022), quando discutem a

importância de questionarmos qual o sentido e com qual intenção se emprega esta denominação. Elas afirmam que práticas sociais dizem respeito a um tratamento oferecido a classes economicamente menos abastadas, muitas vezes, conduzidos por profissionais recém-formados/as.

Uma clínica social deve estar a serviço da população de forma crítica e implicada e, dessa forma, “não há sentido qualificar uma clínica como social, pois toda clínica deveria ser, por definição, social” (Pacheco-Ferreira & Mendes, 2022, p. 49). Nessa perspectiva, ainda que seja uma clínica individual, ela será sempre atravessada por aspectos históricos e sociais, de modo que a clínica, privada ou pública, haveria de ser sempre considerada uma clínica social.

Ainda é muito comum que a psicanálise seja acusada de oferecer um tratamento individualista e elitista. Inclusive, em certa medida, é apresentada dessa forma por alguns/algumas psicanalistas, que questionam a prática da clínica institucional/pública e restringem a clínica psicanalítica ao consultório particular. Diante do desafio da implantação de novos dispositivos analíticos, havia muitos debates, mas não se dizia “‘isso não é psicanálise’ ou ‘isso não é clínica’. Ia-se ao campo e debatia-se com profundidade” (Broide, 2019a, p. xv). A prática clínica deve estar sempre em movimento, sendo continuamente revista, de modo a acompanhar as demandas do contexto de sua ação.

Apesar de os avanços, há ainda certo desconhecimento da atuação da psicanálise em contextos que não o consultório privado. Há psicanalistas em escolas, em instituições de saúde, em universidades, em organizações, que atuam para além do enquadre convencional. Ao mesmo tempo, deparamo-nos com psicanalistas que questionam a prática da clínica pública, indagando se se trata mesmo de psicanálise.

Parece-nos que, para muitos/as, a clínica psicanalítica pública não é clínica por ser pública. Pois bem, é relevante pensarmos no apagamento dessa história psicanalítica e na quase ausência de bibliografia em português sobre esse percurso (Lima, 2019). Por que renegar essa parte da história? Se o próprio fundador da psicanálise esteve atento às necessidades de sua época e demandas futuras, quais fatores contribuíram para a renúncia da clínica pública? Não devemos ignorar a destruição provocada pela Segunda Guerra Mundial, além das dificuldades de estruturação e manutenção desses serviços. Entretanto, parece haver uma grande reserva em se debruçar sobre essas práticas, dada, talvez, a ameaça de incluí-las no rol das práticas psicanalíticas.

Broide (2019b) ressalta que: “[...] seja onde for, se escutarmos, o sujeito fala” (p. 53). Essa afirmação invoca mais uma vez a posição do/a clínico/a, que está para além da demarcação

de um espaço físico. Sobre a passagem da clínica psicanalítica do consultório para a clínica da cidade, o autor comenta:

Não se trata de uma simples transposição de um espaço a outro, mas sim, de uma inflexão que propõe a construção de dispositivos clínicos pautados pelos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, ou seja, o inconsciente, a transferência, a pulsão e a repetição. (p. 62)

Entendemos que a ampliação da prática psicanalítica não pode ser vista como a tentativa de um encaixe ou uma réplica da prática tradicional. O contexto e a própria dinâmica institucional atravessam o tratamento, suscitando a criação de dispositivos clínicos e institucionais que estejam de acordo com os pilares fundamentais da psicanálise. Concordamos com Moretto (2019, p. 124), quando ela afirma que o fato de “[...] esta clínica ocorrer na instituição não fica sem consequências nem para a instituição nem para a Psicanálise”, sendo então convocada a rever seus fundamentos teóricos e intervenção.

Quando falamos sobre a diversidade de clínicas possíveis, a clínica universitária é uma delas, não isenta de tensões e de questionamentos. Considerar suas particularidades e seus reflexos, no serviço prestado, é extremamente relevante, de modo a, uma vez situando o seu lugar, evitar uma reprodução forçada do privado no público.

A clínica universitária é um espaço institucional, repleto de potencialidades que, em sua maioria, oferta atendimento psicológico no espaço da universidade, dialogando deste modo com as duas proposições freudianas de 1919. Tanto em relação às possibilidades entre psicanálise e universidade, incluindo a própria ideia da existência de um ambulatório clínico, enquanto um local para pesquisa, como possibilitando o acesso a um tratamento, por vezes, gratuito para uma parcela da população. Aqui é importante ressaltar que, ainda que existam proximidades e aspectos comuns entre a clínica universitária e as clínicas públicas freudianas, entendemos que as mesmas são instituições cujas formações envolvem finalidades distintas. A clínica universitária, inclusive, oferta a assistência à comunidade, contudo não podemos desconsiderar que ela pertence à universidade, que visa primeiramente o ensino e a formação.

As clínicas vinculadas aos cursos de Psicologia foram regulamentadas pelos Art. 16 da Lei 4.119 de 27 de Agosto de 1962 e o Art. 7º do Decreto 53.464 de 21 de Janeiro de 1964, que versam sobre a obrigatoriedade da organização de serviços clínicos abertos ao público, por parte dos cursos de formação em psicologia, possibilitando, via acolhimento e acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico, a prática supervisionada dos

atendimentos realizados pelos/as estudantes, os/as estagiários/as-terapeutas. Geralmente, nesses espaços, ocorrem atividades e práticas de estágio, bem como atividades de ensino, pesquisa e extensão. Essa proposta foi novamente realçada na Resolução CNE/CES nº1, de 11 de outubro de 2023, referente às novas Diretrizes Curriculares Nacionais da Psicologia, na condição de Serviço-Escola. Conforme esta resolução, as atividades desenvolvidas devem ser congruentes com o perfil do/a egresso/a e com as demandas de serviço psicológico da comunidade.

Sobre a natureza (formação e assistência) desses serviços, Marcos (2011) afirma que diferentemente de um ambulatório, que direciona as suas atividades apenas para a assistência psicológica, a clínica universitária se constitui enquanto lugar de formação e de pesquisa, lugar do exercício da pergunta, dos questionamentos, das dúvidas. O atendimento à comunidade é formador, a clínica é um espaço de criação de novas possibilidades de pensar (Marcos, 2011), revelando o lugar da formação e a particularização dessa clínica, que atende duas clientelas, o/a estudante e o/a paciente. Assim, considerando que o tratamento ofertado ocorre em uma instituição que visa à formação do/a estudante, é importante pensar sobre possíveis repercussões das demandas do/a próprio/a estagiário/a no processo de acolhimento ao/à outro/a.

Frente a isso, “qual é a clínica possível, no âmbito da universidade, a partir da psicanálise?” (Darriba & Pinheiro, 2011, p. 160). Conforme mencionamos anteriormente, é sobre a relação entre a psicanálise e o estágio, que acontece na clínica universitária, que nos debruçamos nesta tese. Entendemos que a experiência da clínica é de extrema relevância no processo de transmissão. A psicanálise é utilizada como aporte teórico para dar sustentação à escuta clínica dos/as estagiários/as e às intervenções nas supervisões. Ainda que o estágio ofertado não tenha como objetivo a formação em psicanálise e sim em psicologia, considera-se, como vimos, que o contato do/a estudante com a psicanálise repercute em sua formação, assim como na própria psicanálise, na universidade e na comunidade.

A dinâmica de uma clínica-escola envolve alguns/algumas integrantes. Minimamente, envolve o/a estudante – que, nesse momento, torna-se estagiário/a-terapeuta e que, muitas vezes, não tem/teve uma experiência de trabalho/análise pessoal –, o/a paciente, o/a supervisor/a, a Clínica, o curso de psicologia, a instituição universitária. As relações estabelecidas por esses/as integrantes denotam uma série de posições que são assumidas e revelam a complexidade e a especificidade dessa clínica.

Costa (2006) afirma que a “denominação ‘clínica institucional’ constitui uma estrutura discursiva que implica tanto quem procura o atendimento, quanto quem está colocado na

condição de escutar a queixa” (p. 156). Assim, se há uma dificuldade na constituição da demanda, deve-se refletir não só sobre o/a paciente queixoso/a, mas também sobre o/a estagiário/a-terapeuta, os/as supervisores e a instituição, na trama singular que nesse cenário se constrói. Ela questiona: “qual seria, então, a forma de implicação daquele que escuta numa clínica institucional, de tal maneira que seu lugar possa viabilizar o desenlace da queixa?” (p. 162).

Essa autora registra algumas diferenças da transferência no âmbito de um consultório particular e no da clínica institucional. No consultório privado, “a área está um pouco mais ‘limpa’, não existe tanto ruído de interpelações institucionais” (p. 161). Já na clínica institucional, “uma série de ‘outros’ invade a sala de trabalho” (p. 161). A dinâmica institucional e os atravessamentos de seu funcionamento, em meio às características e objetivos da instituição, podem ser pensados através da concepção de transversalidade, proposta por Guattari (1976). O autor considera que os aspectos transversais envolvem arranjos históricos, político-econômicos, sociais, estéticos e constituem o funcionamento institucional.

A complexidade de arranjos diversos e descontínuos fundamenta-se nessa noção de transversalidade (Guattari, 1976), que supera a ideia de verticalidade e horizontalidade, envolvendo os sujeitos e as instituições. Esses arranjos produzem fenômenos institucionais que nos ajudam a pensar o funcionamento da clínica universitária. É importante ressaltar que as queixas dos/as usuários/as são apresentadas no modo como eles/as chegam ao serviço, nas suas falas, nos seus apelos, nos endereçamentos à instituição. Elas atravessam o sujeito que, nessa perspectiva, é constituído *na e pela* cultura, regida por aspectos históricos, econômicos, sociais, éticos, estéticos.

Diante da diversidade de situações sociais contemporâneas, consideramos a dimensão sociopolítica como um aspecto que permeia a clínica, incidindo institucionalmente e emergindo nos tratamentos ofertados. A instituição, atravessada pelo mal-estar cultural e pelas demandas sociais, é um integrante que não deve ser descaracterizado. Partimos da concepção de uma psicanálise implicada (Rosa, 2018), em que as dimensões política e social, inseparáveis do sujeito, perpassam o contexto clínico. Frente a isso, apresentamos a seguir uma discussão em torno da dinâmica transferencial, que transcorre no tratamento institucional, tendo em vista que o funcionamento e as relações institucionais, para além de fatores externos às intervenções, tangenciam os acompanhamentos realizados.

2.3.1 A dinâmica transferencial

Ainda sobre a trama que se constrói no contexto institucional, muitas vezes, a transferência com o/a terapeuta é atravessada, por vezes antecedida, pela transferência com a instituição. Freud (1912b/1969) concebe a transferência como a mola propulsora do tratamento analítico e, ao mesmo tempo, como obstáculo, quando a serviço da resistência. É uma ferramenta que evidencia os vínculos, é basilar no *setting* analítico, sendo seu manejo fundamental na prática analítica.

Em um tratamento, na relação com o/a outro/a, seja este/a o/a analista seja a própria instituição, o/a paciente transfere e atualiza experiências, sentimentos e relações, principalmente infantis, que poderão ser repetidos, recordados e elaborados (Freud, 1914/1969). Através da relação transferencial, as experiências traumáticas e anteriores poderão ser ressignificadas. Considerando o conflito que subjaz nos sintomas, há também a resistência e os ganhos secundários que dificultam esse processo.

Na clínica pública, o/a paciente não escolhe quem irá atendê-lo/a, o endereçamento inicial é feito ao serviço. Diferentemente do consultório privado, em que o/a paciente busca por aquele/a analista/terapeuta, no âmbito institucional, o/a usuário/a se dirige à instituição em busca de assistência psicológica. O vínculo, inicialmente, com a universidade se torna uma marca nos acompanhamentos realizados nos serviços-escola de psicologia, incide no tratamento de modo que a relação transferencial não fica restrita ao/à paciente e ao/à estagiário/a-terapeuta.

Destacamos, aqui, o que Heck e Kessler (2015) comentam sobre a transferência dirigida à instituição, quando a suposição de saber não é endereçada apenas à pessoa que conduz o atendimento. No contexto de uma clínica universitária, essa suposição se estende à universidade que, segundo os autores, tem um notório reconhecimento social. A universidade, sendo uma referência para a sociedade, assume um lugar, uma posição na relação do/a usuário/a com o serviço.

Para Marcos (2011), o endereçamento é uma questão crucial na especificidade da clínica-escola. Ela propõe que é preciso conduzir o tratamento de maneira a “[...] transformar o sintoma em questão e ao mesmo tempo permitir um endereçamento que seja à instituição, ao outro estagiário, ao tratamento” (Marcos, 2011, p. 212). O endereçamento e a implicação no tratamento estão interligados. Aquele/a a quem a fala é direcionada, o modo como o/a outro/a responde e como o sujeito se posiciona frente ao seu sofrimento retratam aspectos elementares do tratamento analítico.

Baratto (2006), em seu estudo sobre a transferência e a prática na clínica universitária, propõe a existência de uma transferência anônima com a instituição, que não convoca e nem

endereça a fala a alguém determinado/a, instalado/a no lugar de sujeito suposto saber. Para a autora, o desafio clínico é propiciar ao/à paciente a produção de um giro subversivo, em que haja uma passagem da transferência anônima para uma transferência singular com aquele/a que o/a atende. Frente a isso, a autora comenta que muitos/as pacientes permanecem em um lugar de fala vazia, sem uma implicação subjetiva no tratamento, sendo o/a estagiário/a tomado/a apenas como mais um/a a escutá-lo/a. Essa denominação “transferência anônima” chamou a nossa atenção pois consideramos que a transferência institucional é um importante e notável aspecto que atravessa o tratamento na clínica universitária, muitas vezes servindo-lhe de ponto de ancoragem. Sendo assim, discordamos da ideia de anônimo, visto que a relação do/a paciente com a instituição tem uma função importante no tratamento. Contudo, não negamos as possíveis consequências quando o vínculo do/a paciente se mantém restrito à instituição, de forma que essa identificação junto ao trabalho da supervisão poderá provocar efeitos importantes no processo terapêutico.

Somado a isso, Baratto (2006) afirma que as maiores dificuldades apresentadas pelos/as estagiários/as iniciantes da prática clínica, ocorrem em torno da escuta e do manejo do lugar que os/as pacientes lhes atribuem na transferência. Não podemos falar de transferência sem pensarmos em uma relação e nas posições que são ocupadas pelos/as integrantes dessa relação. Para esta autora, diante da inexperiência da escuta clínica e da comum falta de análise pessoal, é frequente que o/a estagiário-terapeuta identifique-se “com o lugar imaginário que a transferência dos pacientes lhes outorga” (p. 108). Ou seja, é desse lugar que ele/a responde ao/à paciente, constituindo uma relação simétrica e imaginária, tendendo a não se diferenciar de outras relações cotidianas. Sendo mais uma relação habitual, podemos compreendê-la enquanto um tratamento?

Como consequência inevitável da impossibilidade do jovem praticante da psicanálise se posicionar num lugar terceiro de escuta e de intervenção – e que lhe permite servir de suporte aos fenômenos da transferência, sem, contudo, se tomar de forma identificatória pela pessoa que a mesma lhe imputa ser – ele se ensurdece à escuta da verdade singular do desejo do sujeito presente em seu discurso. (Baratto, 2006, p. 114)

Supomos que, diante dessa dificuldade, há um possível comprometimento na relação transferencial, podendo constituir um impasse no tratamento. Dessa forma, a prática da supervisão, além de ser uma condição, é imprescindível no contexto da clínica universitária, pois, através dela, o manejo da transferência dos casos poderá ser trabalhado e facilitado, de

modo que os/as estagiários possam reconhecer o lugar a eles/as atribuído pela transferência (Baratto, 2006). Espera-se que, ao longo da experiência clínica, os/as estagiários/as possam suportar os efeitos produzidos pela transferência e que sejam “[...] capazes de sustentar o lugar de sujeito suposto saber, sem se tomarem como tal e sem a ele se furtar” (p. 109).

Além disso, observa-se, também, uma transferência do/a paciente com o/a supervisor/a de estágio. Sabendo que estão sendo acompanhados em um serviço-escola, os/as estagiários/as podem endereçar ao/à supervisor/a o caso. Aqui, realçamos o lugar que este/a próprio/a assume frente ao endereçamento, e o lugar que o/a estagiário/a atribui ao/à supervisor/a. Além disso, os/as pacientes podem relatar situações para os/as estagiários/as e lhes pedir que conversem sobre isso com os/as seus/suas supervisores/as (Baratto, 2006). Nessa perspectiva, a transferência do/a paciente com o tratamento está atravessada pelo saber/lugar da supervisão.

Feitas essas observações, no tópico seguinte, discutiremos sobre um entrave que diz respeito às limitações das clínicas institucionais. Tem-se uma alta procura, entretanto, a oferta não condiz com a demanda. Há uma oferta limitada para uma demanda intensa que, muitas vezes, acarreta uma lista de espera “sem fim”. Veremos sobre essa desproporcionalidade e suas implicações.

2.3.2 Desproporcionalidade entre a demanda e a capacidade de acolhimento

Diariamente, novas pessoas buscam informações a respeito do funcionamento da clínica-escola, procurando por acompanhamento psicológico, esbarrando, entretanto, na limitação da oferta. Tal como abordamos em relação às clínicas públicas de Freud, que já enfrentavam os desafios das listas de espera, nas clínicas universitárias, a demanda não condiz com a capacidade de acolhimento e, muitas vezes, o/a usuário/a aguarda um tempo significativo até ser chamado/a. Nas diversas instituições públicas, a fila de espera é uma realidade, não havendo previsibilidade de contato, com pessoas que estão aguardando assistência psicológica (Figueiredo, 1997). Ainda que as listas de espera seja um fenômeno habitual desses espaços, sua utilização se torna passível de questionamentos. Muitas vezes, quando é feito o contato com o/a usuário/a que está na lista, para informar sobre a disponibilidade de um atendimento, acontece em um tempo muito posterior ao da inscrição, de modo que eles/as relatam com frequência que já não querem/precisam do serviço, que já iniciaram um acompanhamento em outro espaço ou até mesmo concordam com a marcação, porém não comparecem. Convém demarcar que, muitas vezes, o tempo da urgência subjetiva não corresponde ao tempo da fila, ao tempo em que o atendimento poderá ser marcado.

Vorcaro (2017) chama a atenção para as condições dos serviços universitários e reflete sobre a desproporcionalidade dos efeitos da intensidade de demanda diante de uma oferta muito limitada. Segundo a autora, “[...] as clínicas universitárias são reféns desta situação, na medida em que respondem por grandes montantes de solicitações não respaldadas pelo sistema de saúde” (p. 39). É muito importante considerar a natureza formativa desses serviços, para que os/as estudantes e o próprio serviço não sejam engolidos pela intensa demanda, paralelamente à importância de diminuir a lista de espera ou torná-la inexistente. Outras modalidades de atendimento possibilitam uma escuta ao sujeito em sofrimento psíquico. Por exemplo, há o plantão psicológico, serviço aberto ao público, que não exige agendamento e que, a partir da escuta realizada, são feitas orientações e intervenções breves. Existem, também, as atividades em grupos, terapêuticos ou educativos, que alcançam um maior número de pessoas assistidas.

Diante da indisponibilidade de vagas para o acompanhamento, há também a prática de encaminhamentos para a rede pública. Junto a isso, as clínicas-escola de psicologia se tornaram referência não só para a comunidade como também para os serviços de saúde mental, sendo muito comum a prática do encaminhamento, o qual, geralmente, acontece quando o local não dispõe de atendimento clínico ou do/a profissional de psicologia ou quando o serviço já se encontra superlotado. Frente a esses fatos, avaliamos a importância da articulação entre os serviços universitários e os serviços do sistema público de saúde, já que uns se referenciam para os outros. Pensar nas possibilidades interventivas e nos recursos de forma conjunta auxilia na identificação dos aspectos que atravessam a instituição pública de uma forma geral, propondo uma oferta nesses serviços capaz, minimamente, de acolher a demanda apresentada. Refletimos abaixo, com vistas a pensar possíveis estratégias, se a gratuidade é um fator que contribui para esta alta procura, além de algumas repercussões que envolvem um tratamento gratuito.

2.3.3 Gratuidade

Do mesmo modo em que há uma alta procura, também é significativo o número de faltas durante o acompanhamento e de desistências. Questionamos se o caráter público, a gratuidade, além do que abordamos acima em torno do aspecto transferencial, são alguns dos fatores que incidem na grande procura, nas faltas, desistências e, em alguns casos, dificuldade de implicação no tratamento.

A gratuidade desses serviços é um aspecto transversal importante de ser analisado. A pesquisa realizada por Santos e Ferrari (2016), com supervisores/as de clínicas universitárias,

concebe o aspecto da gratuidade como uma das hipóteses da “infinetização do tratamento” (p. 211), podendo estar relacionada com a permanência prolongada dos/as pacientes nesses espaços.

Sabemos, conforme Freud (1913/1969) já havia sinalizado, da importância dos honorários, seja por eles custearem o trabalho do/a analista, seja pela função do dinheiro no tratamento. Não obstante, como vimos, com o seu pronunciamento e a criação das clínicas públicas, esse aspecto, apesar de ser revisto, não perde sua importância e não é desconsiderado no âmbito do tratamento. Observamos que as clínicas públicas eram fundadas e mantidas, principalmente, por doações, porém não se excluiu a concepção freudiana em torno do caráter simbólico do dinheiro e sua importância para a experiência analítica.

Para Figueiredo (1997), um argumento comum entre analistas que trabalham na rede pública é de que: “[...] há sempre um momento em que pagar (ou não) entra em jogo como um poderoso fator de resolução da transferência” (pp. 97-98). Ou seja, não é porque o atendimento acontece em um serviço público e não há um pagamento monetário para tal, que não haja questionamentos em torno do lugar do dinheiro, principalmente no decorrer de uma análise.

Broide e Ab’Sáber (2017) ressaltam que o atendimento público nas cidades e nas clínicas-escola, sem a centralidade do dinheiro, já é uma realidade. Eles refletem sobre como podemos tomar o dinheiro no tratamento, enquanto um significante, e não em sua materialidade concreta no registro da falta. Os autores sustentam que: “nenhuma clínica é ‘sem dinheiro’”. Vejamos. Quando o pagamento de uma sessão não é feito diretamente por aquele que consulta, sempre existe uma mediação que pode ser a do Estado, da Universidade, da iniciativa privada ou do terceiro setor” (p. 5). Ou seja, o tratamento gratuito não implica que não haja pagamento, afinal poderá ser mediado e custeado por outro/a, como também poderá haver um pagamento simbólico feito pelo/a paciente. Não quer dizer que, por ser público, o tratamento é sem custo para o/a paciente. Por mais que não seja palpável, esse custo/pagamento poderá ser estipulado e pactuado entre o/a paciente e o/a terapeuta, podendo constituir um aspecto do contrato terapêutico, e sim, ser fundamental para a responsabilização do sujeito perante o tratamento.

Sabemos que, em uma parte das clínicas que estão vinculadas a uma universidade pública, há uma proibição, um impedimento da cobrança pelo serviço prestado, mesmo se este for um valor simbólico. Nas clínicas das universidades privadas, há essa possibilidade, mas, na maior parte delas, o pagamento monetário é um valor simbólico. De fato, esses serviços, como integram o curso de psicologia, são subsidiados pela própria universidade ou pelo Estado. A contratação dos/as profissionais envolvidos/as e o pagamento, bem como a estrutura física da clínica e seus custos, ficam sob a responsabilidade institucional.

O que se torna um impasse no tratamento é quando a gratuidade repercute enquanto ausência de investimento. Ou seja, quando o “eu vou buscar o atendimento lá, pois é gratuito” se sobrepõe ao próprio desejo pelo tratamento. Compreendemos que, quando há ausência de investimento, dificilmente o/a paciente permanece em acompanhamento, o que justifica as diversas faltas, os famosos “bolos” ditos pelos/as estagiários/as e as interrupções de tratamento.

Há, também, casos em que pessoas com condições financeiras de arcar um tratamento particular, ou até mesmo, pessoas que têm planos de saúde, buscam esses serviços para atendimento. Existem clínicas em que é clara a prioridade do atendimento para pessoas que enfrentam situações de vulnerabilidade social; porém, em outras, não há essa restrição, de modo que pessoas com condições mais favoráveis também são atendidas. Sendo a clínica universitária, uma instituição pública e aberta, em sua maioria, caberia restringir o seu público?

A seguir, discutiremos sobre outro importante aspecto transversal na dinâmica das clínicas-escola, tema basilar de nossa tese, o tempo de acompanhamento. Como veremos, o tempo da urgência subjetiva não é síncrono ao tempo que se permanece na fila de espera. Há um tempo em cada tratamento que não é universal, mas que é singular e que poderá possibilitar a construção de novos repertórios na vida do/a paciente, bem como proporcionar novas formas de ele/a lidar com o seu sofrimento. Considerando o contexto de um serviço-escola e suas limitações, como o aspecto do tempo é concebido e manejado?

2.3.4 Impasses entre o tempo cronológico e o tempo lógico do tratamento

Discutir sobre o tempo de tratamento na clínica universitária envolve muitos atravessamentos. Não se trata apenas da duração de uma sessão, de um acompanhamento ou do tempo da lista de espera. Por ser um serviço-escola e a maioria dos atendimentos serem realizados pelos/as estagiários/as-terapeutas, precisamos também considerar o tempo do estágio, que é limitado e pré-determinado, diferentemente do tempo do/a paciente, que precisará ser concebido em outra lógica.

No início do estágio, há um tempo para o/a estagiário/a conhecer a dinâmica e o funcionamento do serviço, além de um tempo de organização pessoal, que não é um tempo padrão, para que ele/a possa dar início aos atendimentos. Nesse momento, surgem diversos questionamentos: quanto tempo eu tenho para atender? Como saber o momento de concluir? Como lidar com o atraso e a falta do/a paciente? E quando o atraso é do/a próprio/a estagiário/a? Como assegurar não invadir o tempo do/a colega que irá atender a seguir? Além do tempo destinado aos atendimentos, a dinâmica do estágio implica, também, tempo para as

supervisões, registros, reuniões e estudo, além de uma questão crucial que se impõe a cada término de estágio, o tempo de cada processo terapêutico. Dedicar-nos-emos mais sobre este último.

Durante o acompanhamento e ao final do estágio, recomenda-se que seja avaliada a possibilidade de alta do/a paciente junto aos/às supervisores/as. Há casos que requerem a continuidade do tratamento, outros são finalizados ou encaminhados para outros serviços e, em algumas situações, o/a paciente prontamente manifesta interesse pela continuidade. Nesses casos em que há a continuidade, o acompanhamento poderá ser feito pelos/as novos/as estagiários/as ou por psicólogos/as da instituição.

A psicanálise não delimita uma quantidade de sessões ou a duração de um acompanhamento. A esse respeito, quando um/a paciente perguntava a Freud sobre a duração do tratamento (1913/1969), ele respondia simplesmente “caminha!”, apontando para a trajetória singular de cada caso, bem como para o imensurável do tempo lógico de cada um/a. Dito de outro modo, a cada um/a o seu processo, visto que cada paciente elabora suas questões em um tempo singular, um tempo subjetivo, marcado pela imprevisibilidade.

Em relação ao tempo de uma sessão, Freud (1913/1969) destinava uma hora para cada paciente, seis vezes por semana. Casos leves ou já avançados, atendia três vezes por semana. O/a paciente poderia interromper o tratamento quando quisesse, embora Freud não escondesse do/a paciente quando essa escolha podia não ser bem sucedida. Ele afirma que a psicanálise é uma questão de longos períodos, geralmente mais do que o/a paciente espera, dada a atemporalidade do inconsciente.

Sabe-se que, no sistema inconsciente, nada pode ser encerrado, nada é passado ou está esquecido (Freud, 1900/1972). Há uma dimensão atemporal. Os traços mnêmicos são registros de memórias das experiências do sujeito e ocorrem desde a mais tenra infância, de modo que essas marcas se refletem em outros momentos da vida do sujeito. O trabalho da análise visa tornar consciente as lembranças inconscientes e as impressões que mais causaram efeitos no sujeito. O aspecto da atemporalidade é de suma importância pois, em psicanálise, não se trata de um tempo cronológico, do tempo da razão, visto que as marcas da infância ressoam e se refletem na vida do sujeito adulto, por vezes, com a mesma intensidade de quando ocorreram. A partir da dimensão de tempo lógico, de um tempo de acordo com o inconsciente (Quinet, 2007), em que a duração do atendimento é variável, não sendo prevista ou cronometrada, Lacan (1945/1998) inaugura uma nova concepção do tempo na psicanálise, a noção de tempo lógico, que será discutida no capítulo 6 desta tese.

A questão da duração de uma sessão, sua frequência e o tempo de acompanhamento, foram muito debatidos pela primeira geração de analistas, durante a organização das clínicas públicas. Eles/as questionavam:

O tratamento individual pode ser abreviado ou acelerado? A hora analítica é de 60 ou 45 minutos, ou pode variar? Quantos dias por semana são necessários para uma análise eficaz? Quantos meses deve durar uma análise para estar completa? É melhor que tais decisões sejam tomadas pelo paciente ou pelo terapeuta? À semelhança dos debates epistolares entre Freud e Ferenczi, essas controvérsias morais e práticas eram discutidas pela equipe da policlínica com frequência, se bem que de forma inconclusiva. (Danto, 2019, p. 224)

Apesar de haver analistas com posicionamentos distintos de Freud, decidia-se por uma certa padronização, como já abordamos, delineando atendimentos de 45 a 60 minutos, cerca de três vezes por semana. Esse dado em relação à frequência de três sessões semanais nos interessa, pois registra uma diferença no funcionamento dessas clínicas públicas freudianas com o que se oferece nas clínicas universitárias, visto que, geralmente, o acompanhamento possui a frequência de uma sessão semanal; no entanto, também é válido lembrar que, na clínica-escola, não se tem o objetivo de fazer uma análise.

Frente a isso, Figueiredo (1997) brinca com a seguinte questão: “na psicanálise, quanto tempo o tempo tem?” (p. 122). Ela comenta que, no âmbito do serviço público, tudo acontece lentamente, ao mesmo tempo em que, na clínica, tudo parece acontecer muito rapidamente. Em um atendimento na clínica universitária pública, refletimos sobre como, então, lidar com esses diferentes tempos de modo a não causar um impasse no tratamento.

A partir dos avanços e dos trabalhos freudianos e pós-freudianos sobre a técnica psicanalítica nos serviços públicos (Costa, 2006; Danto, 2019; Figueiredo, 1997; Pacheco-Ferreira & Mendes, 2022; Rosa, 2018), continuamente são desenvolvidos trabalhos que trazem novas experiências acerca da relação entre o tempo e a psicanálise, em meio às particularidades da clínica institucional.

Tanto pode ocorrer um tratamento de longa duração, como uma sessão ou algumas sessões conduzidas a partir da psicanálise pode/podem trazer efeitos terapêuticos rápidos (Miller, 2008) para o/a paciente, e ser essa a duração do acompanhamento. Frente à singularidade do caso a caso e, apesar das especificidades da clínica universitária, nem sempre há, igualmente nesta última, um limite na quantidade de sessões no tratamento ofertado, e nas

mudanças de estagiário/a-terapeuta, em função da conclusão do estágio. Contudo, o tempo do acompanhamento com determinado/a estagiário/a é previamente estabelecido, havendo uma quantidade limitada de sessões, sendo esta uma peculiaridade do enquadramento na clínica universitária.

Sabemos que, independentemente da forma de funcionamento, há um limite temporal no acompanhamento daquele/a paciente no serviço-escola com aquele/a estagiário/a. Pelas circunstâncias institucionais, esse tratamento é, por regra, limitado. Ainda que o/a paciente continue vinculado/a ao serviço e seja acompanhado/a por outro/a estagiário/a, o acompanhamento com aquele/a estagiário/a terá que ser encerrado. As frequentes substituições, na maior parte das clínicas universitárias que permite a continuidade do tratamento, apesar da saída do/a estagiário/a, podem trazer repercussões nos tratamentos e na configuração dos serviços.

Como podemos observar, os aspectos transversais se relacionam e, a depender das contingências, não se pode analisar determinado fenômeno isolando apenas um desses aspectos. Verificamos, assim, a amplitude dessa clínica e também a demarcação de sua singularidade frente a uma diversidade de acontecimentos. Para tanto, diante da fundamentação teórica realizada nesses dois primeiros capítulos, apresentaremos, no próximo, a metodologia utilizada ao longo da nossa pesquisa de campo, com vistas a discutir, na terceira parte, particularidades das clínicas-escola que mais se sobressaíram, permitindo-nos identificar e entrelaçar os diversos fios que atravessam a complexa trama das clínicas universitárias.

3 – Trajetória metodológica

Considerando o objetivo geral deste estudo, *problematizar a permanência prolongada de alguns/algumas pacientes em clínicas universitárias e os impasses na construção de demandas, considerando o jogo de posições ocupadas por seus integrantes - usuários/as, estagiários/as, supervisores/as e instituição*, além de utilizarmos o referencial teórico psicanalítico, conforme descrevemos mais detalhadamente na introdução, realizamos uma pesquisa de campo.

Decidimos pela sua realização, em virtude da complexa dinâmica das clínicas universitárias, de modo que ir a campo nos possibilitou uma vivência muito interessante. A partir da ideia de que os lugares/posições que são ocupados pelo/a paciente, estagiário/a-terapeuta, supervisores/as e instituição em meio às queixas/demandas repercutem nos acompanhamentos, envolvemos, enquanto participantes supervisores/as e estagiários/as-terapeutas. Como buscamos retratar a singularidade que atravessa a supervisão, além das particularidades da dinâmica e do funcionamento de cada clínica-escola, optamos pelo uso de entrevistas com os/as supervisores/as de diferentes instituições universitárias. Com os/as estagiários/as, realizamos grupos de conversação, sendo observada assim uma partilha entre os/as pares e a prática de uma pesquisa intervenção.

Assim, a partir da aprovação da execução da pesquisa feita pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco, sob o Parecer nº 5.334.068 em 06 de Abril de 2022, a pesquisa de campo teve o seu início. Houve o contato com possíveis supervisores/as que seriam entrevistados/as, de modo que os/as cinco que foram inicialmente contatados, prontamente aceitaram a participação. Em relação aos grupos de conversação, foram feitos convites aos/às estagiários/as que estavam em curso e, à medida que surgia o interesse, o grupo foi se constituindo. Foram formados dois grupos distintos em virtude do período do estágio que os participantes estavam cursando.

Apresentaremos as entrevistas com os/as supervisores/as, destacando quais foram os requisitos nessa participação, bem como os relatos produzidos pela pesquisadora após cada entrevista. De igual modo, descreveremos como os dois grupos de conversação foram organizados, sendo exposto, em seguida, um breve relato de cada encontro. Tanto em relação às entrevistas quanto aos grupos, foram enfatizadas as impressões da pesquisadora junto a discussões de temas importantes que tocam na proposta deste trabalho. Diante da diversidade de falas e de relevantes aspectos que foram comentados, optamos por, neste capítulo, fazer uma apresentação em torno do método, e nos capítulos subsequentes, realizamos uma articulação

teórica junto a algumas falas dos/as participantes, além de discutirmos sobre o que apreendemos em termos das repercussões e dos efeitos que surgiram com as entrevistas e os grupos de conversação.

3.1 Entrevistas com supervisores/as

Foram entrevistados/as 5 (cinco) supervisores/as docentes de clínicas universitárias de diferentes cidades e regiões. Decidimos realizá-las com profissionais de instituições distintas, com o objetivo de conhecermos outras realidades, de ter acesso a outras dinâmicas institucionais. Essa diversidade possibilitou discussões interessantes, desde o modo como cada um/a desenvolve o seu trabalho na instituição a como cada serviço funciona, enfatizando assim suas particularidades e fronteiras. Além disso, supomos que a cronificação é um fenômeno amplo, que surgiu como questão a partir da experiência em um serviço-escola, mas que não está restrito a ele.

Como requisitos, os supervisores/as deveriam trabalhar com a perspectiva psicanalítica e estarem atuando na clínica universitária há, no mínimo, 5 anos. Dos/as cinco entrevistados/as, quatro atuam em universidades públicas nas regiões sudeste e sul e uma trabalha em uma universidade privada na Região Nordeste do Brasil. A maioria dos serviços-escola conta com a presença do/a supervisor/a docente, aquele/a que, além da supervisão clínica, faz parte do corpo docente da graduação. Alguns serviços contam também com a presença de supervisores/as de campo, que ocupam a função de psicólogos/as na instituição, e que acompanham os/as estagiários/as no local de realização do estágio. Para fins deste estudo, tendo em vista o tensionamento que fizemos entre o discurso universitário e o discurso analítico, optamos por entrevistar os/as supervisores/as docentes. As entrevistas foram semiestruturadas (Minayo, 2007), tiveram como norte algumas indagações previamente estabelecidas (Apêndice 1) e outras questões foram suscitadas durante a sua realização.

O/a supervisor/a foi convidado/a a falar sobre a clínica institucional universitária, considerando os impasses na construção de demandas e uma possível cronificação do tratamento nas clínicas universitárias. As entrevistas ocorreram de forma individual e na modalidade remota, através da plataforma *Google Meet*. Cada entrevista teve duração de cerca de 40 a 60 minutos, foi gravada em áudio e os dados foram transcritos posteriormente. Após cada entrevista, a pesquisadora escreveu um breve relato acerca das experiências obtidas, material também utilizado na análise e na discussão.

O acesso e o convite aos/às supervisores/as foram mediados por duas professoras da área, que conheciam os/as participantes e seus trabalhos no espaço da clínica universitária. A partir de um resumo com informações da pesquisa, houve esse primeiro contato, feito por cada professora, e eles/as se disponibilizaram a participar. Em seguida, a pesquisadora lhes enviou um *e-mail* confirmando a participação. Nesse *e-mail*, também constavam informações sobre a entrevista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

Nas duas primeiras entrevistas, houve um problema técnico relacionado ao áudio dos/as entrevistados/as, de modo que as gravações não ficaram registradas, impossibilitando sua transcrição. Considerada a relevância do conteúdo de cada entrevista, foi decidido que, no decorrer deste trabalho abordaremos alguns conteúdos ao longo das discussões, a partir do relato que foi feito pela pesquisadora após as entrevistas. Esse momento foi vivenciado com pesar e comunicado aos/as supervisores/as entrevistados/as via *e-mail*.

Deparamo-nos com as contingências da pesquisa, com seus imprevistos. Como este trabalho aborda o atravessamento das demandas dos diversos integrantes nas clínicas universitárias e o impacto que isso produz no acompanhamento e no tempo desse tratamento, entendemos aqui a importância dessa menção. Além de outras demandas que ocorrem concomitantemente na vida e durante a pesquisa, essa situação se fez presente e trouxe repercussões. Preferimos assumir a sua ocorrência para, então, poder apresentar as contribuições dessas entrevistas. Desse modo, das 5 (cinco) entrevistas, 2 (duas) serão abordadas a partir dos relatos feitos pela pesquisadora e 3 (três) serão apresentadas através da transcrição da fala dos entrevistados/as e dos relatos.

A seguir, apresentaremos uma síntese das entrevistas e os/as supervisores/as participantes, como também destacaremos o trabalho desenvolvido em suas respectivas instituições. Eles/as são docentes e vinculados/as institucionalmente ao curso de psicologia. Para denominá-los/as, utilizaremos a sigla *S.* seguida de uma letra maiúscula, preservando assim o anonimato de sua identificação.

3.1.1 S.C.

A primeira entrevista, que teve duração de 55 minutos, foi realizada com um supervisor de uma universidade federal de um estado da Região Sudeste. *S.C.* atua nessa função há mais de 15 anos e, atualmente, junto a outra professora, desenvolve um projeto referente à clínica psicanalítica para autistas. Assim, a sua fala é voltada tanto para a experiência de supervisão de estagiários/as, que atendem casos de pacientes com sofrimentos diversos, quanto para essa

experiência mais recente, de supervisionar estagiários/as que acompanham familiares de pacientes autistas.

S.C. enfatiza a importância da presença da psicanálise nas universidades e considera que um curso de psicologia que não tem a prática da clínica psicanalítica perde muito. Também comenta sobre a relevância da presença de outras áreas e abordagens da psicologia nas atividades da clínica universitária. A universidade em que o S.C. trabalha é localizada em uma cidade do interior, que possui cerca de 70 mil habitantes. Essa delimitação geográfica e populacional é realçada em diversos momentos da entrevista, nos quais reflete sobre seus efeitos na oferta, no tratamento, na formação e no funcionamento institucional.

Como é uma cidade pequena, conta com pouquíssimos/as psicanalistas e não há instituições psicanalíticas de formação. Muitos estudos e práticas em torno da psicanálise ocorrem no ambiente universitário. Para realizar a formação ou participar de atividades em uma instituição psicanalítica, é necessário ir para outra(s) cidade(s) que fica(m) há mais de 150km de distância. Esse deslocamento, geralmente, acontece quando o/a estudante conclui a graduação e decide fazer a formação analítica. É um aspecto que invoca a discussão sobre a formação universitária e a formação psicanalítica, frente às possibilidades e os limites que envolvem essa relação.

O entrevistado comenta sobre como é realizado o trabalho referente à clínica do autismo e suas repercussões no âmbito do estágio. A supervisão de seus/suas alunos/as é realizada em grupo. Além disso, sendo um projeto partilhado com outra professora do curso - ela supervisiona os/as estudantes que atendem os/as autistas e ele supervisiona os/as que atendem os/as familiares -, relata sobre algumas reuniões, que são realizadas em conjunto para discussão e a construção do caso.

Quando está próximo de se encerrar o período do/a estudante no projeto, no caso da continuidade dos atendimentos do/a paciente, considera-se a importância de saber quem será o/a próximo estagiário/a que conduzirá aquele acompanhamento. Desse modo, próximo do final do semestre letivo, ele relata que o/a paciente é atendido/a de forma conjunta, na presença dos/as dois/duas estagiários/as, o/a que está concluindo e o/a que está iniciando. Diante da finalização do estágio, os/as pacientes familiares de autistas permanecem vinculados/as à supervisão de S.C., não havendo com isso mudança de supervisor/a. Os casos continuam ligados ao seu grupo de estágio.

Outro aspecto abordado de forma relevante foi sobre a função do caso clínico. Para o entrevistado, pensar o caso e a sua construção é um importante dispositivo na direção do tratamento, devendo compor o estágio na clínica, inclusive para problematizarmos sobre a

permanência prolongada dos/as pacientes. A construção do caso é uma prática desenvolvida em seu projeto e a sua menção proporcionou um avanço importante em nossa pesquisa.

3.1.2 *S.F.*

A segunda entrevista teve duração de 50 minutos e foi realizada com uma supervisora de uma universidade federal de um estado da Região Sul do país. A *S.F.* é supervisora nessa instituição há mais de 20 (vinte) anos, entretanto, inicia referindo experiências nessa função desde a época de suas pós-graduações, quando desenvolvia algumas atividades de supervisão. Ela é supervisora de estágio do quarto e do quinto ano do curso. No quarto ano, a experiência é com triagem, com as entrevistas iniciais, ao passo que, no quinto, há o estágio em clínica propriamente dito. As turmas de supervisão do quarto e do quinto anos são distintas e as supervisões ocorrem em grupo, a não ser que seja solicitada ou observada a necessidade de uma supervisão individual. Ela trabalha com psicoterapia breve e afirma que não tem como ser diferente, considerando o tempo limitado do estágio.

Na instituição em que atua, quando o/a usuário/a busca o atendimento, é feita a inscrição através do preenchimento de uma ficha com dados pessoais e informações sobre a queixa. Desse modo, os/as pacientes que são direcionados/as para os/as seus/suas estagiários/as são os/as que manifestam queixas referentes ao luto e à perda, por ser esta a sua área de interesse de trabalho. Porém, ela realça que, a depender do tempo que se leva entre a inscrição e o contato para início do acompanhamento, pode acontecer de já não ser esta mais a queixa do/a paciente. Conforme seja o funcionamento da fila de espera e o tempo em média que se leva para iniciar o acompanhamento, poderá ter havido alguma mudança, não só na situação que fez o/a usuário/a buscar o serviço, mas também na desistência dessa assistência, o que não é incomum.

Sobre psicanálise e universidade, *S.F.* afirma ser esta uma discussão antiga. Ela faz algumas considerações em torno do que é possível via transmissão. Reflete sobre algumas burocracias, que envolvem o trabalho desenvolvido nesse contexto, e enfatiza que, por se tratar de um serviço de formação universitária, não tem como ser diferente. Ainda que certas práticas não sejam próprias da psicanálise, determinadas amarras são necessárias.

Ela retrata como desenvolve o seu trabalho na instituição e, em alguns momentos, frisa determinadas características do funcionamento do estágio e dos acompanhamentos, que são próprias do seu grupo de supervisão, não sendo necessariamente comuns à instituição. Por exemplo, antes do início do estágio, *S.F.* recomenda aos/às estagiários/as que estejam em

análise; a marcação do atendimento para o/a estagiário/a deve ser feita pelo/a servidor/a da clínica; com o fim do estágio e se os/as estagiários/as decidirem pela atuação profissional em consultório privado, os casos atendidos por eles/as poderão continuar em acompanhamento em seus consultórios, de forma gratuita, como pro bono ("em benefício do público"). Sobre esse último aspecto, ela enfatiza ser algo que acontece em sua equipe e cita que, recentemente, houve uma decisão institucional que delimita o tempo de acompanhamento do/a paciente no serviço, não devendo ultrapassar a marca de dois anos. *S.F.* comenta que, pelo modo como conduz o processo de finalização do estágio, apesar de isso não repercutir diretamente em seu grupo de supervisão, considerou uma decisão institucional interessante.

Essa entrevista nos remeteu a uma discussão em torno da singularidade que caracteriza cada supervisão e o campo institucional. É preciso estar atento às demandas da formação, da instituição e da comunidade, em meio às possibilidades de um estágio supervisionado pela orientação analítica. Surge, então, como desdobramento a seguinte indagação: Como a singularidade do trabalho exercido por cada supervisor/a junto ao seu grupo de estagiários/as ressoa na clínica e nos acompanhamentos realizados?

3.1.3 S.B.

A terceira entrevista, com duração de 45 minutos, foi realizada com uma supervisora de uma universidade federal de um estado da Região Sudeste. *S.B.* está nessa função há mais de 26 anos e os/as estagiários/as, que supervisiona, atendem casos variados, desde que a pessoa esteja interessada no tratamento, não havendo assim uma delimitação de perfil. Já no início da entrevista, ela afirma que sua equipe possui muitos/as pacientes de longa permanência e que considera isso como um aspecto positivo, não vendo como uma "deficiência do atendimento".

A entrevistada comenta que, diante do término de cada estágio, há um esforço em manter os/as pacientes que continuarão em acompanhamento, com sua equipe. Ou seja, há uma preocupação de que esses/as pacientes sejam atendidos/as por seus/suas próximos/as estagiários/as. Desse modo, ainda que haja a mudança da pessoa que irá conduzir o atendimento, a supervisora permanece. Aliás, permanecem o/a paciente e a supervisora. Para ela, a complexidade dos casos é um fator relevante a ser considerado na permanência do/a paciente no serviço. A *S.B.* realça que acompanhar o percurso de um tratamento, como por exemplo, o fato de saber de algumas circunstâncias que podem desencadear um surto psicótico, facilita a condução do tratamento. Ainda que haja uma mudança diante do término e do início de cada estágio, o caso ser atendido por sua equipe traz uma dimensão de acompanhamento

mesmo, de continuidade. Ao mesmo tempo, destaca que a duração de um acompanhamento na instituição em que trabalha é muito caso a caso. Não promete resultados rápidos, acha fundamental não haver esse tipo de promessa. O tempo necessário de tratamento se revela de acordo com cada um.

Sobre a inserção da psicanálise nas universidades, *S.B.* avalia que já pensou muitas coisas e mudou de ideia algumas vezes. Afirma que sempre se baseou muito na colocação de Freud de 1919, segundo a qual ele se manifestava favorável. Ela reflete sobre o contexto de sua formação e da instituição universitária em que atua. Comenta que, apesar de se respirar um certo ambiente de psicanálise no curso, esse ambiente não é livre de polêmicas. A formação analítica leva muito tempo e, nesse sentido, observa algumas delimitações importantes no âmbito da oferta e da demanda do estágio de orientação analítica em uma clínica universitária. Ela ressalta que os/as alunos/as chegam para o estágio com um percurso de análise muito curto, com dificuldades de circunscrever o lugar do qual ele/a responde às queixas, em que responde às demandas, pois ele/a ainda não tem um percurso de análise suficiente. Enfatiza, também, uma preocupação quanto aos/as que se acham autorizados/as ao exercício da psicanálise pela experiência do estágio.

Desse modo, *S.B.* afirma a relevância de que o estágio em clínica não seja uma prerrogativa da instituição, e que os/as alunos/as possam ir para outros campos de estágio. Ela também afirma que faz seleção para a turma de estágio, explora muito esse momento de entrevistar as pessoas interessadas e elege alguns critérios. O estágio tem a duração de um ano e meio e, segundo ela, diante da diversidade de casos que chegam ao serviço e da duração do acompanhamento, para alguns, esse tempo vai bastar, enquanto que para outros, não. A supervisora abordou muitos aspectos importantes, que serão debatidos e explorados ao longo desta tese.

3.1.4 S.L.

A quarta supervisora entrevistada atua em uma faculdade particular de um estado da Região Nordeste. A entrevista teve uma duração de cerca de 45 minutos. *S.L.* atua nessa função há mais de 25 anos. No espaço da clínica universitária, desenvolve um trabalho com pacientes com comprometimento grave e acompanha os/as estudantes que optam pelo estágio em clínica. A escolha do estágio nessa instituição não é feita pela especificidade da abordagem, por exemplo, clínica psicanalítica, mas pela escuta clínica. Ela observa que uma das maiores dificuldades nas supervisões é o fato de o/a estudante realizar o estágio sem ter iniciado um

trabalho pessoal. Realça que, para escutar o/a outro/a, é preciso, inicialmente, ser escutado e que, quando há essa experiência, os/as alunos/as fazem uma construção bastante interessante no campo do estágio.

Ela afirma que, quando há o trabalho pessoal, o/a estagiário/a tem uma melhor sustentação dos atendimentos e consegue atender a um número maior de pacientes. O caso acompanhado por ele/a, geralmente, não necessita de ser comentado em todos os encontros da supervisão. Observamos, com isso, que o fato de o/a estagiário/a estar ou não em um trabalho pessoal tem repercussões nos atendimentos, e ainda que não haja uma obrigatoriedade curricular nesse quesito, vivenciar o processo de se escutar e ser escutado, é extremamente importante para o exercício da escuta clínica.

S.L. afirma que estudar psicanálise dentro de um curso de psicologia é indispensável. Entretanto, enfatiza a importância da clareza de que faculdade e instituição de formação são dois espaços diferentes, e que não se faz formação em psicanálise dentro de uma faculdade. Quanto à experiência do estágio, a supervisora afirma que desenvolve junto ao/à aluno/a um trabalho em torno da especificidade da escuta clínica, através da realização de entrevistas de anamnese, de devolutivas, de participação em atendimentos em grupos e do próprio acompanhamento psicológico. O trabalho é feito, em sua maioria, com crianças, adolescentes e pais. Ela ressalta que, nos atendimentos em grupos de crianças e de pais, os/as supervisores/as participam, promovendo aos/as estagiários/as, de certo modo, uma prática assistida.

A respeito do tempo de permanência dos/as pacientes na instituição, *S.L.* reflete sobre os casos em que há um comprometimento grave. Os casos relacionados à clínica do autismo e da psicose demoram um tempo mais longo na instituição, inclusive, ela realça o valor que esse espaço tem para esses/essas pacientes, pois, à medida que vão crescendo e chegando na adolescência, os espaços institucionais de acolhimento/atendimento se restringem muito.

Outros casos, que geralmente não são de comprometimento grave, quando já estão há algum tempo na instituição, podem ser encaminhados para antigos/as estagiários/as, que fizeram pós-graduação e têm seus consultórios, e que os/as supervisores/as da clínica universitária os/as acompanham de algum modo, seja por estarem em alguma instituição de formação, seja por realizarem supervisão. Essas são pessoas que, segundo *S.L.*, estão dando continuidade de uma maneira responsável ao estudo, à formação e à supervisão.

Minutos após o término da entrevista, a *S.L.* entrou em contato para acrescentar algo que havia pensado a partir das perguntas que lhe foram feitas. Ela recordou de sua pesquisa de mestrado e refletiu sobre a experiência da clínica e a teorização a que a universidade convoca. Considerando que a Academia é lugar de pesquisa e que esta pode surgir a partir da experiência

clínica, quando você transforma a experiência em texto, está muito mais posto ali a dimensão do dito, do que propriamente aquilo que está na experiência específica, que privilegia o dizer e que faz a especificidade da psicanálise. Dessa forma, ela ressalta a importância de questionar como a clínica comparece como teorização, ou seja, como fica a dimensão da experiência quando, a partir dela, constrói-se um estudo. Esse aspecto é muito interessante para pensarmos na relação entre psicanálise e universidade. Na medida em que a clínica é o que faz a psicanálise, o que acontece quando se busca uma construção teórica a partir dela? Algo se perde? Ou faz avançar?

3.1.5 S.H.

O quinto entrevistado, *S.H.*, é supervisor em uma universidade federal de um estado da Região Sul do país. Essa entrevista teve uma duração de 60 minutos. Ele atua nesta instituição há mais de 30 anos e iniciou nessa função tendo um pouquinho mais de experiência do que as pessoas que supervisionava, demarcando, na época, uma ruptura com o modelo de o/a supervisor/a ser aquela pessoa bem mais experiente. Desde então, supervisionou diversos/as estagiários/as da graduação e alunos/as de extensão e de especialização, que realizavam atendimento na clínica universitária, de modo que essa prática se tornou, para ele, um campo de investigação e de pesquisa.

Diante de seu percurso, o *S.H.* reflete sobre a circulação da psicanálise na academia e os efeitos de formação clínica. Ele observa que não há formação analítica que se esgote na universidade, entretanto, para quem é tocado/a pela psicanálise no contexto universitário, o que foi vivido na universidade não está foracluído dessa formação e nem pode ser renegado ou recalçado. Ou seja, apesar de a formação analítica prescindir da Academia, o que surge através dessa relação traz repercussões, devendo isso, para o supervisor entrevistado, não ser desconsiderado, mas sim tomado como um desdobramento.

A partir de algumas referências, ele comenta sobre a força que a psicanálise tem no Brasil e a significativa relação que isso tem com o fato de ela ter uma presença importante na universidade. *S.H.* realça a especificidade da formação universitária no Brasil. Diferentemente de outros países, a intervenção com humanos já inicia na graduação. Considera esse aspecto como uma vantagem, pela possibilidade de haver toda uma estrutura nesse início da prática do/a estudante e de ele/ela ter um acompanhamento com pessoas experientes de um entorno institucional.

Em relação às dificuldades observadas na supervisão, *S.H.* ressalta o despreparo psíquico e de estudo dos/as estagiários/as para lidar com certas situações que são também feridas para si. Ele denomina o início dos atendimentos como um momento de virada, de inflexão. Uma coisa é estudar a teoria em sala de aula, mas quando os/as estudantes começam a atender, produz-se uma virada, de modo que a implicação e a responsabilidade deles/as mudam totalmente.

Em relação ao público atendido, *S.H.* destaca a diversidade de casos e situações, de modo que esse espaço é um local de referência para a cidade e sempre se buscou estabelecer a procura de forma espontânea, apesar de haver tentativas de realizar o acesso pela rede de saúde. Foi criado um serviço de entrevistas iniciais, que já se estruturou de diversas formas. Todos/as que chegavam em busca de atendimento eram acolhidos/as e escutados/as. Relata que, nesse primeiro momento, o atendimento era realizado por pessoas mais experientes - técnicos/as da equipe ou alunos/as (vinculados/as a projetos e/ou cursos de especialização) -, que já estavam no serviço há três, quatro anos. Eles/as avaliavam, primeiramente, a demanda e, caso o/a paciente continuasse vindo para as entrevistas, tendo em vista que acontecem muitas chegadas e partidas, ele/a então poderia ser encaminhado/a para o acompanhamento com o/a estagiário/a iniciante. Com a pandemia, houve interrupções/mudanças no funcionamento do serviço e, diante da inserção de *S.H.* em outros campos de estágio, desde então, ele não está acompanhando a organização desse reinício.

Logo abaixo, será feita a descrição dos grupos de conversação, que também integram o campo metodológico deste estudo. Após isso, comentaremos como a palavra circulou entre os/as participantes, enfatizando a contribuição dos grupos e das entrevistas realizadas com o nosso estudo.

3.2 Grupos de conversação

Com os/as estagiários/as-terapeutas, como vimos, foram realizados grupos de conversação. Conforme Santiago (2008, p. 121):

Conversação é o nome que se dá ao dispositivo ou à metodologia sugerida por Jacques-Alain Miller para os Encontros Clínicos do Campo Freudiano [...] que, em detrimento de uma escuta passiva, se pretende a formação de um debate, de uma reflexão e de uma discussão viva entre os participantes.

Apesar de ter sido elaborado, inicialmente, na França nos anos 1990, esse dispositivo clínico vem sendo utilizado no Brasil, há alguns anos, como intervenção em psicanálise em campos como da educação (Santiago, 2008), permitindo que o objeto de estudo seja analisado a partir de uma multiplicidade ou proliferação de significantes.

Para Miller (2003), uma conversação é:

[...] uma situação de associação livre, se ela é exitosa. A associação livre pode ser coletivizada na medida em que não somos donos dos significantes. Um significante chama outro significante, não sendo tão importante quem o produz em um momento dado. Se confiamos na cadeia de significantes, vários participam do mesmo. Pelo menos é a ficção da conversação: produzir — não uma enunciação coletiva — senão uma associação livre coletiva, da qual esperamos um certo efeito de saber. Quando as coisas me tocam, os significantes de outros me dão ideias, me ajudam e, finalmente, resulta — às vezes — algo novo, um ângulo novo, perspectivas inéditas. (pp. 15-16)

Desse modo, as conversações consistem no lugar de fala coletiva, de discussão, diferindo de uma simples conversa ou de uma falação vazia (Goulart et al., 2018). É uma metodologia com características específicas, que parte da orientação lacaniana, segundo a qual

[...] a responsabilidade pelo ato de fala é recolhida pelo psicanalista, a partir do ponto em que cada sujeito é tocado pelas palavras que ali circulam, visando a quebra da identificação dos elementos mestres que organizam o discurso em torno dos impasses evidenciados. Dessa forma, abalados ou desconstruídos, podem ceder lugar ao sem sentido e, assim, abrirem-se à surpresa de uma produção própria e singular de cada um dos participantes ali presentes. Assim, o efeito se conta um a um, não para todos. (Goulart et al., 2018, p. 9)

Assim, é necessário haver uma aposta em cada conversação para possibilitar a abertura de invenções singulares. De acordo com Lima et al. (2015), não se busca o consenso entre as pessoas ou a concordância do grupo, mas sim, as diferenças, as surpresas, os equívocos nas falas, os lapsos ou tropeços da linguagem, que abrem a via de acesso ao real de cada um. É um espaço em que se sustenta um lugar de fala para se produzir um saber sobre a própria experiência.

Segundo Lacadée (2007), na conversação, nem todos falam do mesmo lugar e nada está garantido, além de que não há uma preocupação terapêutica; trata-se de abrir possibilidades para um saber inédito. Nesta pesquisa, enquanto recurso metodológico, a conversação permitiu um espaço de fala para os/as estudantes, por meio do qual eles/as puderam compartilhar suas vivências e dificuldades acerca da posição enquanto estagiário/a-terapeuta, envolvendo tanto as demandas relativas à sua formação quanto às demandas de assistência à comunidade. Os temas das conversações foram definidos a cada encontro. Funcionaram como perguntas disparadoras no intuito de promover a associação livre, não havendo um roteiro preestabelecido. Não tendo como prever o que surgiria nas conversações, enquanto lugar de fala, elas possibilitaram uma elaboração, de modo que os efeitos de cada encontro foram/podem ser observados *a posteriori*.

Inicialmente, realizaríamos os grupos apenas com os/as estudantes da turma do 9º período que estavam no estágio em clínica no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) de uma universidade federal. Com eles/as, fizemos um total de três encontros, em três momentos distintos: no início do primeiro período de estágio (9º período); no início do segundo período; e, por fim, para o último encontro, ao término do estágio. Entretanto, a partir do interesse dos/as estagiários/as do 10º período, o convite foi expandido, sendo, então, formado um novo grupo e realizados, com esse grupo, dois encontros, no início e ao término do segundo semestre do estágio. Cada encontro teve duração de 60 min a 120 min, foi gravado em áudio e os dados foram transcritos posteriormente.

3.2.1 Convites para participação

Foram convidados/as para participar os/as estagiários/as que estavam desenvolvendo suas atividades no SPA e que eram supervisionados/as por docentes que trabalham com a psicanálise. A decisão de realizar o grupo com estudantes vinculados à instituição em que a pesquisadora atua como psicóloga e supervisora de campo do estágio esteve relacionada ao acesso a esses/as participantes. No momento em que os grupos foram realizados, a pesquisadora estava afastada da sua função na instituição há mais de dois anos, devido ao curso de Doutorado, de modo que não havia proximidade com os/as integrantes.

Outro aspecto importante de ser registrado é que, durante esse período, o serviço passou por diversas mudanças. A pandemia trouxe muitas alterações no modo de funcionamento do estágio e do serviço, tanto no que se refere ao fluxo, quanto ao início da modalidade de atendimento e supervisão remotas, ainda hoje possíveis de serem realizadas. Houve o

falecimento de um servidor psicólogo, que também era supervisor de campo, de modo que o serviço passou a ficar sem essa referência. Um psicólogo que já atuava na universidade passou, nesse momento, a desenvolver seu trabalho no SPA e, junto à coordenação, propôs algumas mudanças no funcionamento do serviço, assim como outras atividades foram/estão sendo desenvolvidas. No último ano desta pesquisa, outra psicóloga foi lotada nesse espaço, totalizando assim, atualmente, a presença de três técnicos/as da psicologia.

Ao mesmo tempo em que este serviço é o espaço de trabalho da pesquisadora e que, em muitos momentos da pesquisa de campo, refletiu-se sobre o lugar de pesquisadora e o de psicóloga naquela instituição, o SPA, diante das diversas mudanças, tornou-se, em muitos momentos, para a pesquisadora, um lugar infamiliar (Freud, 1919/2019). Vejamos um pouco sobre isso.

Freud (1919/2019) discute essa concepção, indo além da equivalência entre infamiliar e “não conhecido”. Para ele, o infamiliar remete ao velho conhecido, ao íntimo, contudo, aterrorizante. Sobre essa noção de infamiliar, Rocha e Iannini (2019, p. 183) afirmam que Freud “[...] articula o sentimento de estranheza e de inquietude própria ao infamiliar como um sintomático avesso do familiar esquecido”. Assim, familiar e infamiliar não são contrários. São partes de uma mesma experiência que, aqui, denominamos de o “íntimo desconhecido”.

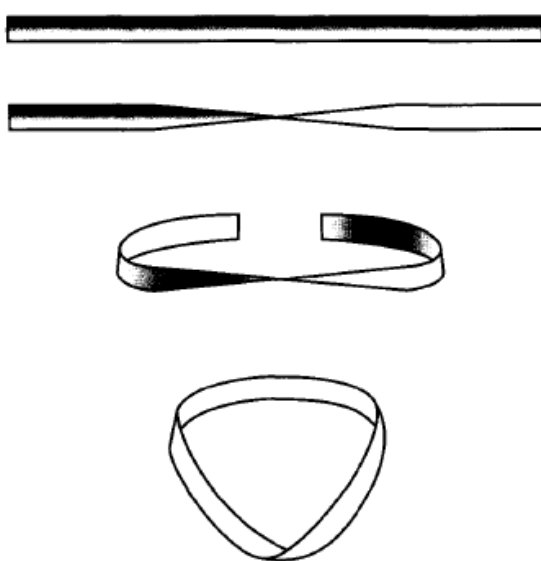
Lacan (1962/2005) contribui com essa discussão e concebe o infamiliar enquanto o eixo indispensável para abordar a questão da angústia. Ao relacionarmos essa proposição com o exercício de nossa pesquisa, observamos que “pôr algo em questão”, lidar com o insabido, convoca por si só a ideia de infamiliaridade e produz angústia. O encontro com o infamiliar nos convocou e nos movimentou. Apesar de essa sensação ter se sobressaído na pesquisadora nos encontros de conversação, em que perante a fala dos/as estagiários/as houve o des-encontro com o familiar da clínica-escola, consideramos que essa foi uma condição que atravessou toda a pesquisa.

Diferentemente do lugar de psicóloga, que nos remete a um “estar dentro” da instituição, o lugar de pesquisadora, que iniciou quando a experiência nesse serviço tornou-se questão, e que foi realçado com a realização e a participação nos grupos de conversação, direciona para um “estar dentro e fora ao mesmo tempo”. Não há como escapar do “estar dentro”, até mesmo, por isso ser parte dos fundamentos deste estudo; entretanto, o afastamento das atividades possibilitou um distanciamento, que foi importante para sua construção. Ainda que aquele espaço fosse um ambiente íntimo, frente às contingências e à complexidade do serviço-escola, emergiram a angústia, a estranheza e a busca por algumas respostas, necessárias para a prática da pesquisa.

Essa ideia de “estar dentro e fora ao mesmo tempo” nos faz pensar na faixa/banda de Moebius (Lacan, 1963/2005). De acordo com o autor, a banda de Moebius é um objeto topológico, cuja superfície possui uma única face, e que se a virarmos sobre si mesma, ela será sempre idêntica a si mesma. Vejamos a figura abaixo.

Figura 2

Banda de Moebius



Fonte: Lacan (1963/2005, p. 110)

A banda de Moebius caracteriza-se pela continuidade e, conforme a lógica de que “estar dentro” e “estar fora”, é uma questão de deslize, não são espaços antagônicos. A partir das falas dos/as participantes, mesmo a pesquisadora estando afastada durante a pesquisa, ela pertencia à instituição e conseguia identificar o ritmo do serviço, assim como constatava mudanças. Nesse sentido, a pesquisadora não estava alheia à configuração da clínica universitária. Diferentemente das entrevistas, em que não havia um conhecimento prévio sobre o funcionamento dos serviços-escola e das supervisões, nos grupos de conversação, o campo de estágio não era totalmente desconhecido.

Após aprovação do projeto no Comitê de Ética, houve o contato com o coordenador do SPA, com o supervisor de campo e os/as supervisores/as de área (docentes), informando sobre a proposta da pesquisa e o início da coleta de dados. Nesse momento, o serviço havia acabado

de retornar com os atendimentos presenciais, mas algumas atividades ainda continuavam remotas. Os/as supervisores/as divulgaram a ideia da pesquisa entre seus/suas estagiários/as e, a partir de então, houve um primeiro contato com os/as estudantes através do grupo do *WhatsApp*. A ideia do grupo de conversação foi mencionada brevemente e foi informado que a proposta se destinava aos/as estagiários do 9º período, ou seja, para os/as que estavam iniciando a prática do estágio.

Foi criado um grupo à parte para os/as interessados/as. Para tanto, foi gerado um *link* para entrada, que foi disponibilizado no grupo geral do SPA. Houve um total de 15 estudantes interessados/as. Após definirmos dia e horário, tivemos um encontro *on-line* para conversarmos sobre o objetivo da pesquisa e a proposta do grupo de conversação. Estiveram presentes 12 estagiários/as, dentre os quais nem todos realizavam estágio no serviço. Constatamos que esse *link* terminou sendo divulgado com outros/as estagiários/as do curso e ocasionou a entrada de estudantes que não estagiavam no SPA. Ao final desse encontro, foi feito o convite, foram realçadas as condições dos/as participantes (estágio em clínica no SPA e supervisão psicanalítica) e os/as interessados/as se manifestaram, de modo que foi criado um novo grupo em que definimos dia e horário do primeiro encontro da conversação.

Antes de delimitarmos esse dia, foi solicitada a divulgação por parte dos interessados/as, quando alcançamos um total de 6 estudantes. Entretanto, após tentarmos definir um dia e horário, uma estagiária informou que estava com dificuldade em seus horários e que iria preferir se retirar do grupo do *WhatsApp*. Decidimos, então, apresentar a proposta da pesquisa em uma reunião presencial do serviço. Surgiu um/a novo/a interessado/a e também os/as estagiários/as do décimo período, que haviam iniciado o estágio no nono período na modalidade remota, manifestaram interesse. Como estar no nono período era uma especificidade da pesquisa, para que, além do primeiro encontro no nono período, pudéssemos realizar dois encontros no décimo período, informei essa condição, mas não foi excluída a proposta de um grupo com os/as estagiários/as que cursavam, naquele momento, o décimo período.

Após o primeiro encontro com o *Grupo I* (grupo com estagiários/as que inicialmente estavam no 9 período), acatamos a ideia que surgiu na reunião do serviço e lançamos o convite para um grupo de conversação com os/as estagiários/a do décimo período. Inicialmente, tínhamos dois/duas participantes, porém mais uma vez divulgamos a ideia no grupo do serviço e surgiram mais dois/duas interessados/as. Constituiu-se, assim, o *Grupo II*, grupo com estagiários/as do décimo período, com o total de 4 estagiários/as.

O surgimento deste grupo teve um importante efeito nesta pesquisa. A solicitação por um espaço de fala em que eles/as também pudessem compartilhar as suas experiências e angústias, enquanto estagiários/as, dialogou com o nosso objetivo, não sendo assim uma proposta unilateral. Ou seja, ainda que o ponto de partida desta tese tenha surgido a partir de uma experiência profissional nesse espaço, e frente a isso, esta foi a principal justificativa para a realização dos grupos com estudantes desta instituição, este acontecimento nos remeteu à relevância desse dispositivo grupal e das demandas que envolvem a atuação do/a estagiário/a na clínica-escola. Apresentaremos, a seguir, esses dois grupos e seus respectivos encontros.

3.2.2 Grupo I

Este grupo foi composto por um total de 6 estagiários/as, os quais denominamos de *E.1-I*, *E.2-I*, *E.3-I*, *E.4-I*, *E.5-I*, *E.6-I*, como forma de preservar o sigilo da identificação. O uso do “*E*” é para identificar que se trata de um/a estagiário/a e “*I*”, referindo-se ao *Grupo I*. Foram realizados três encontros, o primeiro ocorreu de forma presencial e os dois últimos de forma remota, através da plataforma *Google Meet*. O primeiro encontro ocorreu no início do 9º período, quando os/as estagiários/as cursavam o Estágio I e haviam iniciado suas atividades no serviço há cerca de um mês. O segundo encontro aconteceu quando eles/as tinham iniciado o décimo período, também, há aproximadamente um mês. Já o terceiro e último encontro ocorreu ao final do décimo período, próximo da conclusão do estágio.

Nesse grupo, quatro estagiários/as, *E.1-I*, *E.2-I*, *E.3-I*, *E.4-I* estavam vinculados/a a uma supervisora, e dois, *E.5-I* e *E.6-I* estavam vinculados/as a outro supervisor. Cada supervisão ocorre de uma forma particular, mas ambas acontecem em grupo.

3.2.2.1 Primeiro encontro - Grupo I.

Iniciamos o grupo com 5 participantes. Um dos/as interessados/as, *E.6-I*, não compareceu nesse momento. Os/as estagiários/as se identificaram e mencionaram sobre o vínculo com seus/suas supervisores/as. Foram passadas as orientações sobre o funcionamento do grupo, feita a leitura do TCLE (Apêndice 3) e, após concordância e assinatura, conversamos sobre a experiência de estágio. Iniciou-se com a seguinte questão: “de estudante a/à estagiário/a: como está sendo o início do estágio em clínica?”.

Os/as estudantes fizeram a palavra circular. Quando alguma pontuação era feita, eles/as se expressavam e falavam de suas experiências. As intervenções da pesquisadora ocorriam

conforme o assunto surgia. Diversos pontos que atravessam o estágio foram abordados – dificuldades iniciais, preparação/falta de preparação para o estágio em clínica, a clínica psicanalítica, formação, primeiros atendimentos, análise pessoal, a experiência da supervisão, atendimentos presenciais e remotos, repasses/encaminhamentos.

Eles/as compartilharam suas inquietações, angústias e expectativas referentes ao momento inicial de estágio, além de estarem vivenciando o retorno das atividades presenciais na universidade, interrompidas por dois anos diante da pandemia. Avaliaram esse momento do grupo de uma forma positiva, pois, conversando, puderam “ver que não estão sozinhos/as”, além de “ouvir pessoas que estão no mesmo lugar”. O grupo teve duração de aproximadamente 70 (setenta) minutos.

3.2.2.2 Segundo encontro - Grupo I.

Nesse encontro, estiveram presentes seis estagiários/as. Ocorreu de forma remota, pois, diferentemente do anterior, não conseguimos delimitar presencialmente um dia e horário comum a todos/as. Solicitei que mantivessem a câmera aberta, e assim aconteceu. Não tivemos interferências na *internet*, de modo que este também foi um encontro sem dificuldades e tranquilo. Após retomarmos alguns pontos do TCLE e o objetivo da pesquisa, a conversação teve início.

A partir da pergunta “como está sendo o estágio?”, eles/as começaram a trazer os seus posicionamentos. Mencionaram algumas mudanças desde o encontro anterior e afirmaram que, nesse momento, sentiam-se mais tranquilos/as, com mais autonomia e situados/as no estágio. Enfatizaram a alta procura das pessoas pelo serviço e de como reagem a isso.

Trouxeram a inquietação de como ficariam os casos que estavam acompanhando, com o término do estágio. Apesar do fato de que a finalização estava para ocorrer dali a 3 (três) meses, isso já se apresentava como uma preocupação, inclusive sendo um fator importante a ser considerado no recebimento ou não de novos/as pacientes. Refletiram sobre quais critérios consideram relevantes para que um/a paciente continue em atendimento no serviço e para quem iriam fazer encaminhamentos, considerando que não estavam sabendo de muitas pessoas da próxima turma que fariam o estágio no SPA, além de a rede de saúde estar sobrecarregada. A partir dessas questões, todos/as foram expondo seus pensamentos, de modo que diversos aspectos a respeito da importância do momento de finalização foram conversados. Encerramos este encontro que teve duração de 100 minutos, e acordamos quando seria aproximadamente o seguinte.

3.2.2.3 Terceiro encontro - *Grupo I*.

O terceiro encontro foi o último que realizamos com o *Grupo I*. Aconteceu em dezembro, já próximo do encerramento das atividades do estágio e do semestre. Estavam presentes 5 (cinco) participantes, com exceção do *E.6-I*. Assim como no anterior, ocorreu de forma remota via *Google Meet* e teve início após reafirmarmos alguns itens do TCLE e o objetivo da pesquisa. Tivemos algumas dificuldades pontuais com a rede de *internet* de alguns/algumas participantes, mas que não comprometeu o objetivo.

A pergunta disparadora da conversação foi “como está sendo a proximidade da finalização do estágio?”. Eles/as, então, iniciaram falando sobre a angústia que envolve ter que finalizar um tratamento. Alguns/algumas mencionaram sobre como estava sendo conversar isso com os/as pacientes. Outros/as disseram que ainda não haviam conversado a respeito com os/as pacientes ou com todos/as os/as pacientes. Como são supervisionados/as por docentes distintos/as, comentaram sobre como o encerramento dos atendimentos é abordado em cada supervisão. Questionaram como vão conduzir o encaminhamento de alguns casos que necessitam ser acompanhados e alguns/algumas estagiários/as enfatizaram a autonomia que é dada para esta definição. Também observaram como os serviços públicos estão lotados, inviabilizando o encaminhamento dessas pessoas para instituições externas.

Afirmaram que, nesse fim de semestre, sentiam-se cansados/as e pensavam sobre o encerramento do curso e início da vida profissional. Consideraram que a experiência do estágio em clínica foi muito importante e alguns/algumas retrataram estar satisfeitos/as com seus percursos, tendo aproveitado e se dedicado de forma significativa. Nesse encontro, as falas dos/as estudantes foram mais breves, estavam mais contidos/as, de modo que foram necessárias mais intervenções para promover a continuidade do encontro. O grupo teve duração de aproximadamente 70 minutos.

3.2.3 *Grupo II*

Este grupo foi composto por um total de 4 estagiários/as, os quais, como no primeiro grupo, para preservar o sigilo da identificação, denominamos de *E.1-II*, *E.2-II*, *E.3-II*, *E.4-II*. O uso do “*II*” é para indicar que se trata de um/a componente do *Grupo II*. Ocorreram dois encontros, ambos na modalidade remota, via plataforma *Google Meet*. Esta escolha foi devido ao fato de que uma estagiária, que reside no interior do estado e estava desenvolvendo o estágio de forma remota, teve interesse em participar. Combinamos, então, que faríamos de forma *on-*

line. O segundo encontro não estava definido previamente, entretanto surgiu como demanda nesse primeiro momento e a mesma foi acatada. Os dois encontros ocorreram quando os/as estagiários estavam no décimo período do curso, na turma de Estágio 2. O primeiro aconteceu após 2 meses do início do semestre e o segundo aconteceu próximo ao final do semestre, após um mês e quinze dias deste momento inicial.

Nesse grupo, três estagiários/as, *E.1-II*, *E.2-II*, *E.3-II* estavam vinculados/as ao mesmo supervisor e uma estagiária *E.4-II* estava vinculada a outro. As supervisões ocorriam em grupo. Essa turma, atravessada pela situação pandêmica, desenvolveu o primeiro período do estágio totalmente de forma remota. Nesse sentido, o segundo período de estágio trazia a marca do retorno das atividades presenciais da universidade, possibilitando a prática do estágio no espaço físico do SPA. Esse retorno foi vivido como um desafio, uma vez que o serviço passava por um processo de reestruturação, no qual esses/as estagiários/as tiveram uma participação muito ativa.

3.2.3.1 Primeiro encontro - Grupo II.

Iniciamos o grupo com a presença dos/as 4 integrantes. Eles/as já haviam recebido a documentação do TCLE via *e-mail* e já haviam assinado. Eles/as se identificaram, foram retomados alguns pontos do TCLE (Apêndice 3) e ressaltado o objetivo da pesquisa. Após informá-los/as sobre a proposta desse momento, iniciamos a conversação, tendo como questão, a seguinte pergunta: “De estudante a estagiário/a, como está sendo a experiência do estágio em clínica?”.

Com a palavra aberta, eles/as falaram da identificação com a prática da escuta clínica e, em seguida, enfatizaram os desafios e as responsabilidades em torno dessa experiência, principalmente diante do contexto da pandemia. Como iniciaram o estágio com os atendimentos de forma exclusivamente remota, relataram ter vivenciado uma confusão de espaços. O lugar que atendiam, em suas residências, era o mesmo lugar em que descansavam e que dormiam, de modo que o espaço de trabalho e lazer não se distinguiam. Denominaram a existência de uma sensação de montanha-russa que os/as acompanhou nessa passagem de estudante a/à estagiário/a, e que sentiam desde o início do estágio; além de haver a marca de um sentimento de solidão, experimentado, principalmente, no período anterior. Agora, com a possibilidade de realizar o estágio de forma presencial, de atender no espaço físico do serviço, observavam a sensação de uma estabilidade. Refletiram sobre os pontos positivos e negativos do atendimento *on-line*, e consideraram que uma das dificuldades foi a restrição do

atendimento *on-line* no primeiro período de estágio, visto que os serviços presenciais estavam suspensos. Ou seja, diante da restrição, não houve outra possibilidade.

Eles/as também comentaram sobre a experiência e importância da análise pessoal, sobre o funcionamento e o lugar da supervisão. Relataram sobre as queixas manifestadas pelos/as pacientes e também sobre como era acompanhar casos que já estavam sendo atendidos no serviço há algum tempo. Trouxeram a questão da finalização e do encaminhamento dos casos como uma preocupação. Para quem iriam encaminhar e como seria o processo de encerramento? Frente a isso, foi colocada a possibilidade de haver um novo encontro, mais próximo do final do período, em que poderíamos conversar mais. Eles/as prontamente aceitaram. Este encontro teve duração de aproximadamente 110 minutos.

3.2.3.2 Segundo encontro - Grupo II.

O segundo e último encontro foi realizado com a presença de três estagiários/as, sendo dois vinculados a um mesmo supervisor e uma estagiária vinculada a outro supervisor. A *E.3-II* não pôde comparecer, tendo justificado sua ausência. Nesse momento, faltavam duas semanas para a conclusão do estágio e do semestre da universidade. Mais uma vez, mencionamos alguns pontos do TCLE e o objetivo da pesquisa. Iniciamos a conversação com o questionamento disparador, “a proximidade da finalização do estágio: o que dizer desse momento?”.

Eles/as relataram sobre o sentimento de estranheza, que acompanha esse momento de finalização, tendo um deles mencionado que a “ficha ainda estava caindo”. Em seguida, comentaram que pretendiam finalizar os casos ou a maioria deles ainda nesse prazo de duas semanas, apesar de ter sido mencionada a possibilidade de continuidade dos atendimentos no período de férias. Eles/as demonstraram uma tensão quanto aos casos que precisariam ser encaminhados/as, pois temiam não conseguir encaminhar todos/as que precisavam, em virtude da quantidade limitada de estagiários/as que entrariam no período seguinte. Contextualizaram que, na turma deles/as, muitas pessoas optaram em realizar o estágio no serviço, porém ficaram sabendo que a próxima turma não seria dessa forma. Os/as alunos/as optariam por outros campos de estágio e, com isso, o número de estagiários/as do serviço diminuiria no período seguinte. Frente a isso, começaram a falar sobre os critérios que haviam elegido para quais casos seriam encerrados e quais seriam encaminhados. Mencionaram que conversam muito entre eles/as e de como a finalização/encaminhamento/repasso havia ou não sido tratado/a em supervisão. Demonstravam a decisão do encaminhamento ou da finalização ser uma

responsabilidade individual, como se não pudesse ser dividida com a supervisão, nem mesmo com a própria instituição.

Frente à conclusão do estágio e do curso, comentaram sobre suas expectativas e receios relacionados à vida profissional. Fizeram também uma reflexão sobre a relação que tiveram com a clínica do SPA, justamente por terem feito parte da reativação do serviço perante a questão da pandemia. Antes de finalizarmos, demonstraram uma preocupação com a continuidade do serviço, inclusive, observaram uma necessidade de maior integração entre o serviço, a instituição universitária e os/as docentes do curso de psicologia. Esse encontro teve duração de aproximadamente 70 minutos.

3.3 A circulação da palavra

Nas entrevistas, os/as 5 (cinco) supervisores/as retrataram suas experiências de uma forma singular e trouxeram considerações muito relevantes, consoantes com a pesquisa. Mencionaram diversos aspectos que marcam a supervisão na clínica universitária e que revelam a particularidade desta atuação. Além disso, eles/as ressaltaram as diversas demandas que atravessam a instituição, a formação e o exercício da escuta clínica. Cada entrevistado/a trouxe, ao seu modo, como se posicionam frente ao lugar da supervisão em seus respectivos espaços. Apesar de atuarem na clínica universitária e ocuparem o “mesmo” lugar de supervisor/a, ao mesmo tempo que alguns pontos comuns, que envolvem esse contexto, foram mencionados, aqui reconhecemos a importância e a complexidade que envolve a singularidade de cada experiência. Também verificamos que cada serviço tem uma dinâmica própria e possui realidades e configurações distintas.

Eles/as sustentaram a importância da presença da psicanálise nas universidades e apresentaram alguns impasses, levantando alguns questionamentos. No decorrer dos próximos capítulos, quando apresentaremos suas falas e concepções, realçaremos quão fundamental é a implicação e a responsabilização da supervisão na experiência da escuta clínica.

Quanto aos grupos de conversação, tivemos experiências muito interessantes. Como vimos, os dois grupos iniciaram o estágio em tempos diferentes. Cada grupo teve as suas particularidades e suas formas de expressão e em cada encontro houve uma questão disparadora, facilitando que diversos aspectos que atravessam a experiência do estágio na clínica universitária fossem abordados. Podemos afirmar que ocorreram associações livres coletivizadas, observadas tanto através das experiências singulares que foram relatadas, quanto pelos efeitos provocados pela circulação da palavra em grupo. As principais diferenças

observadas entre os dois grupos têm relação: com a forma como ambos se constituíram, visto que os/as participantes do Grupo I aceitaram o convite para participar da pesquisa, enquanto que os/as do Grupo II demandaram participar da pesquisa, quando a ideia inicial era que os/as participantes fossem apenas os/as estagiários/as do nono período; e com as circunstâncias em que os/as estagiários/as do Grupo II iniciaram a prática do estágio, totalmente de forma remota frente às restrições sociais impostas pela pandemia da Covid-19. Eles/as comentaram, no primeiro encontro, sobre as dificuldades enfrentadas na condição de um estágio de forma remota, sobre os atendimentos on-line e também sobre como foi auxiliar na reestruturação do serviço-escola no retorno do funcionamento presencial. Já quando os/as estudantes do Grupo I ingressaram no estágio, o serviço-escola estava retornando com as atividades presenciais e os atendimentos já aconteciam de forma híbrida, presencial e remoto. Assim, em meio aos desafios vividos nesse retorno, as falas que prevaleceram neste grupo se referiam às dificuldades e temáticas do estágio em si.

A partir das repercussões que surgiram no ato das entrevistas e dos grupos de conversação, assim como nas leituras dos registros e transcrições, desenvolvidas *a posteriori*, foi traçado como faríamos a articulação junto ao percurso teórico e definidos os capítulos seguintes. Sendo assim, a partir de uma atenção flutuante nas diversas leituras dos registros e das transcrições, observou-se que algumas falas se destacavam junto à recorrência e relevância de algumas temáticas, que recaíam na problemática que levantamos. Essas falas foram selecionadas, distribuídas em um arquivo à parte e agrupadas em temas-eixo (Cruz, 2007). Conforme este autor, diferentemente de uma depuração de categorias, nesse formato, “o pesquisador enfatiza os temas que, no contexto da pesquisa, lhe pareceram mais pertinentes aos propósitos da mesma” (Cruz, 2007, p. 27), realçando a dimensão da singularidade de cada fala. Esses temas-eixo foram nomeados ao longo da construção da análise dos dados. Nesses temas, foram discutidos os dados encontrados, retratando a fala do/a participante em si e abordando aspectos manifestados nas falas de uma forma mais genérica.

Diante das palavras que circularam, tanto com os/as supervisores/as como com os/as estagiários/as, junto ao nosso objetivo, desenvolvemos, conforme veremos, uma discussão sobre queixa e demanda, considerando a diversidade de queixas que os/as usuários/as apresentam, bem como uma dificuldade de implicação no tratamento. Consideramos importante diferenciarmos as concepções de queixa e demanda de tratamento para a psicanálise, bem como discutimos os aspectos transversais incidentes no tratamento ofertado e que impactam nas queixas e na construção de demandas feitas pelos/as usuários/as ao serviço.

Após esse momento, discutimos sobre o jogo de posições que envolvem um tratamento, principalmente, pela diversidade de integrantes e os lugares ocupados/as no campo da clínica universitária. Desse modo, são enfatizadas as necessidades formativas, em que se busca desenvolver o exercício da escuta clínica, e que se torna uma particularização desse espaço, na medida em que o/a usuário/a comparece com suas questões.

Em seguida, retratamos as diferentes temporalidades, que envolvem o tratamento em um serviço-escola, distinguindo o tempo cronológico do estágio e o tempo lógico de cada sujeito. A partir do prolongamento de alguns acompanhamentos em clínicas universitárias, definimos o que seria uma cronificação do tratamento, ressaltando que buscamos romper com a ideia de caso cronificado. Avaliamos que a cronificação não está restrita unicamente ao tempo de tratamento, mas que se relaciona com os diversos aspectos transversais que perpassam o tratamento e que podem impedir, por vezes, o surgimento da dialética própria da demanda.

Frente a esses apontamentos, reconhecemos que a função do caso clínico é um elemento importante a ser discutido, principalmente pelos diversos fios que podem ser identificados na trama que constitui o tratamento e que revelam a singularidade de cada caso. Nessa perspectiva, a construção do caso pode ser um dispositivo importante para debatermos e pensarmos sobre a permanência prolongada de alguns casos e que também nos remete à complexidade dos tratamentos nas clínicas-escola.

4 - Oferta, queixa e demanda de tratamento

A queixa e a demanda foram temáticas recorrentes nos grupos de conversação e nas entrevistas, o que nos fez, juntamente com o que motivou a construção desta tese, dedicar este capítulo a essa discussão. As falas dos/as estagiários/as e supervisores/as inspiraram a construção de temas-eixo que abordam aspectos referentes à diversidade de queixas manifestadas; ao atendimento a pessoas de diferentes idades, gêneros, classes sociais; às implicações frente ao tratamento e o possível fenômeno da cristalização da queixa; ao processo de escuta ao/à outro/a; às diferentes posições ocupadas na clínica universitária.

Em cada tema-eixo, realizamos uma articulação dos dados obtidos com os pressupostos teóricos. Não utilizamos a narrativa como mera ilustração da teoria, mas buscamos apresentar o que essas falas nos ajudam a pensar na teoria em sua importância de dar sustentação a dispositivos clínicos, que direcionam a escuta clínica psicanalítica nos serviços-escola. Dessa forma, estamos advertidos da amplitude que envolve as teorizações acerca da demanda e dos diversos atravessamentos que compõem o espaço institucional.

Observamos que o público que comparece nesses espaços é muito variado, além disso, os serviços que são ofertados e as queixas apresentadas, retratam particularidades de cada instituição. Questionamos sobre o modo como o/a usuário/a chega à instituição e apresenta, inicialmente, o seu sofrimento ao/à estagiário/a-terapeuta. Este/a, além de acolher aquele/a que procura a clínica, precisa ser também acolhido/a em suas demandas de formação. Apontamos as diferenças entre as noções de queixa e demanda para a psicanálise, considerando, principalmente, o início do tratamento e o processo de construção e endereçamento de demandas.

Ressaltamos as implicações que envolvem o atendimento e a escuta na clínica universitária, bem como situamos a importância do implicar-se do/a paciente no tratamento. Diante dessa discussão, enfatizamos o lugar da oferta em um tratamento, além de realçar alguns entraves na relação entre a queixa e o tempo do acompanhamento, seja ele um tempo breve, um tempo interrompido ou um tempo prolongado. Por fim, apresentamos as posições que envolvem a construção da dialética da demanda, com vistas a indagar sobre como os lugares em um serviço-escola são construídos e ocupados. Aqui, realçamos a natureza formativa das clínicas universitárias e nos questionamos a respeito do lugar do/a estagiário/a frente aos apelos de seus/suas pacientes, mas também dos seus próprios, visto não envolverem apenas a formação, mas também sua trajetória singular.

4.1 Entre queixas e demandas

O público que procura as clínicas universitárias é muito diverso. A sua caracterização está relacionada não só com a instituição de uma forma geral e sua oferta, mas também pode haver alguma especificidade da supervisão. Ou seja, determinado/a supervisor/a poderá definir que o público a ser atendido por seus/suas estagiários/as será o infanto-juvenil, já outro/a supervisor/a, que o público serão os/as adultos/as, bem como poderá não haver essa restrição. A depender disso, um/a mesmo/a estagiário/a poderá ter diversas experiências de acompanhamento, podendo atender crianças e idosos/as, assim como crianças, adolescentes e adultos/as. Vejamos o que os/as estagiários/as e supervisores/as falam acerca dessa diversidade.

No primeiro encontro de conversação do *Grupo II, E.2-II* relata que atende “*na sua maioria mulheres, jovens adultas, por aí. Mas assim, cada caso que chega é um caso diferente. [...] Cada término de namoro, ele traz uma questão em si que é particular daquela pessoa*”. O estagiário realça uma semelhança nas idades e até de situações que seus/suas pacientes trazem, contudo, observa a dimensão singular de cada história e, como isso, perpassa sua escuta. A partir dessa fala, logo em seguida, *E.4-II* reflete sobre os/as pacientes, que acompanha, e constata que há uma disparidade na faixa etária, culminando no atendimento a um público de diferentes gerações.

Além disso, a predominância/prevalência do quantitativo de uma determinada faixa etária pode depender de situações do contexto histórico-social. Com relação a essa prevalência, na entrevista com *S.L.*, ela analisa que, na clínica em que atua, “*durante um tempo ela era maior no tempo da infância, mas isso depois foi se igualando a outras faixas etárias e durante a pandemia a gente teve uma mudança*”. A depender das circunstâncias sociais e das mudanças que acontecem a todo momento, o perfil do/a usuário/a poderá mudar. Foi justamente o que aconteceu no serviço-escola em que *S.L.* trabalha, quando, frente às circunstâncias e às restrições da pandemia, houve uma mudança no perfil.

Sobre o público atendido, *S.B.* ressalta que de fato é “*muito variado, porque a gente já teve professor da universidade, funcionário da universidade, muitos alunos da universidade, embora agora a gente tem uma divisão para os alunos da universidade, com estagiários próprios, bolsistas e tal*”. Além do público vinculado à universidade, há a oferta para a sociedade de uma forma geral. Afora a faixa etária, observamos que, sendo um serviço *da e na* universidade, geralmente, o público é constituído por diferentes categorias: estudantes universitários/as, funcionários/as (técnicos/as, docentes, terceirizados/as) e comunidade externa à universidade. A procura pelos serviços acontece tanto de forma espontânea, quanto

através dos encaminhamentos. As clínicas-escola são criadas para ofertar serviço à comunidade de uma forma geral, mas termina por acolher muitas demandas de pessoas internas à universidade.

Além disso, é frequente a chegada de usuários/as que conheceram o serviço através da indicação de pacientes que estiveram/estão em acompanhamento na clínica. Tal como *S.B.* enfatiza, é comum o fato de que “*muitas pessoas que se trataram na clínica universitária, encaminham seus parentes, seus amigos, seus vizinhos, né?*”. Esse é um aspecto relevante e pode ser considerado como uma resposta à assistência que é realizada, um retorno para a própria instituição, na medida em que as pessoas parecem sugerir o serviço não só pelo conhecimento em si, mas também pelo acolhimento obtido e pelo lugar de referência que esses espaços passam a ser para elas.

A respeito de como ocorre o acesso à instituição em que atua, *S.H.* discorre sobre um momento em que “*queriam fechar o acesso pela rede, né? A gente sempre resistiu, sempre manteve essa demanda espontânea de uma certa tradição na cidade, de algumas décadas, que a população sabe que pode ir lá, e ser escutada*”. Nesse sentido, mantém-se a procura espontânea, em vez de haver uma delimitação do acesso pela rede, que possivelmente produziria algumas limitações, além de o direcionamento ficar sob a responsabilidade de um/a profissional externo/a ao serviço.

Outro aspecto que envolve o público atendido é em relação às condições sociais e financeiras. Alguns serviços são gratuitos ou, quando há uma cobrança, geralmente, o preço é mais acessível e/ou de acordo com as condições do/a usuário/a. Sobre o pagamento, *S.H.* relata que “*era um pagamento dentro do que era função para o tratamento, então era ajustado dentro das condições de cada um, subjetivas e econômicas*”. Geralmente, nessas instituições, prioriza-se ou limita-se o atendimento a pessoas em situações sociais vulneráveis ou que não têm condições de arcar com um tratamento particular.

Na clínica universitária em que *S.F.* trabalha, são atendidas pessoas de diferentes níveis sociais, porém se prioriza o atendimento para usuários/as em situação de vulnerabilidade social. Os/as que têm condições de arcar financeiramente com o tratamento tendem a ser encaminhados/as para antigos/as estagiários/as do serviço que atuam em consultório. Em algumas clínicas universitárias, pessoas com condições financeiras mais favoráveis, independentemente de o tratamento ser gratuito ou não, também podem ser assistidas, visto que a solicitação pelo atendimento e a avaliação da queixa se tornam prioridades. Dessa forma, pessoas das mais diversas classes sociais são atendidas, embora se verifique que a maioria se encontra em situação de baixa renda.

Em geral, nem sempre há uma prioridade, ou uma restrição, nesses espaços, em relação às condições socioeconômicas. Como afirma S.B., *“pela maneira como a gente entende lá o serviço público, uma vez que a pessoa procurou a clínica universitária, a gente não pode mais remetê-la para a clínica privada, mesmo que seja uma clínica social. E vem pessoas de extrema vulnerabilidade, socioeconômica, extrema, né? Que em alguns momentos não tem o dinheiro para a passagem”*. O caráter de um serviço aberto ao público e o fato de alguns serem de universidade pública pode recair no conflito da desigualdade. Afinal, como então delimitar esse acesso? Por que algumas pessoas que têm recursos financeiros e que podem arcar com um tratamento particular, buscam esses espaços? Qual a referência da instituição para essas pessoas?

Tanto o quantitativo referente à capacidade de assistência, quanto o perfil e a prevalência do/a usuário/a, são decisões que cabem a cada instituição. Apesar de haver a obrigatoriedade desses serviços, por parte dos cursos de psicologia, como discutimos nos capítulos anteriores, a clínica se constitui no âmbito da singularidade e isso também pode ser observado na autonomia das clínicas universitárias e das supervisões, seja na delimitação do público, seja na organização de seu funcionamento.

Além de o público ser variado, há uma diversidade de situações apresentadas pelos/as usuários/as, os quais chegam com queixas de ansiedade, depressão, queixas relacionadas a preconceitos de raça e de gênero, síndrome do pânico, hiperatividade, dificuldades de relacionamento, de aprendizagem, ideação suicida, abuso sexual, violência de todas as ordens, autismo, dentre outras.

Sobre os casos que acompanha, E.4-II afirma que *“tem sempre uma coisa ali muito de uma ansiedade, de uma tristeza muito grande, uma desesperança, eu acho que principalmente isso, desesperança, de não saber o que fazer e não saber pra onde ir, e aí vem todo o nosso cenário, nosso país, não só na questão de desesperança por uma pandemia, na política, no social, as dificuldades econômicas, algumas pessoas também em questões de relação, de meio ambiente, de financeiro”*. Após essa partilha, E.1-II menciona que a maioria de seus/suas pacientes chegam com relatos de ansiedade, entretanto, *“muitas vezes nem se trata tanto assim de uma crise de ansiedade, se trata muitas vezes de respostas normais, naturais, algumas situações que são um pouco mais extremas do que a galera coloca na conta da ansiedade”*. São queixas distintas que retratam a clínica contemporânea, atravessadas pelo contexto sócio-político. Além disso, observamos como algumas pessoas já comparecem com determinados diagnósticos, muitas vezes, fruto de uma autoavaliação, sem estar sob cuidados profissionais.

Ainda sobre essa diversidade, *S.B.* ressalta que: “*nós temos vários pacientes psicóticos, crianças, adolescentes, idosos, então a gente não fixa um perfil, o que nos guia é a demanda de cada um*”. Aqui, ela enfatiza os diferentes casos que são acompanhados por seu grupo de estágio, a partir de uma não delimitação do perfil, e essa é uma escolha que sustenta há mais de 25 anos. É interessante comentarmos sobre essa escolha que permite o acolhimento a variadas situações clínicas e, portanto, uma experiência de escuta diversa para os/as estagiários/as.

Quando as supervisões definem que os/as seus/suas estagiários/as devem atender um público/queixas específicos, geralmente é na escuta inicial ou triagem que a avaliação e o direcionamento são feitos. No caso do público participante do projeto referente à clínica psicanalítica para autistas que *S.C.* desenvolve, os estagiários/as que ele supervisiona atendem os/as familiares dos/as autistas. Também em uma delimitação do perfil, *S.F.* menciona que os/as seus/suas estagiários/as atendem pessoas com sofrimentos referentes à luto e à perda. Quando estas pessoas buscam o serviço, elas preenchem uma ficha de inscrição que contém uma pergunta sobre a queixa e, a partir disso, são feitos os direcionamentos.

É na chegada ao serviço e no início do atendimento que conhecemos quem é o/a usuário/a e qual sua queixa inicial. Trata-se do relato do(s) motivo(s) que levou/levaram o/a usuário/a a buscar o serviço. Esse momento é de extrema relevância, considerando que, além do que lhe traz ao serviço, a forma com que é escutado/a e acolhido/a poderá determinar o estabelecimento e o início do tratamento.

No início, ainda que essas queixas possam se apresentar de forma difusa, vai sendo possível apreender a posição do/a paciente frente ao seu sofrimento. Freud (1913/1969) destaca que, assim como no jogo de xadrez, não se tem como prever o que surgirá a partir do encontro inicial do/a paciente com o/a analista. E realça a importância desse momento precursor do tratamento analítico, que denomina de “tratamento de ensaio”, em que o/a analista conhecerá o/a paciente, escutará sua queixa e decidirá, junto a ele/a, sobre o início do processo analítico.

Não há um tempo pré-definido sobre esse momento inicial, sendo variável de paciente para paciente, além de instaurar uma diferença com o segundo momento, se assim podemos dizer, do acompanhamento. No momento precursor, a queixa, mesmo já revelando a situação de sofrimento psíquico do sujeito, nem sempre remete à implicação subjetiva do/a paciente frente a seu tratamento. Nesse caso, a responsabilização do sujeito e o endereçamento à/ao analista remetem ao segundo momento do acompanhamento, o início propriamente do tratamento analítico.

Lacan (1971/1997) nomeia o momento inicial do tratamento de entrevistas preliminares, as quais têm uma função essencial para a entrada em análise, que não pode delas prescindir, e que também visa o estabelecimento da hipótese diagnóstica para a condução do caso. A partir da perspectiva lacaniana, Quinet (2007) afirma que, na entrada em análise, há uma descontinuidade, um corte em relação ao que era anterior, momento em que o/a paciente passa, especialmente, a se implicar no tratamento. Essa noção de descontinuidade nos auxilia a pensar na distinção entre queixa e demanda analítica.

Comumente, os termos “pedido”, “apelo”, “queixa” e “demanda” são utilizados como sinônimos. O próprio termo demanda é amplamente utilizado socialmente, sendo, muitas vezes, relacionado à ordem da necessidade. Nas falas dos/as participantes da pesquisa, observamos que, em alguns momentos, a demanda é denominada como pedido do paciente, equivalendo à queixa, ao sofrimento que o/a trouxe ao serviço. Entretanto, na psicanálise, há uma diferença importante. Quando há um pedido de atendimento, geralmente o/a usuário/a inicia sua fala trazendo o que lhe fez buscar a clínica e o que está sentindo. Ainda que essa fala seja escutada por alguém, em outra posição, essa comunicação não corresponde propriamente a uma demanda de tratamento analítico.

Relatar o sofrimento não é suficiente para que se construa uma demanda de análise. No caso da clínica universitária, uma demanda de tratamento. Muitas vezes, esse momento consiste na apresentação da queixa inicial. Ou também poderíamos denominar de “demanda de acolhimento”, embora tenhamos optado, neste estudo, por utilizar o termo demanda ao nos referirmos à demanda analítica. A importância da queixa inicial está relacionada com o modo como o/a usuário/a relata o seu sofrimento, de modo que já é possível haver uma avaliação acerca de um possível tratamento. Por vezes, esse primeiro momento já pode ser resoluto para o que é apresentado pelo/a usuário/a, não sendo necessária, nesses casos, uma continuidade do acompanhamento. Uma escuta breve e uma intervenção pontual já podem ser suficientes.

A diferenciação entre queixa e demanda envolve uma mudança de posição na relação do sujeito com o próprio sofrimento (Quinet, 2007). Não basta, como vimos, que o/a paciente faça um apelo ou relate sua queixa para a construção e endereçamento de uma demanda. Sobre essa distinção, Quinet (2007) ressalta:

Esse sujeito pode se apresentar ao analista para se queixar de seu sintoma e até pedir para dele se desvencilhar, mas isso não basta. É preciso que essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo. (p. 16)

A queixa visa e espera uma resposta do Outro, ao passo que a demanda implica o questionamento que o sujeito faz a si próprio sobre o seu sintoma. Nessa perspectiva, é importante salientar que a formulação da demanda é construída no tratamento e nem toda queixa se transforma em demanda. A esse respeito, Quinet (2007) remete ao caso Dora, e afirma que “a retificação subjetiva de Freud consiste em perguntar “qual é a sua participação na desordem da qual você se queixa?” (p. 33). Assim, não se trata de um simples questionamento, mas de uma intervenção interpretativa, que visa provocar a responsabilização do/a paciente frente a seu sofrimento. Conforme este autor, esse processo é designado por Jacques Lacan de retificação subjetiva, quando a escuta e a relação transferencial veiculam uma mudança de posição, a qual implica a necessária responsabilização do sujeito diante daquilo de que se queixa e a participação do/a analista nesse processo.

Segundo Coutinho Jorge (2017), a implicação subjetiva é o elemento a ser buscado nas entrevistas iniciais. Ele enfatiza a importância do momento de retificação subjetiva, que está relacionado com “a ideia de que, se estou implicado no sofrimento de que eu mesmo me queixo, então passa a ser possível tentar modificá-lo em algum momento” (p. 167). Assim, é diante da implicação do sujeito frente a seu sofrimento, que as mudanças e elaborações poderão surgir. Sem essa implicação, o/a paciente tende a repetir a queixa, dificultando um reposicionamento subjetivo.

O autor também afirma que esse momento é uma das primeiras etapas do processo de instauração da transferência. É quando o “sujeito não apenas se pergunta sobre o seu sofrimento, mas inclui nessa indagação o analista como aquele do qual espera uma resposta” (p. 167). Aqui, realçamos o modo como o/a analista acolhe a queixa e auxilia o/a paciente nesse processo de implicação, visto que é algo que não está pronto, que pode surgir a partir desse encontro.

Em suas formulações acerca do grafo do desejo, Lacan (1957-1958/1999) analisa a relação entre necessidade, demanda e desejo. Para ele, a demanda se refere à existência de uma invocação, “é aquilo que, a partir de uma necessidade, passa por meio do significante dirigido ao Outro” (Lacan, 1957/1999, p. 91). A demanda se constitui no campo da linguagem, envolve uma relação com o Outro “No nível da demanda, há entre o sujeito e o Outro uma situação de reciprocidade. Apesar de o desejo do sujeito depender inteiramente de sua demanda ao Outro, o que o Outro demanda também depende do sujeito” (Lacan, 1958a/1999, p. 371). Trata-se da dialética da demanda, que consiste na implicação de ambos – sujeito e Outro – nessa relação, sendo essa interlocução uma condição para a criação e a sustentação da demanda.

Lacan (1958b/1999) afirma que: “a demanda sempre pede alguma coisa que é mais do que a satisfação a que ela apela, e que vai mais além disso” (p. 418). Diferentemente da necessidade, que visa um objeto específico e cuja finalidade é a satisfação, a demanda a ultrapassa, ela é, antes de tudo, uma demanda de amor, que “almeja obter do Outro uma presentificação essencial – que o Outro dê o que está além de qualquer satisfação possível, seu próprio ser, que é justamente o que é visado no amor” (p. 418). A demanda, assim, ultrapassando a esfera da satisfação da necessidade, implicará sempre um endereçamento do sujeito ao Outro.

Diante da experiência original de satisfação entre uma criança e sua mãe, ela demanda ao Outro reviver o que foi perdido. Ou seja, é feito um pedido ao Outro de um reencontro. O desejo corresponde à moção psíquica, àquilo que move o sujeito na busca pela realização alucinatória da satisfação inicial, para sempre perdida. Ele emerge dos traços mnêmicos, dos registros de memória das experiências do sujeito que ocorrem desde a mais tenra infância, e que se refletem em outros momentos da vida, nas tentativas de retorno empreendidas pelo sujeito (Freud, 1900/1972). Frente a isso, Lacan (1958b/1999, p. 418) afirma que: “é no espaço virtual entre o apelo da satisfação e a demanda de amor que o desejo ocupa o seu lugar e se organiza”. Ainda que o desejo esteja para além da demanda, é através da demanda que podemos nos aproximar dele.

Aulagnier (1990) traz considerações sobre a demanda muito relevantes para a nossa pesquisa. Ela ressalta que a construção da demanda é uma relação que atravessa as experiências iniciais entre o desejo materno e a demanda do *infans*. A manifestação do *infans* deve ser interpretada pela mãe como um apelo, como uma mensagem da qual seria destinatária – interpretação feita com base nos moldes de seu próprio desejo. Conforme a autora, “a mãe deseja que o *infans* demande’ e o ‘*infans* demanda que a mãe deseje” (p. 197), representando a dialética da identificação primária.

Essa dialética, no contexto de um tratamento, pode ser pensada através da ideia de que “[...] toda demanda de análise deve ser entendida como o enunciado pelo qual o sujeito se interroga sobre seu quebra-cabeça identificatório” (Aulagnier, 1990, p. 224). A partir do momento em que surge esse questionamento, ele/a o endereça justamente para aquele/a a quem supõe o saber sobre si. A interrogação que o sujeito faz a si mesmo é endereçada ao Outro, tendo início um movimento em busca da resposta, em busca do deciframento, pelo/a analista, desse quebra-cabeça, desse enigma.

Miller (1997) contribui com essa discussão ao propor que: “em psicanálise, a primeira avaliação é feita pelo paciente, é ele quem primeiro avalia seu sintoma, pois chega ao analista

fazendo a demanda baseada numa autoavaliação de seus sintomas e pede um aval para autoavaliação” (p. 223). Adiante, ele ressalta: “quando nos perguntam como fazer com um paciente, sempre voltamos até o início para saber como foi feita a entrada, num esforço que é o princípio metódico da análise” (p. 224).

Observamos que o momento inicial tem um efeito importante na direção do tratamento analítico. A forma como o sujeito chega ao atendimento, endereçando sua queixa ao/à outro/a, revela muito do próprio caso. É no início dos atendimentos que o/a paciente demonstrará como se posiciona frente ao seu sofrimento e suas relações. Miller (1997) avalia que as entrevistas preliminares podem durar um mês, um ano, e que, às vezes, o/a analista atende o/a paciente por vários anos em uma situação preliminar, ao que ele denomina “preliminar permanente” (p. 224).

Também nessa perspectiva, Moretto (2001) ressalta que a demanda feita ao/à analista é recebida por ele/a como “o modo particular de o paciente interpretar para si mesmo seu próprio sintoma, a partir do que ele sabe e também do que ele não sabe, a partir do desconforto de tipo especial que lhe causa seu sintoma” (p. 87). Como abordamos, a demanda é constituída na relação do/a paciente com o/a analista, porém, em um contexto institucional, outros elementos se entremeiam, na medida em que a própria instituição e sua dinâmica também atravessam essa construção.

Frente às queixas e aos pedidos que chegam aos serviços-escola e à maneira singular com que as demandas são construídas e endereçadas, endossamos a importância de preservarmos a dimensão do caso a caso, do um a um, tão explorada nos momentos de supervisão. Assim, no encontro singular com o/a estagiário/a, ainda que diversos/as “pacientes tenham terminado o namoro” ou apresentem queixas de ansiedade, a forma como cada um/a chega e se apresenta, bem como endereça sua dor ao/à estagiário/a terapeuta, delineará o processo de responsabilização e de mudança de posição frente a seu sofrimento. Isso também dependerá da forma como o/a estagiário/a faz a escuta dessa queixa, de como ele/a responde ou não ao que lhe é endereçado. No encontro singular entre usuários/as e estagiários/as, o que se passa quando há o que Costa (2006) considera como cronificação da queixa?

4.2 Cristalização da queixa?

Quando abordamos a diversidade de queixas iniciais que são apresentadas, partimos não só de casos graves, mas também de pessoas que comparecem à clínica “para saber como é uma sessão psicológica”; “porque o meu amigo veio, eu quis acompanhá-lo e decidi também

conversar”; “não sabem por que vieram”; “porque a professora recomendou”; “para conversar um pouco”. Como S.H. relata, “*a pessoa que encaminha pode achar importante pra ele, mas se ele não achar importante*”, ou seja, *se não fizer sentido para o/a paciente, o acompanhamento não se sustenta*”. As motivações para o tratamento nem sempre apresentam uma queixa, nem sempre parecem apontar para uma demanda de acompanhamento. Podemos pensar que na “falta de uma queixa”, é possível que o/a atendido/a não seja acolhido/a, não havendo por parte de quem o/a atendeu, uma leitura de que sua vinda ao serviço, o movimento de deslocar-se ao espaço da clínica, revele algo que pode ser identificado enquanto apelo por aquele/a que acolhe e escuta. Quando, em alguns casos, esse momento inicial é identificado e acolhido, a queixa poderá surgir, fundando um espaço para o endereçamento de demandas.

Aulagnier (1990), ao discutir sobre a partida analítica, que começa quando um sujeito demanda a outro sujeito empreender uma psicanálise, situa também a demanda como resposta à oferta do/a analista. Relata, nesse sentido, que: “a demanda de análise, dissemos, é em primeiro lugar resposta a nossa oferta” (Aulagnier, 1990, p. 220). Afirma, ainda, que: “para que haja demanda, é preciso uma oferta [...]” (p. 226). Nessa perspectiva, não podemos discutir sobre demanda sem abordarmos a oferta, o que nos remete à proposição lacaniana de que, com a oferta, cria-se a demanda (Lacan, 1958/1998). Para Aulagnier (1990), a dialética oferta-demanda deve estar sempre presente no tratamento, permanecendo o pivô da transferência, buscando-se assegurar de que ela nunca esteja excluída.

O modo como essa oferta é feita, o que não implica apenas o serviço disponibilizar atendimentos para crianças, adolescentes e adultos/as, e ter vagas disponíveis, remete a como esse/a outro/a, o/a analista, faz essa escuta e se disponibiliza/ou não para o acompanhamento. No caso da clínica universitária, ainda que haja disponibilidade para atendimento, o modo como o/a estagiário/a-terapeuta oferta sua escuta e sua presença constitui ponto fundamental na possibilidade ou no impedimento da construção ou do reconhecimento das demandas que lhe são endereçadas. É também válido ressaltar que nem toda oferta criará uma demanda. Como então o/a estagiário/a reage a isso? Essa é uma situação difícil para o/a iniciante, quando, apesar de todo o seu acolhimento e investimento na escuta, nem sempre haverá uma demanda por parte do/a paciente.

Concordamos com Fink (2018), quando ele afirma que poucas pessoas que procuram um/a terapeuta, no começo, têm alguma ideia do que realmente um processo terapêutico envolve. Ou seja, é preciso vivenciar a experiência para que essa ideia seja elaborada, o que se dará na relação com o/a analista. Nessa perspectiva, o autor indaga “como levar os pacientes de suas ideias corriqueiras do que fazer na terapia até o ponto em que eles realizam um

autêntico trabalho analítico” (p. 21). Isso reafirma a proposta freudiana acerca das construções em análise (Freud, 1937b/1975), no sentido de que, para que o tratamento aconteça, é necessário que haja o encontro entre paciente e analista, condição de início e de construção do processo analítico.

Em relação a um pedido de análise, precisamos lembrar, antes de tudo, que estamos tratando de um serviço de formação em psicologia. E aqui perguntamos, qual oferta é feita? O que se oferta tanto por parte do serviço, quanto por parte daquele/a que escuta e de quem o/a supervisiona? Diferentemente do consultório de um/uma analista, em que pessoas poderão buscar “por uma análise”, nesses espaços a procura é pelo acompanhamento psicológico.

Machado e Aguiar (2016), ao abordarem sobre a eficácia e os efeitos terapêuticos em psicanálise, avaliam que, no Centro Psicanalítico de Consultas e Tratamento (CPCT) – dispositivo de escuta de orientação lacaniana, fundado em Paris, que tem como premissa a gratuidade e o tempo limitado de sessões –, não se prioriza a produção de uma demanda de análise, podendo esta ser restrita a uma demanda terapêutica. Nesse sentido, a partir do objetivo de trabalho desse Centro, que não se trata de uma análise no setting tradicional, “o/a analista oferece sua presença e sua escuta para que o sujeito, em consulta, se ponha a falar” (Machado & Aguiar, 2016, p. 222).

O estabelecimento dessa distinção entre uma demanda terapêutica e uma demanda de análise é muito interessante e oportuna. Certamente, o tempo limitado de sessões auxilia nessa compreensão, visto que, diante de um acompanhamento mais restrito no tempo, o que é possível ofertar e acontecer? Considerar as possibilidades e finalidades do serviço ofertado possibilita um delineamento, que é estruturante para a instituição em si e para seus integrantes. Muitas vezes, a ausência de uma delimitação como essa, na clínica universitária, pode provocar um entrave no tratamento, o que pode ser observado, por exemplo, no momento de finalização do estágio e de avaliação do caso. Quais efeitos terapêuticos foram observados frente ao pedido estabelecido? Ou seja, o que o/a paciente busca e espera de um acompanhamento? O que a clínica, enquanto instituição, visa oferecer para esse/a paciente? Qual a responsabilização do/a estagiário/a frente ao que é esperado pelo/a paciente e o que é ofertado institucionalmente?

Nas clínicas universitárias, ocorrem muitas chegadas e partidas. Como *S.H.* também refere, apesar da alta procura, “*uns vinte por cento daquela demanda grande é que segue adiante*”. Nem todos/as os/as que começam dão continuidade, como também nem todos os casos são indicados para uma continuidade. Nem todos/as que estão na fila de espera, quando são chamados/as, comparecem. O encerramento do acompanhamento não se dá apenas com a finalização do tratamento, sendo muito comum a desistência, a interrupção. Como meio de a

instituição reagir a isso, S.H. comenta sobre a prática, no espaço em que atua, de o atendimento inicial e a avaliação do pedido de tratamento serem feitos por alguém que já não era iniciante na clínica, “*com isso a gente poupava o iniciante de ter que fazer esse trabalho, acabava sendo um desgaste*”. Após a realização de uma avaliação prévia acerca da queixa e de uma possível demanda, estes casos poderão ser encaminhados para o/a iniciante começar o acompanhamento psicoterapêutico.

Como abordamos, não há um tempo fixo para demarcar o momento precursor do tratamento analítico. Na clínica universitária, há o tempo fixado do estágio que, em sua maioria, ocorre nos dois últimos períodos do curso de psicologia. Esse tempo, além das diversas variáveis, que atravessam o tratamento ofertado nesse espaço, muitas vezes, não é suficiente para que haja implicação do paciente frente a seu sofrimento, na relação transferencial com aquele/a estagiário/a, ficando o/a paciente no lugar de queixoso, sem parecer avançar para além disso. Apesar da finalização e do encaminhamento para outro/a estagiário/a-terapeuta, para muitos/as pacientes, o processo ocorre sem maiores questões/dificuldades, revelando a relevância da transferência não apenas com o/a estagiário, mas também com a instituição.

A esse respeito, no *Grupo I, E.3-I* discorre sobre o atendimento que está realizando a uma paciente e que “*ela já vem de vários estagiários. Eu acredito que ela já passou por uns três estagiários e eu sou a quarta, e eu sinto que a demanda dela, eu peguei o prontuário dela e é a mesma demanda do início e não foi ainda elaborada, sabe?*”. O que seria “uma demanda elaborada”, especialmente quando se coloca em questão processos terapêuticos iniciados com estagiários/as anteriores? Seria uma mudança quanto à posição da paciente diante do seu sofrimento? Pensamos, também, em como os diferentes processos terapêuticos e suas rupturas podem ressoar nessa não elaboração. Ao mesmo tempo, refletimos sobre a função desse tratamento e nos seus possíveis efeitos, visto que ainda que a demanda não tenha sido elaborada, a paciente vai para as sessões, comparece/continua no serviço.

Após essa fala, no mesmo encontro, *E.6-I* relata que atende “*um caso que eu não encontro demanda nenhuma. É um paciente de outro estagiário que disse a mesma coisa, demanda nenhuma*”. Se o estagiário não identifica nenhuma demanda, o que faz esse paciente estar no serviço, e além disso, ser um paciente encaminhado? Não haver demanda alguma poderia apontar para o ato do encerramento, da desistência, da não procura/adesão, mas convém indagar sobre a função/lugar do serviço para este paciente que continua indo, convém refletir se essa posição que ele assume é mantida/reforçada por quem conduz o atendimento e pelo próprio funcionamento da instituição. Além de também considerarmos que o fato de não haver demanda não implica que não haja endereçamento.

Para Marcos (2011, p. 211), “no espaço institucional da clínica-escola, o tempo é limitado e frequentemente não se produz o deslocamento subjetivo, no qual o sujeito se limita em seu sintoma”. Com pouco tempo, será feita novamente uma oferta de tratamento por um/a novo/a estagiário/a. Realçamos a importância de se considerar, diante do tempo de estágio, o tempo de cada sujeito, o tempo do/a paciente. Como *E.4-II* analisa, “às vezes os seus dois semestres de estágio não vão ser suficientes pra, digamos, dar realmente o início porque a questão de se responsabilizar já é um certo ponto de um avanço de um trabalho terapêutico”. “Os seus dois semestres” se refere a um tempo de trabalho para quem? Tempo para o/a estagiário/a? Para o/a paciente? Apesar de ser o tempo previsto do/a estagiário/a inserido nas suas atividades, não necessariamente será o tempo do sujeito nesse processo de responsabilização e do tratamento.

Como efeito da conversa, em seguida *E.1-II* comenta no grupo: “às vezes a pessoa tá ali toda semana está ali reclamando a mesma coisa, não se auto responsabiliza por aquilo que sofre, por aquilo que traz, que leva”. Essa menção nos remete à diferença entre as noções de queixa e de demanda. Apesar de o comparecimento do/a paciente não garantir necessariamente sua implicação no acompanhamento, é importante que haja uma aposta nessa responsabilização. Como *E.2-II* observa, “tem esse lance da pessoa não se responsabilizar, mas o contrário também acontece, você vê a evolução, você vê a pessoa implicada ali no processo”. Ou seja, ao mesmo tempo em que se apresentam repetições e dificuldades de implicação, também se observam processos em que há a construção de demandas, uma responsabilização.

Apesar de Marcos (2011) também afirmar que, às vezes, não é necessário um longo tempo para produzir uma retificação subjetiva, não se tem como prever esse resultado. Inclusive, aqui, deparamo-nos com falas que retratam tanto uma dificuldade do/a paciente no processo de retificação subjetiva, quanto casos em que se percebe, ao longo do processo, essa retificação.

Segundo Fink (2018, p. 27),

a análise não requer que a pessoa conte toda a sua vida nos mínimos detalhes, ou que conte sobre a semana inteira numa harmonia a quatro vozes, ou que relate cada ideia e impressão passageiras. Esse tipo de abordagem transforma a terapia, automaticamente, num processo infundável, que nem uma vida inteira conseguiria abarcar.

A isso, ele denomina de “blá-blá-blá” do discurso cotidiano e comenta sobre a importância da intervenção do/a analista nessas situações, para que outros conteúdos possam surgir. Remetemo-nos, nesse sentido, à fala E.4-I, quando em seu grupo relata: *“tem sujeito que entra na sessão e fala monte de abobrinha, a gente fica tentando puxar, falando da gente, mas assim falando por mim, eu tento puxar pra um lado, por outro, por outro, pro outro tentando sugar daquela pessoa uma queixa, desvendar aquilo, ‘por que aquela pessoa está frequentando o serviço?’, se está ali todo dia é porque tem alguma coisa, sabe?”*. Isso nos direciona a pensar no acolhimento que é feito, no processo de escuta e na aposta de uma mudança de posição do/a paciente. Refletimos sobre este “sugar uma queixa”, no sentido do investimento que é feito, para que, da abobrinha, extraia-se uma queixa. De que, a partir do “falar um monte de abobrinha”, haja um espaço para o surgimento da dialética da demanda. Inclusive, também, indagamos o limite do/a paciente ao “falar um monte de abobrinha” e do/a estagiário/a no processo de escuta, diante do tempo que poderá ser destinado. Esse limite, que não está posto, relaciona-se com a forma como a escuta é realizada e de como o vínculo terapêutico é estabelecido.

Constatamos que a dificuldade do processo de implicação no tratamento pode ser um dos fatores que incidem nas desistências recorrentes, mas não apenas isso. Questionamos também sobre como essa oferta é feita. O que está sendo ofertado e o que está sendo solicitado? É possível haver impasses na própria oferta? Que análise poderia ser feita da relação entre o processo de implicação subjetiva e o prolongamento da permanência de alguns/algumas pacientes nesses espaços, tendo em vista que a permanência não implica necessariamente uma posição de responsabilização diante das queixas apresentadas?

A esse respeito, Costa (2006) apresenta sua experiência em um serviço de atendimento clínico institucional, destinado à formação universitária, que incluía tanto profissionais quanto estudantes que cursavam a faculdade, propondo-se, inicialmente, a atender demandas de psicoterapia. Ela ressalta que a maioria das consultas era realizada em ambulatórios médicos e que era muito frequente a busca infundável por parte de pacientes que produziam sempre a mesma queixa durante anos, não encontrando “um ponto de parada que defina sua demanda” (p.156). Para a autora, essa reprodução ou repetição da queixa constitui uma esterilidade, uma invariabilidade, uma insistência do mesmo e resulta em uma “cronificação da queixa”.

O encontro com o texto de Costa (2006) foi basilar nesta tese. A noção de “cronificação da queixa” é pertinente e nos remete a uma ideia de fixação, de cristalização. No dicionário Houaiss, entende-se por crônico aquilo “que dura muito tempo; que sofre de doença de longa duração; cronicidade” (Houaiss & Villar, 2010, p. 211). O termo crônico é muito utilizado na

medicina para se referir a doenças que perduram por um tempo longo, que não são tratadas/resolvidas em um período curto, sendo denominadas de doenças crônicas. Cronificação, crônico e cronicidade são palavras relacionadas, referem-se à longa duração, ao que insiste/persiste.

A proposição de Costa (2006) nos inspira a questionar se o tempo de acompanhamento e a vinculação de alguns/algumas pacientes à clínica universitária estariam relacionados à cronificação da queixa. Refletir sobre a continuidade do acompanhamento de alguns casos nos interessa não só pelo tempo em que estão vinculados/as à instituição, mas também, e sobretudo, pelo fato de que alguns/algumas pacientes manifestam a mesma queixa durante anos. A partir dessas considerações, optamos, neste estudo, pela denominação desse fenômeno como “cristalização da queixa”, até para diferenciarmos do que propomos em torno de uma cronificação do tratamento. Essa nomeação se torna plausível, na medida em que “cristalização” denota um “estacionamento”, uma ausência de mobilidade. Consideramos que a cristalização da queixa pode ser pensada também a partir da ideia milleriana em torno do/a “paciente preliminar permanente”, ou seja, quando não há uma passagem para o segundo momento do tratamento, quando não se constitui uma demanda de tratamento analítico.

Ao mesmo tempo em que se observa a dificuldade da implicação, nas clínicas universitárias, como retratamos, também são desenvolvidos processos em que os/as pacientes se implicam, não só no comparecimento às sessões, mas endereçam ao/à estagiário/a-terapeuta a sua questão/sofrimento, responsabilizando-se por isso. Não basta o sujeito pedir um tratamento, ir a um serviço clínico e apresentar suas queixas. Da queixa à demanda, há um tempo que é singular. Muitas vezes, o tempo do estágio pode não ser suficiente para essa mudança de posição, como também não se pode desconsiderar os/as diversos/as integrantes e interferências institucionais que atravessam o acompanhamento no âmbito institucional. É importante registrar que existem também casos em que o tempo do estágio é suficiente para que um processo terapêutico se inicie e se encerre. Além disso, pensamos na dificuldade vivida pelo/a estagiário/a no processo de identificação e avaliação de uma queixa. Como diferenciá-la de uma demanda de tratamento? Não depende apenas do/a paciente, assim como não adianta que o/a estagiário/a-terapeuta apresse suas intervenções e interpretações para que o/a paciente construa sua demanda. Isso se constrói na relação terapeuta-paciente, sendo também perpassado de uma forma significativa pelas supervisões. Observamos com isso, o desafio de trazer o conhecimento adquirido na universidade para o contexto clínico, as dificuldades no processo de escuta e intervenção a partir do contato com o sofrimento de quem é escutado/a.

Como abordamos em outros momentos, o trabalho com a clínica psicanalítica escapa aos manuais de instrução, trata-se de outra experiência.

A clínica universitária é muito atual e contemporânea. Lembramos, neste momento, de uma situação noticiada pela mídia nacional, sobre a preocupação com um jogo virtual, compreendido como um “jogo suicida”. Naquela mesma semana, recebemos no serviço uma adolescente que havia se deparado com as orientações desse jogo. Quando o sujeito comparece, ele traz consigo importantes questões sociais e contemporâneas que lhe são inseparáveis e que são apresentadas em sua fala e apelo. Veremos, a seguir, sobre as reações dos/as estagiários/as frente à escuta das queixas e das histórias dos/as pacientes.

4.3 O objeto demandado entre o/a demandante e o/a respondente

Os/as estagiários/as se deparam com situações que, muitas vezes, retratam um contexto bem distinto (e às vezes não, deparam-se com muitas semelhanças) do que eles/as possuem e do que esperavam atender no início da clínica. Sobre esse primeiro ponto, acerca das semelhanças e das diferenças com a própria vida, *S.H.* identifica a dificuldade do/a estagiário/a-terapeuta em assumir o lugar de escuta, quando ele/a questiona “*como é que eu vou atender essa pessoa com muito mais idade que eu?*”, *algumas eram vistas como no lugar do pai, ela como filho, coisas desse tipo, outras de igual, ele tem os mesmos problemas que eu tenho na minha vida*”. Ou seja, como essa escuta será realizada, na medida em que o/a paciente é uma pessoa mais velha ou até mesmo alguém que apresenta dificuldades próximas às dele/a? Como manejar uma identificação com o que é posto pelo/a paciente, frente às possíveis dificuldades de se distinguir o que é do/a paciente e o que é do/a estagiário/a?

A esse respeito, *E. 4-II* ressalta o contexto da pandemia, que coincidiu com o seu período de estágio. Ela afirma: “*a gente começou estágio numa era pandêmica em que surgiu um monte de demandas, a população no geral a gente sabe teve agravante em estado de saúde mental do mundo inteiro*”. O mundo enfrentava um verdadeiro mal-estar cultural atravessado por uma grave crise social, econômica, política e de saúde e isso se reflete no âmbito da clínica. Como, então, conduzir casos que também estavam atravessados pelo desamparo social da pandemia, em que de repente o mundo esteve em isolamento social, muitas perdas se sucederam, além dos diversos traumas que foram vividos? As diversas interrogações e as incertezas da pandemia, que ressoavam nos acompanhamentos, também, apresentavam-se na vida da/o estagiário/a que escutava aquele/a paciente.

No mesmo encontro do *Grupo II*, *E.2-II* analisa a sua posição frente à escuta dos/as primeiros/as pacientes. Ele se perguntava e relatava “*meu Deus, o que é da pessoa e o que é meu, saber separar que a pessoa vinha ali e ela tem os problemas dela, ela já vem de um histórico que é dela, saber separar isso, e assim todo resto, todas as inseguranças que você tem que e que não necessariamente são do caso, você não vai falar na supervisão, porque é sua, entendeu?*”. Diante dessa dificuldade, o estagiário enfatiza a importância da análise pessoal, de ter um espaço para poder trabalhar suas questões, para poder separar o que é seu e o que é do/a outro/a. Inclusive, de como, através do próprio processo analítico, ele buscava “*separar o que é meu enquanto estagiário, o que é meu enquanto pessoa, enquanto família, e o que é do paciente enquanto paciente por questões próprias, dificuldade própria*”. Esse relato endossa como a experiência da escuta pessoal perpassa a escuta que é feita ao/à outro/a, e de como isso também demarca o processo de construção de demanda.

Outra identificação é com a universidade. Como são atendidos/as muitos/as estudantes e servidores/as da universidade, ainda que seja também ampliado para a comunidade externa, *E.3-I* atenta para essa relação e o exercício da escuta a estudantes e servidores/as. Ela afirma que: “*são demandas muito próximas, e é um trabalho você fazer esse distanciamento, porque da mesma forma que aquela pessoa está ansiosa com questões da universidade, com questões de empregabilidade e problemas familiares, coisas comuns na vida adulta, eu também estou passando por isso. Então é algo assim, de fazer um distanciamento mesmo com essas demandas, ao mesmo tempo que chegam coisas que você nunca passou na sua vida*”. Estar na universidade e atender pessoas que trazem queixas referentes à experiência universitária, convocam o/a estagiário/a-terapeuta a rever seus próprios entraves, e lidar com essa separação nem sempre é fácil. Ao mesmo tempo que escutar situações delicadas, também, pode causar estranhamentos e incômodos, ao remeter a uma dificuldade, tal como a estagiária relatou, sobre atender uma pessoa que sofreu abuso sexual. Frente à escuta dessa queixa, ela relata “*quando ela me trouxe isso eu simplesmente paralisei e eu não sabia*”.

Sobre o segundo ponto, em torno do que eles/as esperavam atender no início do estágio em clínica, primeiramente *E.4-I* comenta que: “*a demanda não é aquela que a gente imagina*”. Após um tempo de conversa, *E.2-I* analisa sobre “*a recorrência de pessoas que chegam com determinado diagnóstico. [...] E aí tem que estudar aquilo para saber o que significa aquilo para o DSM, para psicanálise, pra mim naquele momento, com quem que eu estou falando? Com o paciente ou com aquele diagnóstico*”. Surge, então, a surpresa diante do que o/a outro/a lhe traz, não só sua história, seus sofrimentos, possíveis diagnósticos, mas também o lugar que o/a paciente atribui ao estagiário/a-terapeuta. Muitas vezes, o/a paciente, ao relatar suas

questões, prontamente já começa a construir uma relação de confiança, firmando um vínculo terapêutico.

No mesmo encontro, *E.5-I* reflete sobre o lugar de sujeito que detém o saber ao qual o/a paciente lhe convoca. Ela menciona: “*não é sobre mim, o que eu acho. É sobre você. Então, esse local que até o próprio paciente coloca é o que assusta um pouquinho, sabe? Desse local de que você sabe, de que você tá ali. E a sensação acho que foi da síndrome da impostora, de dizer: “não sei muita coisa não, perai. Sabe? Estou estudando”. Então é mais isso, quando vem uma demanda assim totalmente diferente do que a pessoa tá acostumada*”. A estagiária observa a importância de se situar em relação ao lugar que lhe foi atribuído. Parece ser do lugar de uma “impostora” que se sente ao estar diante do paciente, como que dissimulando o seu (não-)saber. Questionamos como é feita essa escuta em meio a suas demandas de estudante, em sua formação, as quais atravessam sua escuta clínica nos processos psicoterapêuticos. Nessa relação, a estagiária ocupa o lugar de suposto saber ou ela demanda saber, demanda um saber? Pensamos que em geral, ela pode ocupar as duas posições, pois o/a paciente pode lhe atribuir um saber ou permanecer em tratamento, sendo escutado/a por alguém quem não sabe, em virtude da transferência que possui com a instituição; já por parte da estagiária, há a demanda de um saber, que envolve justamente as demandas de formação. É relevante discutirmos esse aspecto, pois de fato, o lugar de um/a analista não se trata de um lugar em que se deve saber tudo, ou assumir esse saber. Ainda que não se saiba muito sobre o/a outro/a, estar no lugar de suposto saber também favorece a construção da relação terapêutica. Como, então, sustentar esse lugar, apesar de não-tudo saber, mas com vistas a possibilitar que o/a paciente lhe enderece uma queixa?

No encontro seguinte, e que também concebemos, enquanto uma repercussão das conversas nos grupos, *E.2-I* afirma que: “*são demandas muito pesadas e no serviço a gente está vendo isso diariamente*”. Ou seja, além de não se tratar de situações simples, não se tem como escapar muito disso, o que nos faz indagar sobre a responsabilização do/a estagiário/a diante das questões e pedidos do/a outro/a.

Rosa et al. (2018), ao refletirem sobre a situação de urgência social, em que muitas vezes os/as pacientes atendidos/as na clínica-escola se encontram, enfatizam que: “a urgência social convoca o sujeito a falar de suas necessidades, de suas carências materiais concretas: a falta de documentos, a fome, a falta de trabalho, de dinheiro, etc., mantendo em dimensão segunda o que é relativo ao seu desejo” (p. 117). Na instituição, eles/as encontram um lugar/refúgio para falar das mais extremas dificuldades e violações sociais às que estão submetidos, diante do que interrogamos em que medida as condições e urgências da

vulnerabilidade social estão sendo acolhidas, seja pelo/a estagiário/a, seja pela instituição, de modo a viabilizar o reconhecimento ao ser de necessidades, um ser de demandas, portanto, um sujeito de desejo. Nesse sentido, se, em alguns casos, observamos que a clínica-universitária pode funcionar como um lugar de catarse e de referência para esses sujeitos, sem necessariamente haver a intenção de um atendimento continuado, de um processo terapêutico, para outros/as usuários/as, para além da realidade concreta tão adversa, quem procura a clínica apela por um espaço possível de endereçamento.

Como os/as estagiários/as de psicologia, que muitas vezes se deparam nesse momento com a hiância entre o saber das aulas e a prática clínica, realizam a escuta de um pedido de tratamento, tendo em vista realidades tão diversas e adversas que lhe são apresentadas? Considerando que o tratamento ofertado ocorre em uma instituição que visa à formação do/a estudante, é importante pensar, também, sobre possíveis repercussões das demandas do/a próprio/a estagiário/a no processo de acolhimento ao/à outro/a. Como possibilitar a construção das narrativas desses/as pacientes, quando muitas vezes os/as estagiários ainda não estão/passaram por um processo terapêutico pessoal? Além disso, tem-se a inexperiência com a própria supervisão e uma iniciação dos estudos teóricos que embasam a prática clínica, seja por uma recente aproximação com a abordagem psicanalítica, seja pela complexidade de assuntos que envolvem a clínica e um tratamento.

Diante da importância das posições ocupadas frente a um tratamento, remetemo-nos às proposições de Aulagnier (1990) acerca da demanda. Ela propõe que esse termo sugere a presença de três entidades: o/a demandante, o objeto demandado e o/a respondente (a quem a demanda é dirigida). O/a demandante endereça o seu pedido ao/à respondente, não sendo possível, sem essa relação, que a demanda seja legitimada enquanto tal, de modo que a construção da demanda não se limita, portanto, ao movimento feito exclusivamente pelo/a demandante, pois cabe ao/à respondente desempenhar a sua função, no sentido de legitimá-la.

No âmbito da clínica universitária, indagamo-nos, então: quem seria(m) o(s)/a(s) demandante(s)? Quem seria(m) o(s)/a(s) respondente(s)? O/a estagiário/a? O/a paciente? A instituição? O/a supervisor/a? De que lugar o/a estagiário/a, que também endereça demandas ao serviço, que também estabelece uma relação transferencial com a instituição e com a/o supervisor/a, escuta o sofrimento do/a usuário/a que se endereça ao espaço institucional? Quem seria(m) o(s)/a(s) respondente(s) das demandas endereçadas pelos/as estagiários/as? Esses questionamentos nos direcionam para a discussão do capítulo seguinte, em que abordaremos o dinamismo das diferentes demandas e a trama de posições que envolve os/as usuários/as,

estagiários/as, supervisores/as e a instituição, bem como as possíveis implicações dessa trama no prolongamento de alguns acompanhamentos.

5 – O transitivismo e o jogo de posições na clínica universitária

Observar as diferentes posições ocupadas pelos/as integrantes do serviço-escola e suas reverberações nos capturou. Aquele/a que recém assumiu uma nova posição, antes estudante e agora estagiário/a, é convocado/a para a responsabilização do lugar de quem escuta. Junto à supervisão, ele/a inicia os atendimentos. O/a paciente comparece ao serviço em busca de assistência, apresentando suas queixas. Ao mesmo tempo, pela caracterização do espaço e do trabalho desenvolvido, o/a estagiário/a tem suas demandas de formação. Ele/a se endereça para a supervisão, para a instituição e também, de certo modo, na cena clínica, demanda ao/a paciente que o/a ensine a escutar, a ser terapeuta. A partir do encontro entre estagiário/a-terapeuta, paciente e supervisor/a, observamos um entrecruzamento de demandas, uma coexistência de demandas de formação e demandas de assistência.

O jogo de posições frente ao que se apela e a quem se apela nos remeteu à dinâmica do transitivismo. Buscamos sustentar a ideia de que os lugares ocupados e suas possíveis trocas recaem tanto na formação quanto na assistência. Realizamos, primeiramente, uma discussão sobre o transitivismo e o jogo de posições que envolve a relação entre mãe e criança, tendo como importante referência a obra de Bergès e Balbo (2002), no que propõem acerca dos endereçamentos entre mãe e criança na construção e no relançamento de demandas.

Esta obra teve uma contribuição significativa nesta tese, embasando nossas indagações acerca das posições ocupadas por estagiários/as, supervisores/as, usuários/as e instituição na trama que constitui o atendimento psicológico em uma clínica universitária. Diante do jogo de posições observado na cena inicial mãe-bebê, momento este marcado, conforme veremos, pela imaturidade e inexperiência, refletimos sobre a cena do estágio em clínica, que também denota uma novidade para a relação entre o/a estagiário/a-terapeuta, o/a paciente e o/a supervisor/a. Somado a isso, por nos referirmos às clínicas universitárias, é preciso estar advertido da dinâmica que se estabelece em meio ao relançamento de demandas que compõem a cena institucional.

As falas dos/as estagiários/as e dos/as supervisores/as esboçam sentimentos e dificuldades perante a mudança que surge no momento de estágio, relacionadas às diferentes posições de estudante e de estagiário/a; à importância e ao lugar da supervisão, enquanto peça fundamental na orientação dos atendimentos; às questões fundamentais na clínica psicanalítica, referentes ao estudo teórico, à supervisão e à análise pessoal – tripé da formação que se reflete no serviço-escola.

5.1 A dinâmica do transitivismo

O interesse por essa discussão surgiu na medida em que observamos as posições que compõem a cena clínica. No contexto de um serviço-escola, somos confrontados com as posições: do/a estudante que, nesse momento de sua formação, torna-se estagiário/a, supervisionando/a; do/a docente que, uma vez ocupando o lugar de supervisor/a, deve buscar sustentar o discurso analítico, não se detendo ao lugar de mestre, de tudo saber; do/a paciente, que busca o serviço de forma espontânea, ou através de encaminhamentos, em busca de atendimento; da instituição que, além de ser formadora e ter o objetivo de produzir conhecimento, através da assistência, presta à sociedade um serviço psicológico.

O transitivismo pode ser compreendido, enquanto uma operação de linguagem, tanto no âmbito gramatical, quando nos referimos ao verbo transitivo, ou seja, aquele verbo que pede um objeto, que pede um complemento, que não basta por si só; como também, conforme os autores apontam, em relação à inscrição do sujeito no campo da linguagem, como um efeito do jogo das posições iniciais entre a mãe e seu bebê.

Assim como as proposições de Aulagnier (1990), acerca da relação do *infans* com sua mãe e as três entidades, que envolvem a constituição da demanda, mencionadas no capítulo anterior, Bergès e Balbo (2002), apoiados na referência lacaniana, abordam o transitivismo a partir de uma relação dual, entre a mãe e o/a seu/sua filho/a. Os autores afirmam que as posições se constroem a partir de um dinamismo em que a criança endereça um apelo à mãe. Esta, a partir da decodificação, busca respondê-lo a partir de uma hipótese, autenticando-o como demanda. Ao passo que a mãe demanda que a criança se identifique com a hipótese que lhe é endereçada, esta irá confirmá-la ou refutá-la, configurando um movimento que os autores denominam de relançamento, ocorrendo assim uma circulação do apelo à demanda. Eles, então, propõem: “Esse negócio de demanda, isso não se fecha, isso se relança, é dialético” (Bergès & Balbo, 2002, p. 33). Esse jogo, que acontece em uma relação dialética, é denominado pelos autores de transitivismo.

O transitivismo não é somente o que a mãe experiencia e demonstra, é também este processo que ela introduz quando se dirige a seu filho, porque faz a hipótese de um saber nele, saber em torno do qual seu apelo vai circular, como em torno de uma polia, para a ela retornar sob a forma de uma demanda; demanda que supõe ser a de uma identificação de seu filho ao discurso que ela lhe dirige. (Bergès & Balbo, 2002, p. 10)

Os autores partem da relação inicial mãe-bebê para destacar o que acontece no transitivismo. Quando, por exemplo, o/a bebê chora, a mãe supõe um saber naquele choro que lhe é endereçado, que poderá estar relacionado à suposta fome que a criança está sentindo. Se, ao fornecer o alimento, o choro parar, possivelmente aquele apelo foi atendido, de modo que a mãe conseguiu identificar a demanda do/a seu/sua filho/a. Essa identificação possibilita, conforme Bergès e Balbo (2002), o acesso ao registro simbólico. Ou seja, “mantendo um discurso transativista, a mãe força o filho a se integrar ao simbólico” (p. 10). A identificação da demanda do/a bebê junto a resposta à sua mãe na suposição do apelo que é feito, permite uma nomeação em torno dessa sensação que, aos poucos, vai registrando a entrada no campo da linguagem.

Nesse sentido, não basta o/a bebê apelar e a mãe identificar, como saber absoluto, o que é pedido. É preciso que o/a bebê autentique a suposição que lhe foi feita. A demanda, então, é construída a partir desse apelo inicial e de como as relações se constituem frente a isso, de forma que as posições de quem demanda e de quem atende a esse pedido deve ser continuamente movimentada. Não se trata de uma posição fixa, pois, ao mesmo tempo que o/a bebê faz um apelo à mãe, ela, ao supor um saber sobre aquilo que lhe é pedido, também apela para que o/a seu/sua filho/a legitime a sua hipótese, apelando para que essa demanda se construa. Dessa forma, tanto o/a filho/a como a mãe assumem, em um movimento dialético, a posição de demandantes, compondo o referido jogo de posições entre mãe e criança. A demanda vai sendo construída a partir desses jogos, desses lançamentos e relançamentos. Não se trata de pessoas e lugares fixos, nem é exclusivo dessa etapa inicial da vida da cena mãe-bebê, mas pressupõe uma lógica (Barth & Silveira, 2004).

Se observarmos esse dispositivo no âmbito da clínica universitária, podemos pensar, tendo como exemplo, o apelo que o/a paciente faz ao se dirigir ao serviço. Ele/a dirige esse apelo ao/à estagiário/a, à instituição, à supervisão? Na medida em que o/a estagiário/a o/a atende, ele/a supõe um saber nesse apelo? É o/a estagiário/a que responde ao pedido? E a supervisão, como pode auxiliar nesse jogo de posições, sem, ao mesmo tempo, assumir o lugar de respondente? Ainda considerando que o transitivismo trata de uma relação dinâmica, e que este é um serviço de formação, é importante que fiquemos atentos também para os apelos feitos/as pelos estagiários/as, tanto quando endereçados aos/às próprios/as pacientes, quanto aos/às supervisores/as.

Considerando que partimos da cena mãe-bebê e que essa é uma relação inicial na vida humana, refletimos sobre o início da clínica que também direciona para o momento de um nascimento. O/a paciente passa a ocupar um lugar, que supomos ser um lugar diferente de

outros até então ocupados, - e que poderíamos associar a um lugar imaturo, permeado por dificuldades de lidar com suas angústias e de nomeá-las. Consideramos que a cena do estágio convoca a de um nascimento, uma cena em que, a partir de uma necessidade e de um apelo que são feitos, uma relação de cuidado poderá ser estabelecida e a demanda poderá ser lançada. Inclusive, ao se fazer uma hipótese em torno de determinado apelo, não necessariamente se acerta nessa identificação, mas, abre-se um espaço para que ela seja confirmada ou refutada. Embora isso seja o fundamento da clínica em si, do inclinar-se para o outro, atentamo-nos para esse início do tratamento, em que a intensidade das dificuldades, seja pela novidade, seja pela linguagem rudimentar, seja pelo desconhecimento, geralmente, é maior. Na cena do estágio, essa dificuldade parece ser vivida por ambos/as, estagiários/as e pacientes.

Outro aspecto importante nessa dinâmica, segundo Bergès e Balbo (2002), é que “o filho pede à mãe que lhe leia o saber que está nele, saber ao qual, por essa leitura, ele vai poder identificar-se, tomando posse assim, simbolicamente, de um bem que ele já possui realmente” (p. 12). Aqui, destacamos o “saber que está nele”, considerando que o que poderá ser identificado e reconhecido como tal não se trata de algo desconhecido do/a sujeito. Pode ser decodificado no momento em que lhe foi endereçado e que pôde, então, ser nomeado.

Não se trata de uma experiência traumática, pois essa força possibilita a mãe e a criança, segundo os autores, uma elaboração discursiva, o acesso ao campo da fala e da linguagem. O traumatismo acontece quando há uma dificuldade nessa decodificação e construção de hipóteses, acerca dos apelos que são endereçados, inviabilizando-se a construção de demandas e privando o sujeito desse golpe de força por meio do afeto, que veicularia o acesso ao campo simbólico.

Quando não se trata de uma decodificação “bem-sucedida”, o sujeito, ao não se identificar e não reconhecer o que lhe foi lançado, devolve ao/à outro/a aquilo que não lhe pertence, refutando a hipótese que lhe foi endereçada e demarcando, com isso, uma posição. No contexto do estágio, quando as demandas de formação se sobrepõem às do/a paciente, a depender das posições que estejam estabelecidas, este/a poderá sinalizar de algum modo para o/a estagiário/a-terapeuta que aquilo não é seu. Tomemos como exemplo quando a queixa do/a paciente é colocada como objeto de estudo e o/a estagiário-terapeuta se fixa no lugar de demandante, observa-se que o/a demandante pode nem sempre ser o/a paciente. Entretanto, isso trará repercussões para o acompanhamento e na construção da demanda, pois além de ser endereçada, ela precisa ser reconhecida. Assim, quando há uma fixação, há um impedimento no próprio jogo, um impedimento, portanto, na constituição da demanda, e que também poderá acarretar um processo de cronificação do tratamento.

Esses estudos trazem algumas reflexões importantes a respeito do lugar que é ocupado, por quem é ocupado, na suposição que é feita, e que podem ser pensadas na experiência do estágio em clínica. A seguir, buscamos realizar algumas articulações dessas discussões com as conversações e entrevistas.

5.2 De estudante a estagiário/a: uma mudança de posição

O início do estágio na clínica é um período que envolve, como pudemos ver, uma mudança de posição importante. Como a *E.4-II* comentou no primeiro encontro do grupo de conversação, *“a gente estudou semestres, a gente viu pessoas chorando na sala enquanto tocava num assunto mais sensível, mas quando acontece na clínica a responsabilidade é sua”*. Colocar-se e ocupar uma posição de escuta demarca um lugar de responsabilidade, diferentemente do lugar de estudante de graduação em psicologia até então. Ainda que o estágio seja um momento muito esperado e que ocorra nos períodos finais do curso, a escolha por estagiar nesse contexto e seu início são vividos com apreensão.

A respeito dessa nova posição, a referida estagiária relata que se trata de uma *“posição muito desconfortável e dá muito medo assim no início”*. Ainda que os/as estudantes tenham cursado disciplinas que subsidiam a prática clínica, estar diante do/a outro/a provoca o encontro com o inesperado. Não se tem como prever o que o/a paciente manifestará, qual será o seu apelo e qual posição ele/a lhe convoca a ocupar. Como afirma o *E.4-I*, *“a clínica é uma caixinha de surpresa, né?”*, ou seja, o que surge é do âmbito da surpresa, do inesperado, não sendo possível ser identificado previamente. A imprevisibilidade é intrínseca à clínica psicanalítica. Isso é vivido, muitas vezes, como uma novidade para o/a estudante, principalmente, quando ele/a próprio/a ainda não fez/faz análise, quando ele/a ainda não vivenciou seu próprio trabalho pessoal.

O/a primeiro/a paciente e as primeiras sessões possibilitam ao/à estagiário/a esse contato inicial com a clínica, de forma que, nesse momento, ele/a se depara com muitas questões. Será que estou preparado/a? O que eu vou falar? Como vou me apresentar para o/a paciente? Será que meu nervosismo causará interferência na minha escuta? E se o/a paciente fizer perguntas, o que deverei responder? E se o/a paciente ficar em silêncio? E se ele/a chorar? E se eu chorar? Surgem muitas interrogações, como também irrompe uma sensação de insuficiência e de não saber o que fazer, como a *E.2-I* relata: *“eu tinha a sensação que eu não sabia de nada”*.

É um período em que as idealizações a respeito do lugar do/a psicólogo/a são evidenciadas e também convocadas a serem revistas. É quando o/a estagiário/a escuta o sofrimento de alguém nunca visto/a, até então, e, junto ao/à paciente, poderão construir uma relação de confiança. Eis que o/a estagiário/a-terapeuta poderá começar a observar o que diferencia a escuta clínica de outras escutas que faz cotidianamente ou de outros trabalhos que já desenvolve há algum tempo.

Desse modo, a *E.1-I* reflete sobre o trabalho que realiza há algum tempo em uma escola, enquanto educadora, e sobre o lugar que passou a assumir recentemente, como estagiária na clínica. Ela busca identificar as diferenças, para que esses lugares não sejam confundidos e avalia: “*eu enquanto educadora, eu enquanto psicóloga, aí eu meio que estou observando, né? [...] eu não estou com aquela demanda específica escolar, e aí assim, eu fico com certo receio de sei lá, falar de um jeito que seja muito mais próximo da dinâmica escolar*”. Frente a esse cuidado, o que diferencia, para o/a estagiário/a, a escuta clínica de outras? Em se tratando de uma escuta distinta, que convoca a intervenções clínicas, como são essas intervenções? Como distingui-las de outros trabalhos que são desenvolvidos e das respostas que são dadas nas conversas corriqueiras?

É no decorrer do estágio, a partir do momento em que são realizados os primeiros atendimentos, que os/as estagiários/as se deparam com essas questões e tentam elaborá-las. A partir do próprio exercício e das supervisões, a tensão inicial tende a diminuir, de modo que algumas respostas começam a surgir.

No início do segundo semestre de estágio, no segundo encontro da conversação do *Grupo I, E.4-I*, já consegue observar uma diferença em relação ao sentimento inicial do lugar de estagiário-terapeuta: “*eu acho que eu adquirir mais autonomia para atender*”. Nesse mesmo encontro, outro participante do grupo considera: “*eu como estagiário evolui muito, quando eu comecei não sabia nem o que fazer, não me sentia preparado em nenhum momento*” (*E.6-I*). Ou seja, ainda que a clínica remeta ao imprevisível, eles/as passam a conhecer e apreender melhor o seu lugar enquanto estagiário/a, a se autorizar do lugar daquele que acolhe e escuta os apelos que lhe são endereçados.

Rocha (2012) contribui com essa discussão quando compara a cena analítica com a situação vivida pelo/a navegador/a. O/a navegador/a pode conhecer tudo sobre um caminho que irá percorrer (as paradas, as paisagens), porém jamais poderá prever como ocorrerá cada viagem. O/a analista, mesmo conhecendo o caminho teórico que constitui o processo analítico, jamais poderá prever cada cena analítica. Segundo o autor, “em ambos os casos – do/a

navegador/a e do/a analista-, a singularidade consiste na própria realização do percurso, que jamais poderá ser descrito antes de ser realizado” (p. 15).

Ainda que o/a estagiário/a tenha um conhecimento teórico sobre a clínica e, apesar de sua extrema importância, esse aparato não lhe trará garantias a respeito da condução do caso em si. A respeito da imaturidade do/a estagiário/a na clínica, que convoca um outro lugar que não o de um/a bom/a leitor/a, o S.H. faz a seguinte observação: “*a primeira pessoa que ele tem que atender e a pessoa não continua, ele começa a ver que aquele arcabouço teórico que ele tinha não garantia e ele se tornou mais humilde, ele começou a ver que tinha outra dimensão da formação, que ele precisava agregar*”. A própria cena clínica convida o/a estagiário/a para uma vivência além da teoria. Inclusive, se o/a estagiário/a estiver restrito ao arcabouço teórico, possivelmente ele/a não conseguirá escutar o que o/a paciente lhe traz. Esse conhecimento precisará estar suspenso e não à frente da fala do/a paciente. Entretanto, isso não é algo simples ou comum ao/à estudante, o qual, academicamente foi, muitas vezes, ensinado a buscar e a deter esse conhecimento.

No acompanhamento ofertado, há uma prestação de assistência psicológica e um espaço para o exercício da escuta por alguém que não havia, até então, ocupado esse lugar. Mesmo que esse/a aluno/a já tenha participado de projetos, de pesquisas, observamos, com as falas dos/as participantes apresentadas acima, que essa é uma experiência nova e singular.

Se a demanda não é dada, mas construída em uma relação, o que está sendo pedido que poderá se transformar em uma demanda? Buscamos identificar tanto a demanda de formação, como a demanda de assistência. Torna-se importante reconhecer que há, nesse jogo, apelos e demandas que se entrecruzam. Em meio ao insabido e à teia repleta de fios que invadem o espaço da clínica-escola, a supervisão torna-se um campo de intercessão entre a formação e a assistência. Veremos, a seguir, uma discussão referente a esse momento da supervisão que, além de ser um espaço muito importante, também se refere a uma nova experiência para os/as estudantes.

5.3 Supervisão: “um ponto de segurança”

O lugar do/a supervisor/a de área geralmente é ocupado por um/a docente do curso. Em algumas instituições, há também o/a supervisor/a psicólogo/a, que corresponde ao/à supervisor/a de campo. Sendo um/a docente ou um/a psicólogo/a, é uma pessoa que possui experiência com a clínica. Como retratamos no Capítulo 1, no item 1.6, mesmo quando o/a supervisor/a analista é um/a docente, na sala de aula, ele/a, em geral, já tem uma postura

diferente do lugar de mestre, de quem detém o saber. Não obstante, a supervisão demarca um espaço que se distingue do contexto de sala de aula. Trata-se de um outro lugar.

Diferentemente da posição de docente, que deverá cumprir uma ementa e um cronograma de aulas estabelecidos para a disciplina, nas supervisões, em geral, quem inicia “o assunto da vez” é o/a estagiário/a ao relatar e discutir determinado caso. Escutar o relato de um caso é lidar com o inesperado, bem como orientar o/a estagiário/a diante do caso está no âmbito da singularidade. A teoria é discutida como meio de relacionar o que foi manifestado com a direção e condução do tratamento. Ela surge no *a posteriori*, a sua evocação é um efeito do encontro entre supervisionando(s)/a(s) e supervisor/a.

Quando o/a estagiário/a se depara com o contexto da supervisão, observa-se, inicialmente, também uma estranheza com esse espaço. A esse respeito, *E.2-II* analisa que: “*a gente não chega com experiência para a supervisão, então a gente vai falar o que a gente fez e às vezes não era a melhor coisa que tinha de fazer*”. Como uma repercussão da conversação do *Grupo II*, a *E.4-II*, discute sobre como transmitir e o que se falar no momento da supervisão: “*como você vai transmitir o que ocorreu no atendimento de maneira fidedigna, porque não é a fala da pessoa que está sendo atendida, é a nossa fala da fala dela. [...] como tirar certas dúvidas que às vezes a gente não sabe exatamente como perguntar?*”.

No mesmo grupo, em seguida, a *E.3-II* ressalta que a supervisão “*é diferente de tudo que a gente já fez assim, obviamente na graduação*”, chamando atenção para os desafios que começam a surgir: “*é desafiador perguntar, é desafiador você relatar, tem toda uma construção ali*”. Constatamos como o momento da supervisão também é vivido como uma novidade para os/as estudantes e como pôde ser partilhado no âmbito do grupo de conversação. Ao falar e perceber a experiência dos/as colegas, entende-se que não se trata de uma sensação exclusiva. Na medida em que os/as estudantes expuseram suas inquietações e dificuldades, os desafios circularam no grupo, possibilitando, assim, a abertura para elaborações.

A exposição acima, de *E.4-II*, “*é a nossa fala da fala dela*”, chama a nossa atenção, pois o relato feito na supervisão, trata-se de uma construção a partir dos efeitos que a fala teve na escuta. Não se leva para a supervisão as falas “originais” do/a paciente, mas sim o que se escutou e suas interpretações e inquietações. Como a clínica psicanalítica é atravessada pela relação transferencial e o que surge toca no âmbito da transferência, essa delimitação nem sempre é evidenciada, de modo que, frente à inexperiência do/a estagiário/a na clínica, o relato e a construção do caso clínico é atravessada pelas questões do/a paciente, mas também por questões e dificuldades do/a estagiário/a. Veremos mais adiante sobre como a ausência de um trabalho terapêutico pessoal do/a clínico/a ressoa na supervisão e nos acompanhamentos.

Como vimos, pelo fato de a supervisão ser também algo novo para o/a estudante, os/as estagiários/as precisarão desenvolver suas estratégias, seja para tirar dúvidas, seja para se posicionar, seja na relação com o/a supervisor/a e seus/suas colegas. Para obter uma orientação, ele/a precisará, antes de tudo, colocar-se. Surgem, então, algumas questões: O que é para falar na supervisão? Qual/quais caso(s) vou levar para a supervisão? Como lidar com esse momento de orientação e de apontamento de possíveis erros?

Sobre o que levar e o que abordar na supervisão, a *E.1-I* remete à experiência da análise, refletindo que, ainda que haja uma preparação, geralmente algo escapa. *“Ela ressalta que “lembra muito sobre a preparação para a análise, entende? De que chega na hora e vão ter coisas que vão escapar e vão ter coisas que vão se tornar muito mais evidentes, são coisas que você nem anotou e que surge...”*. Ainda que o espaço da análise e o da supervisão sejam distintos, bem como suas respectivas propostas, ambos dizem respeito à clínica, e, considerando os processos inconscientes junto a regra fundamental da associação livre, na clínica psicanalítica, o que escapa e o que surge, e que não estava previsto, têm sua importância. Se, como tratamos no tópico anterior, quando *E.4-I*, no grupo conversação, comenta que: *“a clínica é uma caixinha de surpresas”*, o lugar da surpresa é privilegiado na clínica psicanalítica e repercute intensamente no âmbito da supervisão.

Cada encontro de supervisão é único; da mesma forma que não tem como ser previsto, não há uma repetição do mesmo. Há uma autonomia na definição do funcionamento e organização de como cada supervisão será estabelecida. Não é que fique a cargo do/a supervisor/a delimitar como esta clínica funcionará, mas, a partir do fluxo da instituição e dos serviços ofertados, os/as supervisores/as poderão definir, junto a seu grupo de estagiários/as, como o trabalho será desenvolvido: quando eles/as poderão iniciar os atendimentos; quantos casos poderão ser atendidos por cada estagiário/a; como eles/as deverão entrar em contato com o/a paciente; se atenderão um público específico; entre outros.

Também cabe aos supervisores/as organizar como os/as estagiários/as relatarão seus casos nas supervisões. Por exemplo, se em toda supervisão, todos/as do grupo mencionarão seus casos, se haverá um rodízio de fala entre os/as estagiários/as ou se existirá um funcionamento distinto. Também se torna algo particular desse espaço definir se a supervisão acontecerá a partir de um relato escrito do caso/sessão, ou se através de um relato verbal do/a estagiário/a. Além disso, constata-se que cada turma de supervisão tem um funcionamento único, sempre variando a cada turma/equipe de estágio.

Geralmente, fica a cargo do/a supervisor/a ou do colegiado do curso de psicologia a definição do quantitativo de estagiários/as por turma de supervisão. Pode, então, haver uma

variabilidade entre os grupos, de modo que, em um mesmo período letivo, o número de estagiários/as de um/a supervisor/a poderá ser superior ao de outro. A questão da quantidade de estudantes por grupo de supervisão merece ser debatida.

Considerando que há uma carga horária e um tempo estabelecido para a supervisão, a depender de quantos estagiários/as estão na turma e do modo como a supervisão funciona, mais casos poderão ser discutidos ou não. *S.F.* explicita como ocorrem as supervisões junto a seu grupo. De forma geral, cada estudante tem um tempo para falar e ele/a escolhe quais/quantos casos ele/a falará no tempo estabelecido. Caso seja necessário ou seja observado algo muito particular do/a estagiário/a com o caso, é agendada uma supervisão individual.

S.F. afirma que a maior dificuldade observada nas supervisões está relacionada com o tempo de supervisão. Observa que é um tempo curto para as demandas que existem e, praticamente, em todas as supervisões o tempo é extrapolado, “nunca termina às 12:30”. A partir da escuta do caso, faz-se a discussão e a teoria é retomada, de modo que o tempo das supervisões sempre é ultrapassado. Ela relata que o/a estagiário/a poderia até atender mais pacientes, mas como ele/a vai atender se não vai ter tempo suficiente para trabalhar os casos nas supervisões? O tempo da supervisão termina sendo insuficiente para determinados aspectos a serem trabalhados, influenciando na quantidade de pacientes que o/a estagiário poderá atender, na medida em que é importante que o espaço da supervisão comporte esse quantitativo.

Outro fator interessante, na experiência da supervisão em grupo, é a possibilidade de escutar o relato do/a colega e acompanhar as orientações, bem como as discussões que são realizadas. É um momento, inclusive, de pensar sobre determinado caso que esteja em acompanhamento, de se colocar também no lugar do/a colega, que está à frente daquele caso, de sentir a necessidade de estudar mais alguns conteúdos. Nesse sentido, a *E.3-II* comenta que, ainda que aquele não seja o seu dia específico de relatar um caso, o dia da supervisão provoca muitas reflexões. Ela, então, ressalta: “*falando ou não, a quarta-feira é o dia de reflexão o dia todo assim, porque você está ali balançado*”. Nas supervisões em grupo, observamos o quanto a troca das experiências clínicas ressoa nos/nas integrantes, não ficando restrita apenas àqueles/as que tiveram seus casos comentados.

A supervisão é considerada pelo/a estagiário/a e pela própria clínica universitária, como uma experiência fundamental, principalmente, no início do estágio. Dadas as muitas dúvidas e apreensões acerca do que levar e como levar para a supervisão, “*estar tendo uma supervisão é aquela coisa de, é um ponto de segurança*”, conforme menção feita pela *E.4-II*.

Nesse sentido, o *E.1-II*, também, considera que a supervisão auxilia em uma maior segurança na sua prática clínica: “*quando eu levar aquele caso especificamente eu vou ter um*

norte, eu vou ter um direcionamento para onde ir". O modo como o/a supervisor reage ao endereçamento, que lhe é feito, a partir do relato e das demandas do/a estagiário/a, é muito importante. Afinal, trata-se de um lugar de referência, mas ocupado por alguém que não deve assumir a função de tudo saber, como também não deve ser aquele/a que dirige o tratamento. Orienta-se o/a estudante e não o caso, visto que o relato escutado não se trata da escuta ao/a paciente, mas na construção feita pelo/a estagiário/a.

Broide (2017) contribui com a discussão quando afirma que:

assim como relatar um sonho, aquilo que falo já não é mais o sonho, também na supervisão o caso relatado já não é mais o caso puro em si, que tampouco existe sem a marca do narrador, daquele que viveu a experiência. (p. 134)

Ao relatar o caso, o/a supervisionando/a já está incluído na narrativa, de modo que é impossível, e nem seria o propósito, retratar puramente a fala do/a paciente. Assim como o sonho, aquilo que é falado é parte de uma construção.

Algo, também, apresentado pelos/as participantes no terceiro e último encontros da conversação do *Grupo I* foi uma avaliação da experiência de estágio, a partir da sustentação e da aposta feita pelos/as seus/suas respectivos/as supervisores/as. Como já apontamos, no momento do estágio, as relações entre o/a supervisor/a e os/as alunos/as tendem a ter uma maior proximidade, pela abordagem e/ou pela transferência com o/a supervisor/a. Isso traz um impacto significativo na posição que o/a estudante passa a assumir, enquanto estagiário/a-terapeuta, bem como nos acompanhamentos realizados por ele/a.

A relação que se estabelece entre o/a supervisor/a e os/as estagiários/as é basilar na dinâmica da clínica universitária. Não apenas no nível da orientação teórica ou do caso em si, mas da aposta que é feita em torno do trabalho que o/a estagiário irá desempenhar, do "acreditar" nas condições do/a estagiário/a ao assumir esse lugar. Em outras palavras, frente ao início da escuta clínica, à imprevisibilidade da clínica, à mudança da posição de estudante para estagiário/a, o/a incentivo e a aposta do/a supervisor podem provocar um efeito muito importante no estagiário/a, um diferencial, tal como o *E.4-I* avaliou acerca da relação com a sua supervisora: *"ela apostou muito em mim, apostou muito na gente. [...] essa aposta dela foi um diferencial assim muito grande"*.

Referindo-se à mesma supervisora e à experiência do estágio, a *E.1-I* relatou: *"eu peguei a melhor supervisora que eu poderia, que é a S., né? Ela sempre esteve sempre presente, ela sempre nos acolheu de todas as formas. [...] seja algo no acompanhamento de um caso,*

seja uma angústia pessoal mesmo que a gente está passando, que pode em algum nível interferir na qualidade do nosso atendimento". Nesse mesmo encontro, a *E.5-I* reflete sobre alguns/algumas professores/as do curso e sobre o seu supervisor, *"então eu me sinto super privilegiada por ter tido esses professores e de ter tido essa supervisão. Então é isso, estou satisfeita"*. Essas três falas referem uma experiência positiva de estágio, o que nos leva a supor que a mudança da posição de estudante para estagiário/a também foi apreendida e facilitada pela experiência da supervisão.

São falas bastante expressivas, fazendo-nos refletir sobre a sustentação dada nas supervisões, no acolhimento às inseguranças iniciais do/a aluno/a, mas também, na aposta de que um trabalho clínico pode ser bem desenvolvido. Ou seja, em meio à acolhida, ao espaço que foi dado para a manifestação dessas aflições, supôs-se que o exercício da escuta poderia ter seu início. Isso é algo muito importante, pois possibilita o estabelecimento de uma relação de segurança para o/a estagiário/a, de forma que, ainda que ele/a não saiba como atender ou o que levar para a supervisão, a prática clínica se fará possível e será construída ao longo de todo o estágio. O/a supervisor/a não o/a coloca e nem se coloca no lugar de tudo saber, permitindo que o/a estagiário/a avance, aprenda, questione, atenda, assumindo a sua função de clínico/a.

Dessa maneira, diversos aspectos integram a supervisão e atravessam o campo do estágio, bem como podem ser enlaçados nas tramas dos casos acompanhados. Evidencia-se não só o relato do caso e as articulações com a teoria, para que sejam, então, elaboradas possibilidades na condução do caso, mas também o modo como o/a estagiário/a se posiciona frente ao/à paciente e ao que escuta, sendo possível identificar impasses da vida pessoal do próprio/a estagiário/a repercutindo nos acompanhamentos.

Como mencionamos acima, na fala da *E.1-I*, no campo da supervisão, as angústias pessoais eram identificadas e também acolhidas, o que certamente produziu um efeito nos acompanhamentos realizados. Aqui, questionamos sobre a posição da supervisão frente à manifestação dessas dificuldades, quando acontece de haver a identificação do atravessamento das questões pessoais, seja pelo próprio/a estagiário/a seja pelo/a, supervisor/a. O que cabe nesses casos ao/à supervisor/a? O que o/a supervisor/a pode fazer quando a dificuldade pessoal do/a estagiário/a lhe é endereçada? Abordaremos sobre isso a seguir.

5.4 É uma questão para estudo? Para análise pessoal? Para supervisão?

Temos discutido sobre a complexidade, que envolve a formação e o trabalho na clínica universitária nos seus mais diversos âmbitos: estudo teórico, supervisão e processo terapêutico

peçoal. Identificá-los na supervisão e até remetê-los para os/as estagiários/as poderá auxiliar no desenvolvimento do trabalho clínico. Diante do fato de que o/a estagiário/a é um/a iniciante na clínica e, na maioria das vezes, um/a principiante no processo terapêutico pessoal, a orientação dada por uma pessoa com mais experiência, a respeito de como esses diferentes âmbitos repercutem na condução do caso, possibilita a sustentação dessa clínica. Nessa orientação, inclui-se a explanação ou a sugestão de estudos teóricos, que facilitarão essa condução, ou até mesmo a observação de que o impasse apresentado pelo/a estagiário/a se trata de uma dificuldade pessoal, importante de ser trabalhada em outro espaço. Veremos abaixo sobre pontos cruciais que atravessam a experiência do estágio e que remetem à dinâmica das posições em torno das necessidades observadas, dos apelos que são feitos e das demandas que podem ser construídas.

O que se apela e a quem se apela? O que se escuta do que se apela? Quem assume a posição de atender a esse apelo? O estagiário/a? O/a supervisor/a? A instituição? O/a analista? Nem sempre essas frentes são fáceis de serem identificadas. As demandas que envolvem a formação e a assistência podem estar entrecruzadas. Nesse sentido, *S.B.*, considerando o contexto da supervisão, propõe as seguintes interrogações: *“a gente precisa ter clareza sobre o ponto que eu acho crucial. O que é uma questão pra pesquisa? O que é uma questão de supervisão? O que é uma questão para análise?”* Então eu acho que é uma responsabilidade que a gente tem”. As distinções não conseguem ser percebidas facilmente pelos/as estagiários/as em virtude da inexperiência. Mas, quando pontuadas pelo/a supervisor/a, poderão dar um novo direcionamento ao tratamento do/a paciente, assim como poderá acolher as demandas de formação e dificuldades dos/as estagiários/as.

Consideramos que as interrogações mencionadas pela entrevistada *S.B.* merecem a atenção dos/as supervisores/as diante do seu grupo de estudantes e dos relatos que são feitos. Avaliamos que essas perguntas são muito relevantes e podem orientar os encontros das supervisões. Consoante com essa discussão, Silva (2019) observa que a supervisão pode ter várias funções, dentre as quais destaca “a) colocar questões relativas ao próprio analista, para uma retomada da análise pessoal; b) destacar que um caso clínico pode ser construído como um caso psicanalítico; c) discutir estratégias e táticas a serem implementadas, no caso de um tratamento difícil.” (p. 180). Observamos que essas funções não são excludentes, possibilitando ao/à praticante uma experiência que atravessa o tripé da formação analítica.

É interessante quando os/as estagiários/as afirmam o quanto a cena clínica convoca a leitura de determinado texto ou o estudo de determinados conceitos. Mediante ao que o/a outro/a lhe endereça, surge a necessidade de uma apreensão do saber. *“Eu percebo é que*

preciso estudar mais” (E.3-I), é uma frase que ecoa, dita com frequência pelos/as estagiários/as. Ter esse embasamento produz um efeito na posição do/a clínico/a e no direcionamento do caso.

Escrevendo esse tópico, surgiu uma associação de que, assim como na adolescência, há uma emergência de mudanças das mais diversas ordens - hormonal, corporal, identitária, social, entre outras -, é como se nesse encontro inicial com a clínica surgisse uma ebulição de fatores que convidam o/a estagiário/a a se cuidar, desenvolver-se e buscar uma qualificação. São recursos que tentam confrontar o real da clínica. Na tentativa de avançar e de adquirir experiência na escuta clínica, há uma urgência por determinados estudos e também pela vivência de um trabalho pessoal, na expectativa de que as queixas e as dificuldades pessoais não atravessem e não se sobreponham ao que o/a paciente lhe traz. Não é à toa que os/as estudantes consideram que poderiam começar a atender antes, avaliam que o tempo de estágio final do curso é um período curto, em meio a tantos acontecimentos com os quais essa prática lhes confronta.

Eles/as também passam a revisitar conteúdos de disciplinas já cursadas, buscando materiais que contribuam com a experiência, muitas vezes, para além do que foi dado no curso. Através dos atendimentos, os/as estagiários/as visualizam determinados conceitos estudados anteriormente e conseguem fazer articulações teórico-clínicas. Alguns conceitos que, até então, eram inapreensíveis ou “não eram levados tão a sério” passam a ser apreendidos. Como nos diz S.H., em relação à mudança significativa que ocorre nesse período, os/as estagiários/as que *“faziam pegadinhas para o professor, criavam situações ali ou não se envolviam muito, quando na prática eles eram responsáveis por uma vida que estava depositada neles ali, isso produzia uma virada, então a implicação e a responsabilidade deles geralmente muda completamente”*. Esse lugar convoca uma responsabilidade. É quando, de frente para o/a outro/a, as pegadinhas já não cabem mais, de forma que é preciso se envolver e se implicar.

Diante dessa virada, os/as estagiários/as endereçam ao/à supervisor/a suas questões, dificuldades e angústias, em alguns momentos até necessitando, como vimos no tópico anterior (item 5.3), de um contato particular com o/a supervisor/a ou até mesmo uma orientação “extra”, antes do encontro da próxima supervisão. Nesse sentido, a depender do vínculo, que é estabelecido, eles/as passam a desenvolver uma segurança nessa relação.

Além do estudo e da supervisão, o trabalho na clínica convoca, por si só, a experiência de um processo terapêutico pessoal. Estar/ter estado na posição de paciente, ter um espaço para trabalhar suas angústias e suas dificuldades provoca um efeito na função do/a estagiário/a enquanto clínico/a. Nessa perspectiva, a E.5-I ressalta quão difícil seria escutar alguém sem

antes ter sido escutada. Ela afirma: *“acho que é muito complicado uma pessoa começar o atendimento na clínica sem ter essa experiência de ter sido paciente”*.

Inclusive, quando o grupo conversava sobre esse momento inicial do estágio e sobre a condução dos casos, ela afirma: *“eu fiquei bem angustiada e levei pra minha análise” (E.5-I)*. De modo semelhante, a *E.2-I* se questiona: *“qual o meu papel de psicóloga naquele lugar e o que é que eu faço? Então, isso é algo que me tem pego muito assim em questões de terapia”*. Ambas as falas ocorreram no *Grupo I* de conversação, apontando para a relevância da circulação da palavra nesses encontros, nos quais foram compartilhadas as experiências desse momento inicial, junto a elaboração da necessidade de um espaço em que possam falar sobre suas angústias e sofrimentos. Observamos que as dificuldades de assumir a posição de escutar o/a outro/a puderam ser tratadas no espaço terapêutico, em que essas alunas ocupavam o lugar de pacientes, para além do acolhimento e do trabalho a que a supervisão se propõe.

No último encontro desse grupo, ao realizar uma avaliação do estágio, *E.4-I* ressalta a importância da experiência analítica na sua prática clínica. Ou seja, no decorrer do estágio, o/a estudante inicia sua análise e consegue perceber de forma emblemática a relevância desse lugar. Ele afirma: *“eu também estou em análise, então eu consigo... Então, assim, é outro tempo também, porque antes eu não estava em análise. Então, eu tinha medo de interpretar também, de repente, falar por mim ali, né. E como foi emblemático esse meu segundo estágio, porque acho que o estágio ele me requisitou, assim, coisas que eu ainda não tinha e que eu acabei desenvolvendo nesse tempo, que foi também sobretudo estar em análise”*. Parece-nos que esse encontro emblemático se tornou muito interessante na experiência do estágio de *E.4-I*, de modo que ainda que, no primeiro encontro do grupo de conversação, no início do estágio, ele tenha se apresentado confiante e capacitado para tal, ao longo da experiência, ele decide iniciar seu trabalho pessoal, e percebe os efeitos produzidos no exercício de sua escuta. Isso, também, direciona-nos a pensar no tempo de cada um/a na decisão de iniciar essa experiência e como o lugar de estagiário/a clínico/a convoca e impõe o processo de cuidado pessoal.

No *Grupo II*, *E.2-II* reflete sobre a experiência de estar em análise no momento do estágio na clínica, reconhecendo o suporte encontrado no trabalho pessoal, para poder suportar o que lhe é endereçado, no processo de cuidado ao/a outro/a, *“porque assim, para aguentar isso eu não tenho aguentado sozinho”*. Observa então que, face à condução de um tratamento, surgem situações que são pessoais, às quais a teoria não responde, de forma que considera *“o estar em análise”* como um diferencial significativo nesse contexto. Ele menciona: *“eu acho que eu não consigo nem tirar como é que seria minha prática hoje enquanto estagiário se eu não tivesse em análise também, porque essas coisas meio que trabalham juntas, até porque*

acho que a gente está no momento de aperfeiçoar nossa escuta”. “Essas coisas” trabalham juntas, ao ponto de que, se ele está em análise, isso não traz efeitos apenas para si próprio, mas repercute também na função dele enquanto clínico, enquanto aquele que se dispõe a escutar o/a outro/a.

Assim, a dificuldade do início do estágio pode ser trabalhada através do estudo teórico, da leitura de materiais que versam sobre entrevistas iniciais, textos sobre a técnica da psicanálise, sobre diagnóstico diferencial. Ao mesmo tempo, o/a supervisor/a também poderá dar orientações a respeito desse momento. E, além disso, quando o/a estagiário/a está em análise/trabalho pessoal, a experiência do estágio, de como ele/a se sente/sentiu ou quando se deparou com um impasse, e o que escutou remeteu para uma situação traumática de sua história, poderão também ser elaborados.

Conforme S.L. comentou na entrevista, *“o aluno chega sem um trabalho pessoal, então ele vai iniciar estágio com um nível de tensionamento, de preocupação, e às vezes terminando por se comprometer um pouco o desempenho, porque para escutar o outro é preciso antes de mais nada ser escutado*”. De maneira similar, em relação às dificuldades enfrentadas nas supervisões, S.H. afirma que a *“dificuldade era do despreparo psíquico e de estudo das pessoas para lidar com certas situações que eram para si também, feridas*”.

Ainda na mesma perspectiva, S.B. analisa que: *“o aluno da graduação, ele chega com um percurso de análise muito curto, realmente é muito curto e a gente vê que ele tem assim muita dificuldade em circunscrever o lugar do qual ele está respondendo às queixas, o lugar do qual ele está respondendo às demandas, porque ele não tem percurso de experiência de inconsciente suficiente para isso*”. Um pouco mais adiante, ela explica sobre uma seleção que faz com os/as estudantes que querem o estágio de orientação analítica e comenta sobre alguns pontos dessa entrevista. Uma das perguntas é se eles/as já fizeram/fazem análise, pois considera *“importante que o estagiário tenha um dispositivo aonde ele vai falar da angústia, das dificuldades, então eu procuro evitar, embora já tenha acontecido de aceitar o estagiário que não tivesse feito o mínimo de análise pessoal*”. Observamos como, ainda que não seja uma ferramenta comum às supervisões, essa seleção permite à supervisora um conhecimento sobre os/as interessados/as no estágio, de forma que, diferentemente de haver apenas a matrícula em sua turma de uma forma burocrática, o momento inicial de entrevista com os/as estagiários/as lhe permite avaliar e ter acesso a determinados aspectos que considera importantes na entrada e no início da trajetória do estágio.

Diferentemente de outras formações e graduações, em que o estudo sobre a técnica fornece algumas garantias para o desenvolvimento da prática, o trabalho com a clínica

psicanalítica está para além da técnica. Dessa forma, no contexto universitário, e ainda, considerando que não se tem um “estágio em psicanálise”, deparamo-nos com um impasse, quando não se pode exigir que o/a aluno/a submeta-se a um trabalho pessoal. Como vimos, a partir dos que os/as supervisores/as trouxeram, a ausência de um trabalho pessoal do/a estagiário/a junto a imaturidade profissional se reflete no trabalho, que é desenvolvido, podendo, em algumas situações, inviabilizá-lo.

Ainda que a análise e/ou um trabalho pessoal não sejam obrigatórios, e não estejam presentes no currículo do curso de psicologia, e também não deveria, visto que o tornar obrigatório não favorece a experiência de um trabalho clínico que, na verdade, deve ser uma decisão do próprio sujeito, a fala “*pra escutar o outro é preciso antes de mais nada ser escutado*” é uma máxima fundamental. Concordamos com Dunker (2018), quando ele afirma que a procura por uma análise é uma decisão ética, ou seja, não se pode e nem se deve impor. Entretanto, não nos esquivamos de frisar os efeitos dessa decisão, assim como os entraves que poderão surgir no exercício da clínica ao não assumi-la. Ter um espaço em que se possa falar e ser escutado/a é muito importante, de modo que é frequente que os/as professores/as e supervisores/as façam essa recomendação.

Outro desafio comumente observado é quando a recomendação é feita e o/a aluno/a menciona que gostaria de iniciar a análise/um trabalho pessoal, entretanto, não tem condições de arcar financeiramente com o tratamento. Verificamos mais um aspecto que interfere nesse acesso e que vai além dos limites do curso e da instituição universitária. Ainda que não se configure como espaço psicoterapêutico, é importante ressaltar que, nas próprias universidades, existem espaços de apoio e acolhimento ao/à estudante. Fora do ambiente universitário, existem locais em que a análise/psicoterapia tem um valor mais acessível. Alguns profissionais, inclusive, trabalham com um valor diferenciado para os/as estudantes de psicologia, além de haver espaços em que o tratamento é gratuito.

Outra limitação diz respeito às condições locais. S.C. também enfatiza sobre a importância de o estagiário/a estar em análise, entretanto, em virtude do contexto social e geográfico da cidade em que a universidade funciona, comenta sobre uma dificuldade que enfrentam, pois poucos/as alunos/as fazem um acompanhamento, o que também está associado à existência de poucos/as psicanalistas/profissionais na cidade. Porém, ele avalia que a chegada de uma psicóloga/psicanalista no serviço, que realiza atendimentos aos/às estudantes de psicologia ajudou bastante nessa questão, possibilitando o acesso ao processo terapêutico do aluno/a. Não se trata de uma obrigatoriedade, contudo, institucionalmente, são dadas as condições para aquele/aquele que se interessar.

A propósito, *E.5-I*, ao refletir sobre a possibilidade de assumir as posições de estagiária-terapeuta, de supervisionanda e de paciente, afirma que: *“essa experiência de a pessoa ser paciente, de perceber quando se está na prática todo esse manejo que o profissional faz com a pessoa, aí é o que vai dando assim um norte, sabe? Da pessoa dizer: “não vou fazer. Vou por aqui”. E quando leva pra supervisão é que encaixa assim, sabe? Dá uma sensação de encaixe”*. Esse encaixe nos leva a pensar justamente no importante aparato possibilitado ao/à estagiário/a. Não necessariamente se trata de um encaixe perfeito, de uma completude, entretanto, com base nesse termo, podemos deduzir também que, quando um desses âmbitos não está sendo desenvolvido, como por exemplo, o/a estudante falta às supervisões, ou não está em acompanhamento, ou não tem se dedicado aos estudos teóricos, ou quando o/a supervisor/a não comparece enquanto tal, ou quando a instituição não oferece a estrutura necessária para a realização do atendimento, há um possível “desencaixe”, que repercute não apenas no seu processo de estágio, nos atendimentos que realiza, mas também na dinâmica da clínica universitária.

Considerando a discussão em torno dos *“pontos cruciais”* do estágio em clínica, como foram mencionados por *S.B.*, deparamo-nos com muitos aspectos que surgem na clínica universitária. Tendo em vista que a sua natureza de serviço formativo e de assistência envolve a presença de diversos integrantes, percebemos que, na sua potencialidade, também há presença de possíveis impasses. E por que não dizer, de desencaixes? Longe da imagem desnecessária de constituirmos um serviço ideal, percebemos esses desencaixes não enquanto falhas, mas como situações que acontecem e que são relevantes serem identificadas, para que não produzam um impedimento no funcionamento e nas propostas das clínicas universitárias. Nesse sentido, o estudo que realizamos tem como norte evidenciar e discutir a complexidade frente ao entrecruzamento de fios, na trama que se constitui, de modo a contribuir com as potencialidades que visualizamos nesse espaço.

A cronificação do tratamento, tal como supomos ocorrer em alguns casos prolongados, não exclusivos, mas acompanhados nesse serviço, pode ser um desses desencaixes, que aqui envolvemos para além da relação estagiário/a-paciente. Ressaltamos a importância de se estar advertido da dinâmica que se estabelece em meio ao relançamento de demandas que compõem a cena institucional. Assim como os atravessamentos e as discussões que apresentamos no decorrer desta tese, o estudo sobre o transitivismo, que versa sobre a construção da demanda e a dinâmica que se estabelece entre as posições, bem como nos possibilita pensar nos impedimentos dessa constituição e nas suas consequências, sustentam a nossa suposição. Realçamos mais uma vez aqui a nossa hipótese de que, em alguns casos acompanhados nas

clínicas universitárias, há uma cristalização da queixa e uma possível cronificação do tratamento. Frente a essa ideia, no capítulo seguinte, apresentaremos o que denominamos de cronificação do tratamento e discutiremos sobre o tempo-limite de estágio e suas implicações nos acompanhamentos que são realizados no espaço do serviço-escola.

6 – A trama de posições e a cronificação do tratamento

Longe de definirmos qual o tempo ideal de um tratamento, demarcamos, logo no início desta tese, que o prolongamento de alguns processos, a permanência de alguns/algumas pacientes na clínica universitária por anos foi nosso ponto de partida. No entanto, no decorrer do estudo e das discussões apresentadas, fomos confrontados com uma complexidade de aspectos que transpassam a clínica universitária, indicando algumas especificidades desta prática. A tríade “paciente, estagiário/a-terapeuta e supervisor/a” compõe o serviços-escola, caracterizando a singularidade dessa clínica.

Pensando nessas especificidades, em um contraponto com a dinâmica de um hospital-escola, por exemplo, observa-se que, neste, ainda que o/a estudante faça ali a sua prática, a referência em geral do/a paciente é o/a médico/a. O/a paciente está vinculado/a institucionalmente ao/à médico/a. Ou seja, mesmo que o/a paciente seja assistido/a por diversos/as estudantes, visto que há o tempo delimitado do estágio/internato, ele/a tem a referência da figura do/a médico. Quando esse/a paciente retorna no ano seguinte, por exemplo, por mais que na triagem ou no atendimento, ele/a seja atendido/a por outros/as estudantes de medicina, o/a médico continua sendo sua referência. Observamos assim que o/a médico/a ocupa o lugar de saber para o/a paciente. E ocupa também, enquanto tutor/a, o lugar de saber para o/a estudante. O/a estudante endereça para o/a tutor/a médico o saber sobre a doença/sofrimento do/a paciente por ele/a atendido/a.

Já na clínica universitária de psicologia, conforme as entrevistas e grupos de conversação realizados, o/a supervisor/a orienta o/a estagiário/a e acompanha o/a paciente através do relato do caso feito pelo/a estagiário/a. Ainda que o/a paciente seja acompanhado/a pelo/a supervisor/a através do/a estagiário/a e que, frente ao término do acompanhamento, ele/a seja encaminhado/a para um/a estagiário/a desse/a mesmo/a supervisor/a, a referência ao supervisor/a não é evidente para o/a paciente. Supomos então que, em geral, a referência dele/a é com a instituição, é com a clínica universitária.

Neste capítulo, abordaremos a dimensão do tempo, que atravessa o jogo de posições entre paciente-estagiário/a-supervisor/a-instituição, ressaltando que a transitoriedade própria do estágio indica uma cronologia que poderá ser distinta do tempo de tratamento do/a paciente na instituição. Assim, tratando-se de serviços-escola, deparamo-nos não só com o tempo referente ao período do acompanhamento, à duração de uma sessão, ao horário da sessão, atrasos, ao encurtamento de um tratamento, ao seu prolongamento, mas também com a duração do estágio, geralmente definida previamente no calendário acadêmico. Com isso, ao mesmo

tempo que muitas pessoas procuram o serviço e iniciam um tratamento, há uma alta rotatividade de pessoas nesses espaços. O/a estagiário/a geralmente desenvolve suas atividades de estágio em dois ou três semestres, sendo frequente a substituição dos/as integrantes.

Parafraseando Figueiredo (1997), que interroga “na psicanálise quanto tempo o tempo tem?”, aqui pensamos: “na clínica universitária quanto tempo o acompanhamento tem?”. De antemão, em paralelo ao tempo fixo do estágio, lidamos com um tempo imprevisível e variável, visto que, além das variantes acima referidas, observamos, com frequência, pacientes que desistem do tratamento em um curto tempo, bem como aqueles/as para os quais poucas sessões se fazem suficientes. Vemos, ainda, pacientes que estão em acompanhamento no serviço já há um longo tempo, não sendo o tempo-limite do estágio um impedimento para essa continuidade.

É importante ressaltar que não estamos, com isso, buscando favorecer ou impor uma brevidade para o tratamento, ou a sua aceleração, assim como reconhecemos a necessidade de um tempo maior de acompanhamento em alguns casos. Ocupamo-nos, no entanto, de discutir sobre os impasses na construção de demandas em alguns acompanhamentos e nos questionamos sobre os relevantes aspectos que ressoam na clínica universitária, contribuindo, por vezes, com o prolongamento de alguns processos.

Tanto nos grupos de conversação quanto nas entrevistas com os/as supervisores, a finalização do estágio e o tempo dos acompanhamentos foram assuntos debatidos. A palavra circulou entre os/as integrantes e surgiram posicionamentos e conversas importantes. A partir das narrativas, indagamos sobre uma possível cronificação do tratamento e buscamos, junto a isso, apreender como as diferentes posições ocupadas, frente ao tempo-limite do estágio, podem repercutir na construção das demandas, sejam elas dos/as pacientes, dos/as estagiários/as, dos/as supervisores/as, da instituição.

Neste capítulo, iremos retratar as repercussões que surgiram nos grupos a esse respeito, bem como as soluções que puderam ser encontradas singularmente. Quanto às entrevistas, constatamos formas distintas com que cada instituição/supervisor/a conduz o momento final do estágio e as marcas que se apresentam nos tratamentos. Registramos, também, a importância do lugar dos/as supervisores/as, visto que, em meio à rotatividade, seja dos/as pacientes, seja dos/as estagiários/as, eles/as são quem geralmente permanecem na clínica universitária.

6.1 As diferentes temporalidades e suas repercussões

Na clínica universitária, lidamos, poderíamos dizer, com dois tempos específicos: o tempo do estágio, que consiste no período em que o/a estagiário/a-terapeuta desenvolve suas

atividades, e que, geralmente, corresponde aos dois/três últimos semestres do curso de psicologia; o tempo de tratamento do/a paciente. Ainda que, em alguns casos, o tempo de acompanhamento corresponda ao tempo do/a estudante no estágio, trata-se de temporalidades distintas.

Como abordamos no segundo capítulo, algumas concepções sobre o tempo e a psicanálise, pretendemos aqui, além de retomá-las, ampliar a discussão. Na psicanálise, o tempo de/para cada sujeito é singular e não está circunscrito ao tempo cronológico, ultrapassando-o. Já o tempo de início e do fim do estágio é definido pelo calendário acadêmico, responde ao tempo cronológico, preestabelecido, que pode se deparar com uma antecipação de seu término, como ocorre quando há desistência por parte do/a paciente. Quando da proximidade do fim do estágio, o/a estagiário/a se confronta com a necessidade de realizar o encerramento dos casos, que conduz no espaço da clínica, avaliando, junto ao/à supervisor/a, se esse tempo coincidirá com o término do tratamento em si ou se este último terá continuidade.

Para discutirmos essas temporalidades, debruçamo-nos, primeiramente, sobre o uso dos termos Chronos e Kairós, na designação de “tempo” para os gregos. Apesar de ambos serem traduzidos para o português como tempo, há uma diferença no significado das duas palavras (Arantes, 2015; Pedroni, 2014). Na mitologia grega, Chronos é o senhor do tempo, refere-se ao tempo cronológico e linear, compreendido por segundos, horas, meses, anos; é um “tempo calculado, aquele subordinado ao relógio e do qual não conseguimos fugir facilmente” (Pedroni, 2014, p. 246). Segundo Arantes (2015), é “o tempo determinado dentro de um limite”; é um tempo previsto.

Já Kairós, transcende a cronologia. Segundo Arantes (2015), Kairós não reflete o passado ou presente o futuro, mas simboliza o melhor instante. Significa momento oportuno, tempo oportuno, a melhor oportunidade, “que faz um acontecimento ser especial, memorável, não em seus números, mas em sua significância” (Pedroni, 2014, p. 246).

Apesar da oposição em seus significados, entendemos que ambos coexistem e, como Pedroni (2014) retrata, eles jamais se anulam, mas abrem margem para um “tempo cronologicamente kairológico: um momento único e oportuno (Kairós) localizado em nossa rotina massificante (Chronos)” (Pedroni, 2014, p. 246). Não se tem como deles escapar. Trata-se de um antagonismo, que atravessa as nossas experiências, trazendo perspectivas distintas sobre o tempo.

Se pensarmos nessa diferenciação no âmbito da clínica universitária, baseada na perspectiva psicanalítica, temos Chronos como um representante do tempo previsto do estágio, do tempo possível de um tratamento com determinado/a estagiário/a, do horário da sessão, dos

atrasos das sessões, das faltas, do horário da supervisão. À luz de Kairós, pensamos o tempo, no estágio, como o momento oportuno do encontro entre o/a paciente e o/a estagiário/a, a experiência de um *insight*, a sensação de catarse, a surpresa de uma lembrança. Ou seja, são temporalidades que, apesar de contrárias, coexistem na experiência da clínica, pois atravessam continuamente o humano. Não se tem como ignorar o tempo cronológico em nossa discussão, e nem seria esse o objetivo. Contudo, aqui pensamos sobre os efeitos dos seus limites, perante o tempo de cada sujeito, que também não se restringe ao de Kairós. Sustentamos aqui a posição de que o tempo do sujeito, assim como o tempo de um tratamento, pode ser denominado “um tempo cronologicamente kairológico”, conforme Pedroni (2014) denomina na experiência de sua mostra artística.

Ainda que Freud não tenha produzido um trabalho específico sobre o tempo, este é um tema que atravessa sua obra desde os primórdios de sua teorização. Com a psicanálise, ele inaugura a noção de que o inconsciente é a verdadeira realidade psíquica (Freud, 1900/1972) e, junto a isso, introduz a dimensão de atemporalidade. Para ele, os processos do inconsciente “não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo; não têm absolutamente qualquer referência ao tempo” (Freud, 1915/1974, p. 214). Sendo assim, as experiências que foram vividas, desde a vida primitiva do sujeito, produziram marcas, repetidas e atualizadas continuamente na vida adulta. A infância do sujeito adulto não é uma experiência restrita ao passado. Ainda que ele não tenha uma compreensão de forma consciente, a infância é ressignificada constantemente em sua vida. Ou seja, o passado não é anterior, mas é contemporâneo ao presente.

Nessa perspectiva, em 1896, Freud já se apoiava na noção de *a posteriori*, significado do termo alemão *Nachträglich*. Segundo Roudinesco e Plon (1998), este termo se refere à concepção freudiana de temporalidade e designa “[...] um processo de reorganização ou reinscrição pelo qual os acontecimentos traumáticos adquirem significação para o sujeito apenas num *a posteriori*, isto é, num contexto histórico e subjetivo posterior, que lhes confere uma nova significação. No Brasil também se usa “só-depois” (p. 32).

Essa concepção fundamenta a ideia de causalidade psíquica, visto que, apenas no só-depois, é que as experiências são ressignificadas. Os efeitos das marcas vividas na mais tenra infância são recolhidos retrospectivamente, e não de um modo linear. É em um tempo distinto que elas são desdobradas. Conforme Fingermann (2009), o tratamento analítico propicia ao sujeito uma estranha temporalidade. Nas próprias entrevistas preliminares, o/a paciente desprevenido, ainda que inicie sua fala remetendo-a a uma dimensão cronológica, depara-se com uma temporalidade atordoante “Um tempo “sem pé nem cabeça” inaugura-se aí, já que

nessa ficção, que artificia a verdade do sujeito, o presente se anuncia, atropelado por um futuro suposto, formatado por um passado hipotético que nunca foi” (p. 60).

É diante do encontro com o/a analista que o/a paciente, através da repetição (passado retroagindo no presente), poderá ressignificar e elaborar experiências que lhe causam/causaram sofrimentos. Ainda que esses sintomas se apresentem na atualidade, a sua causalidade, além de multideterminada, é decorrente de um tempo anterior.

Em uma conferência, Freud (1917a/1976) refere o caso de duas pacientes. Discute sobre a fixação dessas pacientes em uma fase de seu passado, alienadas do presente e do futuro. Elas estavam enclausuradas nesse tempo de suas vidas e, no decorrer do tratamento, via associação livre, foram identificadas as formações sintomáticas, derivadas dos processos inconscientes, que haviam ocorrido. Em um tratamento, a partir do encontro com um/a analista e do manejo transferencial, o sujeito poderá identificar as repetições, as experiências traumáticas e o sentido dos sintomas. Ao repetir no presente uma experiência anterior que se constituiu como um trauma, como um desejo inconsciente recalçado, através do tratamento, é possível haver uma elaboração, corroborando que passado e presente não são ordenados e delimitados, ambos repercutem e delineiam a vida do sujeito.

Em 1918, no importante caso clínico do Homem dos Lobos, Freud (1918/1976) aborda a reconstrução das experiências infantis de um adulto frente ao tratamento analítico. Aqui, dada a complexidade do caso e o objetivo do nosso trabalho, não o descrevemos e nem nos remetemos aos episódios da infância do paciente trabalhados no decorrer da análise, os quais reafirmam a atemporalidade do inconsciente. Contudo, referenciamos o caso pelo limite estabelecido por Freud (1918/1976; 1937a/1975) na duração de seu tratamento.

Essa análise, inicialmente, durou quatro anos. Conforme Freud (1918/1976, p. 22), os tratamentos que têm resultados favoráveis em curto tempo “são de valor para a autoestima do terapeuta e para substanciar a importância médica da psicanálise; mas permanecem em grande parte insignificantes no que diz respeito ao progresso científico”. Ele destaca que, nos primeiros anos desse processo analítico, poucas mudanças ocorreram, considerando que, em condições menos favoráveis, o tratamento teria sido abandonado em um curto tempo. Para ele, o paciente reagia de forma indiferente ao processo, sendo preciso um tempo para que ele participasse do trabalho clínico. Quando os avanços começaram a surgir, foram imediatamente cessados e novas mudanças foram evitadas. Freud (1918/1976), então, decide por fixar um prazo para o fim do tratamento, independentemente dos resultados obtidos, comunicando-o ao paciente “Sob a pressão inexorável desse limite fixado, sua resistência e sua fixação na doença cederam

e então, num período proporcionalmente curto, a análise produziu todo o material que tornou possível esclarecer as suas inibições e eliminar os seus sintomas” (p. 24).

Diante da imposição do tempo, as resistências cessaram e foram reproduzidas lembranças de sua infância e descobertas conexões que pareciam necessárias para compreender sua neurose. O tratamento foi finalizado em 1914, antes da eclosão da Primeira Guerra, momento em que Freud (1918/1976) considerou o paciente curado. Aqui, refletimos como a fixação desse limite cronológico atuou nos processos inconscientes atemporais, visto que, perante a estagnação, a pressa imposta teria provocado muitos progressos. Porém, em uma nota acrescentada ao caso em 1923, ele relata que, em 1919, após a guerra, o paciente foi novamente tratado e “[...] uma parte da transferência, que até então não fora superada, foi resolvida com êxito” (Freud, 1918/1976, p. 151). Após esse período, o paciente apresentou outros episódios de adoecimento e foi tratado por uma discípula de Freud, a Dra. Ruth Mack Brunswick (Freud 1918/1976, 1937a/1975).

O próprio Freud denomina essa intervenção como “um artifício de chantagem” (Freud, 1937a/1975, p. 250) e ressalta que estabeleceu prazos fixos em outros casos. Considera essa prática como eficaz, desde que se acerte no tempo para tal, visto que um erro nesse procedimento não pode ser retificado, assim como o prazo não deve ser estendido, sob pena de perder a credibilidade para a continuidade do tratamento. Compreendemos essa intervenção, enquanto um ensaio do trabalho freudiano, mas que não deve ser uma prática clínica recorrente. Pensamos, inclusive, nas repercussões desse “forçamento”, visto que, apesar de terem sido produzidos efeitos terapêuticos, vimos que o tratamento não findou por aí. Há uma impossibilidade de garantias e de efeitos na análise frente à fixação de um prazo, além de não se ter como prever o seu final. Indagamos também: até que ponto essa determinação prévia do término de um processo analítico, a depender da singularidade do caso, promoveria progressos ou constituiria uma psicanálise selvagem?

A partir das repercussões do caso clínico, Freud (1937a/1975) interroga sobre o término de uma análise. De forma prática, conclui que o fim de análise é quando analista e paciente não se encontram mais para a sessão analítica, atribuindo a esse fim duas condições: quando o/a paciente já não está mais sofrendo com os sintomas e/ou quando o/a analista avalia que o trabalho de elaboração foi suficiente. Entretanto, não satisfeito, ele nos convida a refletir sobre a expressão “fim de análise” de uma forma mais ambiciosa, pondo em questão se seria possível chegar a um momento do tratamento em que se tornaria impossível ocorrerem novas mudanças na vida do/a paciente. Isto se relaciona com a ideia de cura permanente, que ele inicialmente

supôs no caso de seu paciente. Face a essas discussões e a sua própria experiência clínica, observa que a ideia de uma completude inexistente em uma análise.

Assim, falar sobre o término de um tratamento implica uma interrupção, em que o paciente não necessariamente chegou ao final da análise, mas interrompeu o tratamento, seja tendo obtido efeitos terapêuticos, seja tendo abandonado. Além disso, pode referir o final do tratamento com aquele/a analista após um longo trabalho analítico. Diante da função da análise, que é adquirida e desenvolvida no decorrer do tratamento, ainda que a análise tenha chegado ao seu final, o processo analítico é interminável. Esta é uma “aquisição do processo”, de forma que não se tem como delimitar seu término, pois acompanha o sujeito em sua finitude.

Esta discussão nos remete para as contribuições lacanianas em torno do tempo lógico, que se distingue do tempo de Chronos. Baseado na atemporalidade do inconsciente freudiano e no sofisma dos três prisioneiros, Lacan (1945/1998) introduz uma nova dimensão sobre o tempo, que se repercute na clínica psicanalítica. Em 1945, ele inaugura a dimensão do tempo lógico e a prática de sessões analíticas com tempo de duração variável, demarcando sua posição quanto à imprevisibilidade da duração de um tratamento e a não fixidez do tempo da sessão.

No sofisma, o diretor de um presídio se dirige a três detentos, colocando em suas costas um disco (são cinco discos: três brancos e dois pretos) e os desafia a descobrir qual a sua cor. O primeiro que deduzir terá como benefício a sua liberdade. A partir desse raciocínio lógico, Lacan (1945/1998) situa três dimensões temporais, que se relacionam com o tempo operativo de uma análise. Assim, temos o instante do olhar, o tempo para compreender e o momento de concluir.

No instante do olhar, os prisioneiros veem a cor dos outros, mas não sabem qual é a sua cor. Por analogia, é o momento inicial do tratamento, em que o sujeito relata o seu sofrimento, interrogando ao outro sobre aquilo que lhe aprisiona. O momento seguinte, o tempo para compreender, diz respeito a quando cada prisioneiro busca a lógica da elaboração de sua própria cor a partir da reação dos outros prisioneiros. É quando, no processo analítico, a partir da oferta de escuta feita pelo analista, o/a paciente associa livremente, buscando compreender o enigma do qual “ele não consegue se desembaraçar sozinho” (Coutinho Jorge, 2022, p. 218). Para este autor, diferentemente do sofisma, em que os prisioneiros chegam à solução em um mesmo tempo, na análise, “cada sujeito necessitará de um tempo para compreender e atravessar a fantasia e se libertar – parcialmente – da prisão que ela engendra para ele” (p. 220).

Já o momento de concluir se dá logo após a perlaboração do tempo de compreender, quando, na pressa para a resolução, os prisioneiros se antecipam e decidem qual a sua cor, como meio de garantir sua liberdade. Na experiência analítica, é quando o/a paciente se

desprende da identificação com os/as outros/as e assume sua “asserção como sujeito”. Apesar de relacionarmos essas instâncias temporais com momentos do percurso de uma análise, podemos pensar, também, a ocorrência dos três tempos em uma sessão, sendo essa a lógica lacaniana das sessões de duração variável.

Segundo Coutinho Jorge (2022), esta prática impõe “uma vivacidade e um ritmo particular que não pode ser obtido com as sessões regidas pelo cronômetro” (p. 221). Ele afirma que o tempo de duração depende não dos minutos do relógio, mas da fala, do discurso do sujeito. Escandir a sessão no momento em que um elemento importante surge auxilia no processo de elaboração do/a analisando/a. Consideramos a prática das sessões de duração variável uma forma muito interessante, contudo, ela não é isenta de críticas, seja à própria proposta lacaniana, seja diante da postura de alguns/algumas analistas que terminam adotando em suas clínicas um tempo muito curto para os atendimentos e que não necessariamente diz respeito à proposição lacaniana, havendo assim uma dificuldade de identificação ou de respeito ao momento de concluir. Junto a isso, realçamos a relevância de se considerar o estilo de cada analista e de sua perspectiva clínica, sendo o tempo da sessão correspondente ao do relógio, seja 45 minutos, 50 minutos, uma prática legítima. Inclusive, tratando-se de clínicas-escola, observamos a importância do estabelecimento do tempo cronológico, durante os atendimentos, tanto pelo fato de o/a estagiário/a ser um principiante na escuta clínica ao/à outro/a, quanto pelo enquadre institucional e a necessidade de uma organização de horários e reservas das salas de atendimento em cada serviço.

Considerando a discussão sobre os tempos de Chronos e de Kairós, assim como as proposições freudianas e lacanianas em torno da dinâmica do tempo na psicanálise, faremos uma articulação com as experiências temporais na clínica universitária. Como sustentar a prática do exercício da escuta clínica em um tempo previamente determinado, a partir da posição de que o tempo de cada sujeito é singular? Ao assumirmos essa problematização, partimos do que é possível nesse contexto e também do que não está garantido no tempo que se tem. Apoiamo-nos na ideia de que não se tem como prever o que surgirá no decorrer do tratamento, além de não termos como quantificar e qualificar os efeitos que poderão surgir. Abordaremos a seguir algumas situações.

6.2 Tempo do estágio, tempo do paciente: “não adianta querer curto circuitar”

Partindo do tempo transitório do estágio e do tempo de tratamento de um sujeito, retomamos a fala de *E.4-II*, quando observa que “*seus dois semestres de estágio não vão ser*

suficientes para, digamos, dar realmente o início, porque a questão de se responsabilizar já é um certo ponto de um avanço”. Também nessa perspectiva, no segundo encontro do Grupo I, E.1-I menciona: “eu fico pensando sobre a implicação mesmo né daquele paciente que está todo aquele período ali. E se de fato está existindo um processo terapêutico”. Neste encontro, a temática do tempo persistiu e, em uma alusão ao tempo do inconsciente, E.4-I comenta que “um ano não significa que a pessoa consiga também necessariamente se movimentar quanto aquilo, né?”, levando-nos a corroborar que nem sempre dois semestres de estágio serão tempo suficiente para o/a paciente lidar com suas dificuldades e se responsabilizar pelo seu sofrimento. Assim, ainda que se frequente o espaço da clínica universitária, que haja um acompanhamento, e que já se tenha algum tempo, consideramos relevante a pontuação de E.1-I, ao indagar se o acompanhamento se constitui enquanto um processo terapêutico ou não, no sentido da implicação subjetiva discutida no quarto capítulo.

O processo de implicação subjetiva, por meio do qual o sujeito se responsabiliza por seu sintoma, aponta, conforme a estagiária mencionou, para um avanço no processo terapêutico; fala do que se passa na relação transferencial entre paciente e estagiário/a-terapeuta. Em se tratando de uma relação singular com aquele/a terapeuta, essa construção pode encontrar, no tempo cronológico da duração do estágio, um dificultador para essa construção.

Eis que surge uma questão: será que o/a paciente é informado/a de que aquele espaço se trata de um espaço também de formação e que aquele/a estagiário/a poderá lhe acompanhar até determinado período? Em meio às inseguranças que atravessam o/a estudante nesse momento do estágio, como ele/a transmite essas informações, trazendo-as ou não para o contrato inicial com o/a paciente? Sendo uma instituição, seria importante que, além do contrato terapêutico feito entre estagiário/a-terapeuta e paciente, houvesse um contrato ou até mesmo um informativo entre o/a paciente e a instituição acerca dessas nuances?

Observamos como o tempo-limite pode trazer repercussões, de diversas formas, em alguns processos. Ainda que o tempo não possa ser estendido, E.2-II avalia que: “talvez se eu tivesse mais tempo com esse paciente, talvez as coisas seriam diferentes”. São casos que, apesar de serem finalizados com esse/a estagiário/a-terapeuta, quando avaliados, poderiam ter um tempo diferente. Também pensamos, especialmente, sobre a demanda desse estagiário, cuja fala remete para a situação de desamparo vivenciada por quem vai perder o suporte da clínica-escola, em ter mais tempo para si de estágio e, frente a isso, deparamo-nos aqui com o entrecruzamento das demandas de formação e de assistência. Assim, ela diz respeito não só ao tempo do/a paciente, mas também ao tempo de estágio do estudante e ao tempo restante para a conclusão do curso para ele/a, então, assumir e se implicar no lugar de profissional, de

psicólogo/a. Contudo, nessa situação, caberá ao/à estagiário/a junto ao/à supervisor/a e, também, ao/à paciente verificarem a necessidade da continuidade, para que haja algum tipo de direcionamento.

Também, nessa perspectiva, a respeito de um paciente que estava em acompanhamento há dez meses e que já havia sido acompanhado anteriormente no serviço, E.4-II menciona o que lhe chamou atenção no final de uma sessão próxima ao término do estágio, quando o paciente lhe demandou: “*‘eu quero perguntar uma coisa para você antes de a gente terminar’, aí eu disse ‘ok’, aí foi e perguntou: ‘a gente tem quanto tempo? Porque o semestre está acabando e você falou que ia ficar, que eu vou ficar pelo tempo de estágio’*” (E.4-II). A que tempo essa pergunta diz respeito? Assim, consideramos importante questionar: o tempo de quem está por findar?

Mais uma vez, ressaltamos que, na clínica, universitária há uma situação peculiar referente ao tempo. Relevante destacar, na resposta da estagiária, que ela restringe o tempo indagado ao tempo do estágio, não ao tempo do tratamento. Isso também não significa que o tempo que se tem não seja um tempo importante e interessante para que algumas experiências da vida do/a paciente sejam elaboradas. Entretanto, conforme a singularidade de cada sujeito e das questões que são endereçadas ao tratamento, poderá não ser um tempo suficiente.

A S.B. faz considerações significativas a respeito dessas temporalidades. Diante do trabalho que desenvolve com seu grupo de estagiários/as, afirma que, no tratamento, “*a duração é muito caso a caso*”. Além de não se trabalhar com um tempo previamente determinado, não se trata de um mesmo tempo para todos/as. E acrescenta: “*a gente não promete resultados rápidos, eu acho fundamental a gente não fazer essa promessa*”. Nesse sentido, mesmo que se tenha um tempo breve para o acompanhamento, não são dadas garantias de efeitos terapêuticos rápidos, os quais, quando ocorrem, somente são constatados *a posteriori*, não sendo possível antecipá-los ou assegurá-los.

Sendo o tempo de estágio um tempo restrito, S.B. chama atenção para o tempo do/a paciente e ressalta que: “*não adianta a gente querer curto circuitar*”. (S.B.). Não é porque o período de estágio é um tempo relativamente curto que o/a estagiário/a-terapeuta precisará apressar o processo terapêutico, tanto no sentido de atropelar o tempo do/a paciente, como de, ao final do estágio, optar-se pelo encerramento de um caso, acompanhando muito mais a saída do estagiário do que propriamente a demanda do paciente. Aqui, a supervisora também aponta para a continuidade do tratamento ainda que o estágio seja concluído. Não sendo, portanto isto, o definidor do término do processo.

A não equivalência entre o fim do estágio e o fim do tratamento aponta-nos para uma possível confusão das posições, visto que o que está sendo finalizado é o estágio, é o tempo daquele/a estudante no serviço e, conseqüentemente, ele/a não terá mais a possibilidade de atender aquele/a paciente. Chega-se ao fim o acompanhamento com aquele/a estagiário/a. Havendo a continuidade e a condução do tratamento pelo/a novo/a estagiário/a, como delimitar se se trata da continuidade do processo e não necessariamente de “um novo tratamento”? Consideramos que seja um novo momento do tratamento, e não “um novo tratamento”.

Conforme os relatos, tanto dos/as estagiários/as como dos/as supervisores/as, a continuidade do tratamento por novos/as estagiários/as é uma prática recorrente nas clínicas universitárias; contudo, a supervisora *S.F.* partilha uma alteração recente no regimento do Centro de Psicologia Aplicada, relacionada ao limite do tempo de acompanhamento dos/as pacientes, que poderão ser acompanhados/as no serviço por um período de até dois anos. Apesar de essa decisão não incidir diretamente no modo de conduzir o encerramento dos tratamentos junto ao seu grupo de estagiários/as, pois, na maioria das vezes, o/a estagiário/a concludente decide ingressar profissionalmente na clínica, atendendo em consultório particular e os/as seus/suas pacientes poderão dar continuidade ao tratamento no consultório. Neste espaço, o acompanhamento continua sendo realizado de forma gratuita, “*como ‘pro bono’*”. Os/as estagiários/as atendem no serviço e permanecem em supervisão com *S.F.* até realizarem o registro no conselho, não estando restritos a finalizar o acompanhamento, conforme a data de encerramento do calendário acadêmico. *S.F.* ressalta que essa é uma prática que ela adota, não sendo uma decisão comum entre os/as supervisores/as. Entretanto, a supervisora considera a recente alteração institucional, como uma decisão importante, pela possibilidade de o serviço acolher mais pacientes.

Essa decisão nos direciona a refletir sobre um possível limite institucional e que incide de uma forma direta nos casos em que há uma permanência prolongada. Considerando a alta procura por esses serviços e a pouca rotatividade entre os/as pacientes de longa permanência, a disponibilidade para novos/as pacientes é restrita. Assim, esse tempo de dois anos parece permitir que um trabalho seja desenvolvido, inclusive por mais de um/a estagiário/a, possibilitando um maior acesso aos/às usuários/as que buscam o serviço.

Talvez, diante de alguns casos e da necessidade de um prolongamento, caso seja inviável na instituição, será interessante viabilizar e/ou pactuar com espaços ou com profissionais aos/às quais esses/as pacientes possam ser encaminhados/as. Diante da entrevista com *S.F.*, constatamos que esta foi uma decisão recente e que seus impactos ainda serão avaliados institucionalmente.

Não consideramos que um tempo de dois anos impossibilite um acompanhamento interessante e com efeitos terapêuticos. Pensamos, inclusive, que essa estratégia pode ser estruturante para alguns casos e para a própria relação entre paciente e estagiário/a-terapeuta, assim como deverá repercutir no momento de finalização do estágio e do acompanhamento.

Um ponto relevante a se considerar é o fato de que a finalização do estágio, na maioria das situações, coincide com a finalização da graduação em psicologia, de modo que este é um momento de mudanças e passagem para o início da vida profissional. Ou seja, o fim do estágio é um momento de fim de curso, de conclusão de trabalhos e disciplinas, de preparação para especializações/pós-graduações e para o início da trajetória profissional. Assim como no início do estágio, os/as estudantes se deparam com a passagem para a posição de estagiário/a, ao final do estágio, em um curto período, confrontam-se com outra mudança, que é a passagem de estudante/estagiário/a de psicologia para a posição de psicólogo/a.

Geralmente, o período final de estágio é um momento em que os/as estagiários/as se dizem muito preocupados/as com o futuro profissional. *E.4-II* reflete sobre esse momento e avalia que se trata de um “*ritual de passagem, você se torna um profissional, você vai ter um CRP, você vai pagar por esse CRP, você vai fazer parte de um conselho, você tem obrigações e deveres e direitos da sua classe*”. E conclui dizendo que, nesse processo, o/a estagiário/a se torna um/a adulto/a. Nesse ritual de passagem, a responsabilidade surge enquanto uma preocupação e uma angústia a respeito do seguinte questionamento: “o que eu vou fazer a partir de agora?”

Também nesse sentido, *E.2-I* mencionou que perante o início do último período do curso, “*começam a ampliar outras angústias pelo menos para mim, hoje por exemplo, foram duas muito pontuais, primeiro, o futuro mercado de trabalho, [...] como é que eu tenho cliente? Como é que eu vou ter um emprego? O que é que eu vou fazer? [...] “E outra coisa que também foi essa semana, hoje em específico é a angústia do próprio serviço, de ver o serviço super lotado e não poder fazer muita coisa e querer agarrar o mundo sozinha com todas as mãos*”. As primeiras são questões comuns na reta final do estágio, e que podem se repercutir no âmbito da própria experiência na clínica universitária. Mas, logo em seguida, ela falou de suas aflições relacionadas à dinâmica da clínica. Ou seja, ao mesmo tempo em que se deparava com questões do seu futuro profissional, também se preocupava com a lotação e os limites do serviço-escola.

Foi interessante quando, no terceiro e último encontro desse *Grupo I*, que ocorreu nas últimas semanas do segundo período do estágio, o clima esteve um pouco diferente dos anteriores, de forma que os/as participantes estavam mais calados/as e mais intervenções de minha parte foram necessárias. Ao sinalizar essa impressão para o grupo, eles/as prontamente

comentaram sobre o sentimento de cansaço do final do curso/estágio. A E.2-1 afirmou: “*é um sentimento de cansaço mesmo, acho que é por isso que está todo mundo mais quietinho assim*”. Observando também essa sensação, mais adiante, E1-1 enunciou: “*eu estou tão cansada que eu estou me sentindo super desconectada, na verdade, aqui hoje. Acho que também é um reflexo de todas as demandas que a gente tem*”.

Mesmo estando cansados/as e precisando lidar com suas questões, eles/as acataram a proposta desse terceiro encontro e compareceram. Era como se a angústia inicial do estágio cedesse espaço para a angústia frente ao cansaço e ao desconhecido de um outro início. Inclusive, no segundo encontro, eles/as comentaram bastante sobre a dificuldade que envolvia o processo de finalização de um tratamento e as expectativas e receios que tinham quanto a esse momento. Porém, no terceiro encontro, chegando o momento do encerramento do estágio, alguns/algumas já tinham começado a avaliar os casos que iriam finalizar e os que necessitariam continuar. Questões pessoais e profissionais futuras emergiram. Eles/as estavam mais silenciosos.

Face ao tempo-limite do estágio/curso, eles/as percebem que o lugar de estudante, até então um lugar conhecido, dará espaço para um lugar de maior responsabilidade, ainda desconhecido, um tanto ameaçador. Se no estágio há o amparo e o anteparo da supervisão frente às atividades que são desenvolvidas, nesse período de finalização, alguns/algumas estagiários/as começam a sentir um estado de desamparo. Além de se depararem com o processo de finalização de alguns acompanhamentos, eles/as constatarem o fim do estágio, o fim do curso, vivenciam uma espécie de luto. Como, então, proceder quando surgem esses conflitos pessoais e profissionais, ao mesmo tempo em que se escuta e, na maioria dos casos, observa-se a necessidade de um suporte ao/à paciente que terá seu tratamento finalizado? Aqui as implicações da finalização se tornam um apelo de quem? Do/a estagiário/a? Do/a paciente?

Conforme identificamos diversos fios temporais que se cruzam no tratamento ofertado nas clínicas universitárias, interrogamos sobre como lidar com esses diferentes tempos, para que o trabalho desenvolvido não ocorra no âmbito de uma psicanálise selvagem. Como considerar que o tempo do/a paciente deve ser priorizado, quando estamos falando de um espaço institucional, que tem uma proposta e um funcionamento específicos, e consiste em um espaço de formação com um tempo limitado de estágio? Questionamos se nesse tempo-limite os apelos dos/as pacientes são identificados e considerados, como uma forma, inclusive, de facilitar o surgimento da dialética da demanda.

Como vimos no transativismo, será que o apelo de um/a paciente frente ao tempo possível de tratamento, é identificado por aquele/a que escuta e por quem supervisiona o caso?

Não temos respostas para muitas dessas perguntas; porém, convém estar atento/a a esses detalhes e para o importante cuidado nos momentos de encerramento de estágio e dos tratamentos. A partir da discussão realizada nesse tópico, a seguir iremos aprofundar sobre como os/as estagiários/as lidam com a finalização dos tratamentos.

6.3 Finalizar um tratamento: “é muito estranho”

Quando se aproxima o período da finalização do estágio, o/a estagiário/a se depara com o “*ter que*” encerrar os acompanhamentos, como frisou *E.2-II* e com o que foi posto pela *E.4-II*, “*fazer de uma maneira que o processo também se encerre bem, mas que poderia continuar, mas não tem como*”. O termo “*ter que*” encerrar surge como um imperativo, uma obrigatoriedade. O encerramento de um processo terapêutico por alta, por um consenso entre paciente e estagiário/a-terapeuta, por desistência e até mesmo por outras motivações, é diferente de finalizar por “*ter que*”. Lidar com o limite do calendário, que atravessa não só o estágio, mas o espaço institucional como um todo, nem sempre é tranquilo. Cada estagiário/a e cada paciente reagem a esse término à sua maneira.

Junto ao “*ter que*” finalizar, surge a pergunta: “*como vou fazer isso?*”. Nos grupos de conversação, eles/as comentam sobre uma sensação de estranhamento e quão é delicada essa finalização. Afinal, não se trata de falar “*ó, estou acabando no estágio, beijos se vira aí*”. Não. *Então encerrar de uma maneira que feche*”, conforme mencionou *E.4-II*.

Diferentemente de outros tratamentos, em um processo analítico, prioriza-se a relação entre paciente e analista. O vínculo é construído no decorrer do processo e, como discutimos sobre a transferência no segundo capítulo, ela é a mola propulsora do tratamento. Sendo assim, no contexto da clínica universitária, finalizar o tratamento envolve a relação singular entre estagiário/a-terapeuta e paciente, estagiário/a e supervisor/a, estagiário/a e instituição, paciente e supervisor/a, paciente e instituição.

Assim, naquilo que constitui um processo de finalização, é importante que não seja algo brusco e que haja um tempo mínimo para uma possível elaboração. Não sendo ainda o momento de concluir, mas sendo preciso finalizar ao menos com aquele/a estagiário/a, é necessário um tempo para compreender. Requer um cuidado de como o término pode ser abordado e “*qual tempo para isso no tempo que se tem*”.

Próximo ao término do estágio, *E.4-I* avalia certo impasse: “*como é que eu vou finalizar essas pessoas que eu acabei de pegar, que estão aí na fila de espera já há um ano?*”. As pessoas que estão na fila de espera há um tempo significativo deveriam continuar aguardando

ainda um tempo para que o acompanhamento tivesse início com estagiários/as que as atenderiam por mais tempo no serviço? Ou deveriam ser atendidas assim que houvesse uma disponibilidade, mesmo que em um curto período? Ou o detalhe do “tempo que se tem para aquele possível acompanhamento” deve ser priorizado? Essas considerações nos remetem à fixação do prazo do tratamento imposto por Freud (1918/1976), no caso do Homem dos Lobos, quando, além da não recomendação do estabelecimento desse limite, interrogamos aqui sobre a prática realizada, visto que no mesmo tempo em que a oferta do tratamento é feita, ele precisará ser interrompido. Nesse sentido, quando ainda se estaria no instante do olhar, impõe-se para o sujeito a conclusão/interrupção do tratamento.

Ainda sobre o encerramento dos acompanhamentos, *E.4-II* partilha suas inquietações e ressalta: “*você não sabe o que falar, ‘olha estamos acabando, o prazo está chegando ao fim’. É muito estranho falar isso*”. Ela, inclusive, planejou uma data para começar a conversar com os/as pacientes, mas foi surpreendida quando, em uma sessão um paciente lhe perguntou quanto tempo ainda teriam. “*Eu tive a sorte que eu não fui a pessoa que deu o pontapé, mas foi uma das pessoas que eu atendo, os meus pacientes, então o que eu estava me freando pra ter esse contato, acabou que eu me desprendi um pouco*”. Observamos a dificuldade da estagiária de se confrontar com o término do estágio e do quanto a antecipação do/a paciente a isentou de introduzir a questão, mas a obrigou a assumir o lugar ao qual estava resistindo. Frente ao estranhamento que a estagiária sentia, de algum modo, o término do tratamento também havia se tornado uma questão para o paciente. Ainda que tenha sido ocasional, fazemos a leitura de que essa dificuldade e estranhamento da estagiária foram transmitidos, quase que como um apelo ao paciente, que lhe devolveu sob a forma de uma demanda sua.

No grupo, após esta fala de *E.4-II*, *E.2-II* comenta sobre como tratou o assunto com os/as seus/suas pacientes. Ele relata: “*eu esperei o fim da sessão, porque acho que se eu começasse a sessão com isso, eu ficasse meio de inserir o assunto, assim, na fala da pessoa. Foi esquisitinho, porque a primeira coisa que elas falaram, acho que nas duas sessões, foram me parabenizar. E olha, eu falei, ‘estou terminando o curso e tal’, e eu confesso que eu não sei bem reagir, eu dei aquele sorriso amarelo*”. Esse estagiário mencionou sobre o quão delicado é “ter que” finalizar o processo terapêutico. Diante da sua fala, observamos que o “*estou terminando o curso*” foi o argumento encontrado para justificar e conversar sobre o encerramento dos casos. Nesse sentido, a finalização/interrupção do acompanhamento, a partir do fim do estágio, esteve associada a “temos que finalizar pois estou terminando o curso”.

Logo após, o estagiário menciona que foi esquisito ter sido parabenizado pelos/as pacientes, ter recebido essa devolutiva que denota certa relação de proximidade. Essas reações,

que surgiram dos/as dois/duas pacientes, permitem-nos pensar que ainda que eles/as fossem lidar com a separação, com o fim do tratamento, eles/as também puderam reconhecer o mérito da conclusão do curso daquele que os acompanhava.

Em relação à “sorte” de *E.4-II* e ao modo como *E.2-II* conversou com seus/suas pacientes, notamos que, mesmo que sejam estagiários/as com supervisores/as distintos, cada um definia, nessas circunstâncias, seu modo de conduzir o término dos tratamentos. Isso tanto em como abordar inicialmente esse assunto, em como as sessões seguintes aconteceriam ou não, como também sobre a finalização em si.

Já no segundo encontro do *Grupo I*, quando a turma estava no meio do estágio e faltavam cerca de três meses para sua conclusão, *E.5-I* trazia a angústia de não saber como finalizar os acompanhamentos. Ela partilhou: “*eu queria sair do estágio sabendo finalizar um atendimento. Será que eu nunca vou saber finalizar um atendimento? Olha só foi até aqui e “tchau”?* Isso está acabando comigo, isso de finalizar. [...] Quando o paciente para de ir e não dá sinal de vida, eu não vou mentir, fico ‘graças a Deus, menos um para eu repassar’, pronto, está sendo assim. E é isso, minha angústia é essa, não saber finalizar”. O significante finalizar, associado à angústia, e recorrente em algumas falas, chama a nossa atenção. Ainda que, em virtude do tempo que se tinha, esta não fosse uma questão urgente a ser resolvida, a estagiária dividia com o grupo o quanto não saber como finalizar um tratamento lhe afligia.

Assim, sendo o estágio uma experiência inicial de escuta, o “não saber como finalizar” nos direciona tanto para a dificuldade da conclusão/interrupção de um tratamento, quanto à identificação da temporalidade do momento de concluir. Aqui faz-se necessário estabelecer que há uma diferença entre as duas situações, pois quando se define pela interrupção, pela não continuidade do acompanhamento, não necessariamente quer dizer que se chegou ao momento de concluir. Além disso, como já ressaltamos, não é necessário um longo tempo de tratamento para que os efeitos terapêuticos ocorram; inclusive, é possível que o/a paciente considere um tempo curto de acompanhamento, um tempo suficiente para o que busca. Não é porque não se pode prolongar o tratamento com aquele/a estagiário/a, que não se possa também alcançar o momento de concluir. No entanto, essa instância temporal pode não ser facilmente identificada.

Observamos, também, a forma como essa estagiária se posicionou. Chamou a nossa atenção quando *E.5-I* endereça ao grupo a sua aflição, que se tornou um espaço para essa partilha. Parece-nos que ela vivenciava essa preocupação de uma forma mais isolada. Sua angústia foi acolhida, na medida em que outras pessoas compartilharam suas experiências. Ela estava buscando e pensando em meios de finalizar os casos, sem saber se esses/as pacientes ainda estariam comparecendo às sessões no momento do fim de seu estágio e, até mesmo, já

antecipava um certo alívio quando alguns/algumas pacientes desistiam do tratamento, pois não precisaria encaminhá-los/as. Constatamos, também, o modo como a estagiária se coloca na posição de, nesses encerramentos, ter que dar conta sozinha, como se o “ter que” e o “como fazer” não pudessem ser trabalhados/pensados junto à supervisão e à instituição.

Na sequência do grupo, a *E.3-I* ressalta uma experiência que teve em seu outro estágio: *“eu tive a experiência de finalizar, o paciente trazia uma demanda e a gente foi trabalhando, foi trabalhando, eu fiquei tipo assim, quase um ano com ela no meu outro estágio, e aí, tipo, de repente aquela demanda não estava mais sendo colocada, [...] Eu chego para minha supervisora e ‘eu acho que é o momento de ela caminhar sozinha’, porque realmente ela não está trazendo. Então, e isso foi muito satisfatório”*. Podemos observar que, ao compartilhar essa experiência de finalização, a *E.3-I* aponta para outras circunstâncias que poderão surgir no tratamento. Em seu caso, o encerramento ocorreu, porque houve uma avaliação de que aquele tempo era suficiente, em virtude do que considerava não mais haver uma demanda de tratamento. Chegou-se o momento de concluir. Consideramos a fala de *E.3-I*, como uma reação ao que a estagiária anterior endereçou ao grupo, demarcando uma distinção em relação à angústia que ela apresentava, posto que, para ela, finalizar também pode ser satisfatório. É um momento de avaliação do caso e de reconhecer possíveis mudanças e efeitos terapêuticos. Assim, a fala de *E.3-I* traz um contraponto, colocando outras possibilidades acerca desse momento, tanto para *E.5-I* quanto para os/as demais participantes do grupo.

No último encontro do *Grupo I*, o estagiário *E.4-I* relata sobre a finalização de um caso e suas repercussões. Ele comenta: *“eu falei ‘ó, vou terminar meu estágio e infelizmente meu contrato, não tenho mais como te atender e a gente vai ficar por aí, né?’ E aí ela falou, ‘ah, mas eu não posso viver sem minha terapia’. Aí fica essa questão, sabe? Porque assim, o sujeito que está pedindo isso”*. A reação da paciente parece ter sido uma resposta ao “infelizmente não tenho mais como te atender”. Para a paciente, este também se tornava um momento infeliz, visto que ela não poderia ficar sem terapia. Parece-nos que há uma incerteza quanto ao elo da paciente com a instituição, como se a continuidade do acompanhamento não pudesse ser garantida institucionalmente. Isso nos faz pensar na associação que, prontamente, é feita entre a finalização do estágio e a finalização do tratamento. O que está terminando é o estágio, e isso não necessariamente corresponde ao fim do tratamento. Inclusive, o tratamento poderá não só continuar, como também pode terminar antes do fim do estágio. Não está restrito a ele. Mais uma vez é como se o tempo-limite do estágio determinasse o fim do processo terapêutico, apesar da possibilidade de ele continuar, a partir do encaminhamento para outro/a estagiário/a. Refletimos sobre a relação transferencial estabelecida, sobre o vínculo formado com o/a

estagiário/a-terapeuta. É o fim da terapia com aquele/a estagiário/a. Colocado isso na relação terapêutica, como então conduzir esse encerramento?

Ao mesmo tempo, nesse grupo, *E.I-I* demonstra estar mais tranquila e afirma que: “*eu me vejo muito com muita autonomia assim de resolver essa questão, sabe? Sem necessariamente passar tudo para a supervisão. Eu acho que a gente, enquanto estagiária, consegue essa responsabilidade, né? E visualizar. Ter essa responsabilidade de encerrar ou dar continuidade*”. Desse modo, retrata que sente uma autonomia e com condições de avaliar se determinado caso deve ser finalizado ou encaminhado.

Os/as estagiários/as vivenciam a possibilidade do encaminhamento ou “repasso” (termo que, frequentemente, mencionaram) para os/as novos/as estagiários/as de uma forma intrigante. No início do estágio, eram eles/as que recebiam os/as pacientes encaminhados/as, os/as pacientes que estavam sendo atendidos/as pelos/as estagiários/as anteriores; agora, frente ao final do estágio, eles/as se deparam com o fato de precisar encaminhar alguns/algumas pacientes.

Junto a isso, as trocas de estagiários/as consistem em um importante atravessamento na dinâmica institucional, fato recorrente nos serviços-escola, visto que, a cada semestre, uma turma de estagiários/as conclui suas atividades. Laznik-Penot (1989) traz uma grande contribuição ao analisar a dinâmica estabelecida por uma criança psicótica em um serviço psiquiátrico. Ela realça os “acazos” institucionais e enfatiza “as idas e vindas” nas substituições de profissionais, modificações no quadro da equipe que não se podem evitar. Afirma que, em alguns casos, a criança psicótica determina, a partir de sua posição subjetiva, na circulação e endereçamento a profissionais distintos do serviço, o lugar por eles/as ocupado, ensejando repetições e uma certa estagnação nas posições e no tratamento.

A realidade das idas e vindas que configuram o espaço institucional nos permite pensar, no que concerne ao contexto da clínica universitária, nas sistemáticas substituições dos/as estagiários/as-terapeutas e no prolongamento de alguns tratamentos. Como vimos, a maioria daqueles/as que atendem no espaço tem uma atuação temporária, já estabelecida previamente pelo tempo do estágio. Embora, em algumas instituições, os/as estudantes, após o término do estágio, podem manter um vínculo via projetos ou cursos de pós-graduação, os/as integrantes que, normalmente, permanecem são os/as supervisores/as.

Junto à realidade da dinâmica institucional, Laznik-Penot (1989) comenta sobre os esquemas repetitivos que se apresentam não só na história do sujeito, mas que se atualizam na instituição, refletindo no tratamento, na própria condução do caso. Assim, fenômenos de cada

paciente podem se repetir junto a fenômenos institucionais, os quais, quando não identificados, podem acarretar impasses importantes na intervenção clínica.

Ressaltamos a relevância da identificação desses fenômenos de repetição e de como os/as integrantes se posicionam frente ao tratamento, para avaliar uma possível relação dessas condições com a própria noção de cronificação, que pautou a proposição desta tese. Como veremos mais adiante, a construção do caso é um importante dispositivo e que poderá auxiliar no evitamento dessas repetições, bem como contribuir no direcionamento do tratamento.

No próximo tópico, abordaremos como é para os/as novos/as estagiários/as atenderem pacientes encaminhados/as. Alguns/algumas, inclusive, afirmam que tentaram evitar o atendimento, e agora, frente ao momento final do estágio, percebem-se angustiados/as em ter que encaminhar esses/as e outros/as pacientes.

6.4 “Você já deve saber”: atendendo um/a paciente encaminhado/a

Começar a atender uma pessoa que estava em acompanhamento no serviço com outro/a estagiário/a remete à nossa problemática de pesquisa, a longa permanência de alguns pacientes. Primeiramente, de que forma se deu o encaminhamento? O que foi dito ou lido a respeito do caso? Como é para o/a estagiário/a se ver na posição de dar continuidade a um processo? Ocorre de uma forma tranquila ou também é sentido como um “ter que” atender? Avaliada a necessidade e o pedido do/a paciente em continuar sendo atendido/a, busca-se estabelecer a continuidade do tratamento e o início de uma nova relação terapêutica.

Sendo uma nova relação necessitará também construir esse vínculo. Porém, isso não está dado e também não se tem como prever ou garantir que haverá uma continuidade/adesão ao tratamento. É relevante pensarmos não só em como será para o/a paciente ser encaminhado/a e sua reação frente a essa decisão, mas também como é para o/a estagiário/a-terapeuta atender esse/a paciente. A disponibilidade do/a paciente e a do/a estagiário/a tangenciam o tratamento, possibilitando ou até mesmo impossibilitando a sua continuidade.

Nisso, já temos uma diferenciação quanto ao tempo de cada um no serviço. Enquanto o/a paciente encaminhado/a já conhece, ao menos um pouco, a dinâmica e as regras institucionais, o/a estagiário/a ainda é inexperiente, o serviço ainda lhe é desconhecido. Isso, inclusive, poderá se tornar uma questão na condução do tratamento. Considerando esse fato, no primeiro encontro do *Grupo II, E.2-II* manifesta que não queria atender um/a paciente que lhe fosse encaminhado/a, pois *“tinha a ideia de que assim, que se era a minha primeira vez e era a primeira vez da pessoa, ia ser um pouquinho mais fácil, eu tinha um pouquinho essa*

questão, mas eu peguei uma pessoa indiretamente que foi encaminhada". Para esse estagiário, atender um/a paciente novo/a no serviço lhe deixava mais confortável por pensar que, sendo "a primeira vez" de ambos, ou seja, algo desconhecido pelos dois/duas, em um processo terapêutico, seria mais fácil.

Nesse mesmo encontro, *E.3-II* diz acompanhar "uma pessoa que já passou acho que uns cinco estagiários. E assim, estamos aí, entendeu? [...] No começo é mais assustador porque a gente pensa tipo, nossa, a pessoa já teve um processo ali antes, mas acaba que a análise com cada analista vai ser diferente, então com o tempo você vai desconstruindo aquele medo e vai seguindo como um caso ou outro". "É mais assustador", pois, para ela, além de sua inexperiência, há uma espécie de comparação entre as pessoas e os processos. Para quem está iniciando, já ser colocado/a nesse lugar de alvo comparativo, e ter que lidar com isso, pode trazer alguns impasses. Sendo assim, analisamos a importância de o/a novo/a estagiário/a, ainda no início do estágio, conhecer o funcionamento do serviço, inclusive, sobre o processo de finalização e a prática de encaminhamentos.

Ainda sobre o que essa estagiária mencionou, a paciente, já acompanhada "por uns cinco" estagiários/as, faz-nos pensar no seu vínculo com a instituição, bem como se faz emblemático para o que colocamos em questão nesta tese. Será que o fato de ser uma pessoa já atendida no serviço há bastante tempo foi um suporte para estagiária nesse "início assustador"? Atentamo-nos aqui para o início do tratamento e para os endereçamentos que são feitos, incluindo o apelo que o/a estagiário/a irá endereçar à supervisão, para lidar com essa tensão.

O/a paciente, ao saber que será encaminhado/a, costuma perguntar: "precisarei falar tudo de novo?". Diante desse questionamento, alguns/algumas pacientes preferem até encerrar o tratamento e não serem encaminhados/as. Outros/as já chegam para os encontros iniciais, considerando que não precisarão falar nada, pois imaginam que o/a outro/a estagiário/a já passou tudo para o seguinte e que não é necessário manifestar suas queixas. A depender do modo como o encaminhamento e o atendimento são trabalhados em supervisão, o/a estagiário/a precisará situar o/a paciente acerca desse novo momento do tratamento, sendo importante, em alguns casos, solicitar que seja retomado o que lhe trouxe ao serviço. Com isso, observamos a importância de uma atenção à temporalidade desse tratamento. Se o/a paciente estava fazendo elaborações, ainda que um novo vínculo esteja sendo estabelecido, pensamos ser possível haver um seguimento no tempo de compreender.

E.1-II enfatiza que, ao atender um/a paciente encaminhado/a, frequentemente surgem alguns comentários, como: "eu já contei pra Fulana e assim acho que você já teve acesso aos

documentos, você já deve saber”, e é sempre aquela coisa, “você já deve saber porque você já leu meu prontuário”, e aí tem coisas que já contam como se a gente já soubesse, e aí tem todo aquele trabalho, “não sei, talvez saiba, mas me conte aí você, me fale novamente. Ir trabalhando com a palavra, que é isso que a gente faz”. Parece-nos que, nessas situações, é como se o/a paciente não tratasse esta relação enquanto um novo momento do tratamento, como se a mudança de estagiário/a-terapeuta não trouxesse repercussões no acompanhamento. Diante disso, pensamos na importância de o/a estagiário/a demarcar que ali se trata de um novo vínculo e pedir que o/a paciente fale ali sobre suas questões, *“ir trabalhando com a palavra”,* para que a nova relação seja construída.

No primeiro encontro do *Grupo I, E.1-I*, que atende o público infantil, compartilha um pouco sobre as crianças que lhe foram encaminhadas. Ela afirma: *“a maioria dos atendimentos que eu tive de encaminhamento, eu acho que foi possível estabelecer um vínculo bacana, uma transferência bacana”.* Essa é uma avaliação interessante, pois realça que, nesses processos que continuam com o/a novo/a estagiário/a-terapeuta, bons vínculos podem ser estabelecidos, além de considerar que o/a paciente, nesse momento inicial, poderá precisar de um tempo para lidar com a mudança e estabelecer uma nova relação.

Essa estagiária comenta que, em um dos casos, na primeira sessão, a mãe falava para a criança sem muita gentileza: *“fale como é seu tratamento! Você vai falar com ela [nova estagiária-terapeuta] igual você fala com fulano!”.* No atendimento infantil, geralmente atravessado pela presença dos/as adultos/as, evidencia-se não só a construção do vínculo com a criança, mas também com os/as responsáveis. Perante o que a estagiária nos trouxe, parece-nos que a mãe ansiava para que a criança continuasse nas sessões interagindo e falando como antes, apesar de estar diante de outra pessoa. A estagiária compreendeu que não é preciso forçar a construção de um vínculo. Esse período inicial seria um momento de adaptação, de forma que, aos poucos, a relação foi se estabelecendo.

Logo após a fala de *E.1-I, E.5-I* comenta sobre os dois encaminhamentos recebidos e aborda a reação de um dos/as pacientes. Ela ressalta: *“ele vem com tudo anotado, tipo, quando eu perguntei assim, “e aí, qual é sua demanda de procurar um serviço”? Tem na minha ficha, leia”, eu disse: “não, eu não vou ler, eu quero saber de você, eu sou uma nova pessoa, eu sou a mesma pessoa que te atendia?”*, ele: *“não”, eu disse: “pronto, então, eu quero saber de você”.* Tanto a fala da estagiária quanto a do paciente nos inquietou. É interessante pensarmos nos endereçamentos que foram feitos, bem como nas respostas que surgiram. Refletimos sobre como esse primeiro contato foi realizado, de modo que a estagiária pareceu receber o paciente como se fosse a sua chegada inicial no serviço. Este prontamente lhe responde no modo

imperativo, que se leia o prontuário. A estagiária, ao não ceder ao que o paciente lhe pede e conforme orientação da supervisão, de não ir “*com as mesmas impressões da outra pessoa que atendia*”, responde, a nosso ver, de uma forma pouco acolhedora. Pensamos sobre o que é esperado na continuidade de um acompanhamento, neste caso, por parte do/a paciente, assim como no que é ofertado, por parte do/a estagiário/a terapeuta. Consideramos que esse descompasso aponta para diferentes momentos do tempo lógico. Enquanto a estagiária remetia o tratamento para o instante do olhar, o paciente lhe apontava para outro tempo e apresentava resistência em sua retroação. Na referida situação, o paciente demonstra minimamente uma dificuldade de reagir às mudanças. Questionamos, sobre ele ter um funcionamento obsessivo e controlador, assim como nos faz pensar em como ele se apresentava nas sessões com o/a estagiário/a anterior. Talvez, ele também comparecesse com tudo anotado. Será que, da forma ocorrida, as suas dificuldades e condição clínica foram acolhidas pela estagiária?

Passam-se poucos meses e os/as estagiários/as se deparam com o momento de finalização do estágio e encerramento dos casos. Constatam a necessidade de avaliar e de conversar com os/as pacientes sobre quem terá o tratamento encerrado e quem será encaminhado/a. Aquele incômodo e receio inicial de atender pessoas que já possuíam um vínculo com o serviço já não estão presentes. Agora, precisam definir quais casos serão finalizados e quais serão encaminhados. Confrontam-se com alguns impasses, o do tempo-limite, o “ter que” finalizar, o “eu não posso viver sem minha terapia”, o “encaminhar para quem”. Trataremos, a seguir, sobre essas situações, bem como sobre essa mudança de posição.

6.5 Encerrar o tratamento ou encaminhar o caso?

Avaliado cada processo terapêutico, há a possibilidade de finalização do tratamento, assim como, diante da necessidade da continuidade, como vimos acima, é possível haver o encaminhamento para os/as estagiários/as que continuarão atendendo no próximo período, para os/as profissionais vinculados/as ao serviço, para os/as estagiários/as que iniciarão no semestre seguinte, assim como para outras instituições. Ao pensar que, dentro de pouco tempo, precisará encerrar o tratamento ou encaminhar os casos que acompanha, no segundo encontro do *Grupo I*, ou seja, na metade do estágio, *E.5-I* percebe-se angustiada. Faz uma retrospectiva acerca dos/as pacientes, que lhe foram encaminhados/as e do modo como ocorreram essas passagens.

Em sua fala, que faz alusão a um certo desespero por parte dos/as estagiários/as no ato de encaminhar os casos, ela observa que: “*alguns estagiários estavam saindo meio que quase que estavam implorando pra que a gente pegasse. Ia no privado: “e aí, pode pegar?”*”, e a

pessoa percebe esse desespero e acaba pegando o paciente [...] Eu peguei vários repasses e alguns novos que eu peguei, eu já fico pensando assim: “eu vou implorar pra quem pegar esses pacientes?”. Essa fala nos captura e nos mostra a angústia por ela vivenciada como um afeto comum aos/às estagiários/as, no tocante à finalização dos casos. Ao não ser mais a pessoa que irá “pegar o/a paciente”, ou seja, ao mudar de posição e ser a pessoa que “tentará encaminhar”, ela já questiona para quem vai “implorar”. É interessante observar como esse “desespero e o ter que implorar” se perpetuam em diferentes grupos de estágio. Também refletimos de que modo a finalização do estágio está sendo tratada pelas supervisões e pela instituição. É uma questão importante para o serviço. No ato do encaminhamento, consideram-se a necessidade/demanda do/a paciente e a necessidade/demanda do/a estagiário/a-terapeuta de formação e de conclusão?

É importante que o/a paciente seja incluído/a na avaliação do fim do tratamento. Ao saber do tempo que se tem, o/a próprio/a paciente poderá demandar a continuidade do processo, como também poderá avaliar se este tempo foi suficiente, indicando para o/a estagiário/a-terapeuta que não considera necessária a continuidade.

Quanto a essa avaliação, como já retratamos nas discussões acima, nem sempre o/a estagiário/a e o/a paciente lidam de uma forma tranquila. Sobre como fazê-la, *E.3-I*, nesse mesmo encontro do *Grupo I*, propõe: “*o paciente chega com determinada demanda, se a gente sentiu junto com o paciente que aquela demanda foi suprida, foi fechada, digamos assim, entre muitas aspas, por que não finalizar? Por que não dar vez para outra pessoa? Pra ter uma maior rotatividade, por conta da grande fila de espera?*”. Essa estagiária foi a que já havia vivenciado o encerramento de um acompanhamento em seu outro estágio, que retratamos no tópico 6.3. Ela observa a necessidade da finalização frente à resolução de questões e possíveis demandas que os/as pacientes endereçam ao tratamento, destacando também a preocupação com a grande fila de espera e a importância de haver uma rotatividade maior no serviço público.

No encontro seguinte deste grupo, a mesma estagiária comenta sobre uma paciente que, apesar de observar que seria importante uma continuidade, manifestou que gostaria de finalizar. “*É uma paciente que já está há muitos anos também no SPA, já está aí cerca de dois anos, acredito, de acompanhamento, e eu já estava pensando no caso dela, eu também sinto que é uma paciente que precisa de mais um pouquinho, mas ela já sinalizou que gostaria de encerrar comigo no período*”. Ainda que o/a paciente afirme o seu interesse em finalizar, isso não impede que a estagiária faça sua avaliação e a pontue junto ao paciente.

Assim, compreendemos a relevância de o/a estagiário/a expressar para o/a paciente a sua avaliação em torno do tratamento, não ponderando apenas o que o/a paciente lhe coloca.

Não podemos nos esquecer das particularidades que atravessam os serviços públicos, principalmente em relação à alta procura, à alta rotatividade e às limitações de assistência. Mas, apesar dessas particularidades, em se tratando de tratamentos que visam ao singular, faz-se fundamental não prescindir da ética do cuidado que norteia a prática psicológica.

Já no primeiro encontro do *Grupo II*, os/as participantes sinalizaram algumas preocupações quanto às condições do serviço-escola frente à finalização do tratamento ou encaminhamento/repasso do caso. *E.2-II* observa que: “*nem sempre vai ter estagiário suficiente para atender paciente a ser repassado. [...] “Será que a gente vai ter que eleger assim os casos que são mais, acho que precisam mais desse repasse, ou a gente vai ter que liberar todo mundo?”*. Nesse momento, o estagiário já estava atento ao fato de haver a diminuição na quantidade de estudantes, que ingressariam no período de estágio seguinte, questionando se precisaria “eleger”, quais acompanhamentos seriam encerrados e quais seriam repassados. A essa fala, *E.3-II* prontamente se posiciona: “*essa questão de encaminhamento mesmo que o E.2-II comentou é o embate que a gente vai começar a travar daqui a pouco, que é quando a gente vai encerrando o nosso processo, como é que vai ser?”*. Logo após, *E.2-II* enfatiza: “*o embate é ótimo*” e *E.4-II* dá seguimento: “*é embate mesmo. Vai fazer fumaça para disputar quem vai entrar*”. Comentaremos essa conversação, logo após a menção a seguir, que *E.1-II* realiza no encontro posterior, e que compreendemos tratar-se de um efeito desse embate.

Faltando menos de quatro semanas para o fim do estágio, no segundo encontro do *Grupo II*, *E.1-II* afirma: “*a gente está numa sinuca de bico para repassar os pacientes, a gente não tem estagiário para repassar*”. Eles/as se dizem em uma “sinuca de bico” frente à “eleição”, o “embate” e à “fumaça da disputa de quem vai entrar”. Os termos utilizados são muito significativos, remetem a um impasse, a um “não saber o que e como fazer a finalização”.

Além da redução da turma que viria a seguir, *E.4-II* traz a preocupação com o cuidado no encaminhamento. Ela interroga para o grupo: “*para quem eu vou passar essa pessoa? Não dá para passar pra qualquer um. Quem eu acho que vai conseguir fazer um trabalho bacana?*”. Isso remonta não só para o aspecto da ética profissional, a cautela ao encaminhar, a atenção em referenciar um/a profissional para outro/a em sofrimento, como também para a dimensão imaginária de quem ninguém poderá substituí-la. Quais critérios estão em jogo nesse impasse do encerramento/encaminhamento?

Essa estagiária expõe quais foram os critérios que utilizou para fazer essa avaliação. Menciona que, das pessoas que atende, três serão encaminhadas. Para esta definição, considerou a frequência desses/as pacientes ao serviço, a necessidade frente ao quadro clínico e o vínculo forte com a universidade que, especificamente, um/a deles/as possui. Porém,

outros/as pacientes lhe perguntaram sobre a possibilidade da continuidade. Ela então comenta: *“aí eu fui bem clara sobre a situação do serviço, que a gente estava com uma turma de estagiários grande, que é a minha turma, e que a gente está saindo. Vai entrar uma turma pequena, eu não tenho como garantir pra você que eu vou conseguir repassar você pra um estagiário ou uma estagiária que vai entrar. Além do mais, a gente tem uma demanda, uma fila, um pedido de atendimento muito grande”*. Vê-se que a estagiária compartilha com o/a paciente os limites da instituição e sobre “se estar em uma sinuca de bico”. Questionamos sobre o argumento utilizado, – saída de uma turma grande de estagiários/as e entrada de uma turma pequena - em virtude da exposição de dados sobre a organização interna do serviço. O/a paciente deve estar alheio ou não a isso? Além disso, observamos que, nessa situação, temos o término do estágio determinando o término do acompanhamento.

Como já comentamos anteriormente, em algumas clínicas universitárias há a presença de psicólogos/as, que, geralmente, além de atuarem na supervisão de campo, desenvolvem outras atividades e também realizam atendimentos. Apesar disso, a maioria dos atendimentos nesses espaços é realizada pelos/as estagiários/as. O maior ou menor número de estudantes nas diferentes turmas de estágio, que ingressam na clínica, repercute diretamente na quantidade de pacientes que conseguirão ser atendidos/as, afetando a decisão quanto aos encerramentos e aos encaminhamentos. A estagiária traz exatamente esse conflito, chamando-nos a atenção que coube a ela a definição de critérios e quais pacientes conseguiria encaminhar, quais não seriam possíveis, ainda que solicitassem por isso.

A fala de *E.4-II* ressoa no grupo. *E.2-II*, que, no encontro anterior, questionava sobre “fazer uma eleição”, nesse momento, volta a falar de suas inquietações e nomeia o processo de finalização de seleção. Ele relata: *“a dor de uma pessoa é singular, então não necessariamente é mensurável, quem está sofrendo mais, quem está sofrendo menos, então assim até esse trabalho de fazer essa seleção é muito delicado, muito complicado”*. Identificamos a preocupação com esse momento e, diante das condições do serviço, deparamo-nos não só com o fato de “ter que” encerrar, como também com o impasse de “qual dos casos” o/a estagiário/a conseguirá encaminhar, visto que não poderá fazer com todos/as que precisam/solicitam. Concordamos com *E.2-II*, de que a dor de uma pessoa é singular e imensurável. Nessas situações de “embate”, qual lugar é dado para as demandas que se constroem ao longo do tratamento, especialmente aquelas que são endereçadas quando da proximidade de seu possível término?

Diante desse relato, *E.4-II* retoma a palavra e reflete sobre as pessoas que atende. Comenta que elas estão vindo, porque precisam. Ao mesmo tempo, *“dentro da configuração*

atual de serviço, acaba que você tem que fazer uma escolha de “quem tem maior necessidade de estar aqui? Quem realmente não tem condições de pagar? Quem não tem como se organizar pra ir pro serviço privado?”. Perante as limitações, não se tem como, na avaliação do tratamento, ignorar a capacidade e configuração do serviço. Aqui, pensamos na relevância do lugar da instituição e da própria dinâmica do serviço-escola, na repercussão do caso em si. Pensamos sobre como as peculiaridades, que envolvem a substituição frequente de seus/suas integrantes, podem provocar nos acompanhamentos um tempo de conclusão, antecipando-se ao momento de concluir. A decisão de encaminhar ou finalizar não está restrita à necessidade/desejo do/a paciente nem à relação entre estagiário/a-supervisor/a-paciente, mas ao que é possível em termos institucionais. O modo como *E.1-II*, *E.2-II*, *E.3-II* e *E.4-II* abordam esse conflito nos remete mais uma vez a uma espécie de desamparo, e nos leva a pensar de que forma a instituição se posiciona frente a isso, bem como se ela assume sua responsabilidade.

Ao ser observado que o encaminhamento interno era colocado como a única alternativa, ou seja, apenas encaminhar para outros/as estagiários/as da própria clínica universitária, perguntou-se no *Grupo I* sobre a possibilidade de encaminhar os/as pacientes para outros espaços. *E.5-I* avalia que, quando ficava nos plantões, “*chegava já muito encaminhamento de serviço externo [...]*. *Aí eu fico pensando como está atolado, tudo atolado*”. O estar “tudo atolado” nos direciona para o que discutimos no segundo capítulo acerca da desproporcionalidade entre a demanda e a capacidade de acolhimento que atravessa os serviços públicos de saúde, refletindo nos serviços universitários. Como, então, direcionar os casos para essas instituições, se nelas também existem listas de espera e, muitas vezes, estão sem vagas para novos acompanhamentos? Além disso, também verificamos a fragilidade da comunicação entre os diferentes serviços e instituições, de modo que não há articulações e diálogos com a rede de saúde, mesmo que enfrentem dificuldades em comum, como a da superlotação.

Após a fala de *E.5-I*, *E.4-I* reflete sobre a alta procura e as listas de espera, bem como sobre a responsabilidade que implica as finalizações e os encaminhamentos: “*a gente provavelmente não vai resolver, a gente não vai abater essa lista, a E.5-I pode pegar mais trinta pacientes que não vai abater, que não vai abater essa lista por nada assim, isso não é responsabilidade do estagiário, isso é problema da instituição também, e o perfil da turma não condizer com, enfim, a clínica, isso aí é realmente algo que foge, né?*”. Chama a nossa atenção a utilização e a recorrência do termo “abater”, comumente empregado na referência à/ao morte/sacrifício de animais. A forma que foi utilizada nos remete à expectativa de que haja uma eliminação dessa lista, e aqui perguntamos se esta seria uma tarefa possível. Isso aponta também para a dinâmica institucional, a fragilidade da rede pública de saúde, de modo que o

estagiário denuncia um conflito que escapa a sua relação com o/a paciente, destacando a responsabilidade dos serviços públicos, mais especificamente, do serviço-escola frente a seus limites e desafios.

Importante discutir acerca do lugar da supervisão diante desses impasses. Como a finalização dos tratamentos é acompanhada pelos/as supervisores/as? Há uma implicação perante essas dificuldades? No encontro inicial do *Grupo I, E.2-I* afirma, com base nos comentários dos/as estudantes que fizeram estágio na clínica, que os/as estagiários/as de sua supervisora “*sempre dão essa prioridade para o repasse, para o encaminhamento. Que é a supervisão que mais tem esse cuidado em relação a esse encaminhamento dos pacientes, porque às vezes acaba ficando solto, pacientes que estão no serviço não dão continuidade porque termina o estágio e não tem esse repasse*”. Essa fala tem um impacto, posto que, entre as diferentes turmas de supervisão, circula que essa supervisora prioriza o encaminhamento, o que dá uma sustentação e suporte aos/às estagiários/as frente às angústias do tempo-limite de estágio e às conduções necessárias. Nisso, supomos que uma atenção à temporalidade do sujeito frente ao tratamento é também uma responsabilização dessa supervisora, na medida em que se procura respeitar as demandas do tratamento.

No *Grupo II, E.4-II* afirma que o seu supervisor “*fala pra gente se organizar a respeito dessa finalização ou desse repasse, então é uma coisa assim que eu vi acontecer no período passado quando eu estava no nono. Então eu já tenho uma noção das orientações deles, do que ele indica fazer ou não, para eu proceder agora*”. No momento em que o grupo de conversação aconteceu, a estagiária já havia recebido orientação em sua supervisão, ao passo que, na turma de supervisão de *E.2-II* e *E.1-II*, a finalização do estágio e seus direcionamentos ainda não tinham sido trabalhados. *E.1-II* partilha que: “*na supervisão a gente ainda não lidou diretamente sobre essa questão de repasses, do fim do estágio e tudo mais. A gente vai ter uma supervisão amanhã, que a gente puxa esse assunto, porque realmente está bem em cima do término do estágio e é isso*”. Diante das falas sobre as diferentes turmas de supervisão e o encerramento do estágio nessa instituição, observamos que cada supervisor/a conduz à sua maneira, não havendo uma padronização no tempo de começar a trabalhar junto aos/às estagiários/as essas questões, bem como verificamos que as orientações de finalização não são, necessariamente, comuns.

Na instituição em que atua, *S.L.* menciona a possibilidade de encaminhamentos de alguns/algumas pacientes para profissionais externos/as à universidade. Ao partilhar sobre a permanência de alguns casos na instituição, ressalta sobre as diferentes situações clínicas, incluindo os/as pacientes que têm maior comprometimento, os/as que participam dos grupos,

e também, em relação aos/às que não possuem um comprometimento mais grave, mas que continuam em atendimento na instituição por um tempo maior. Em relação aos/às últimos e ao tempo do estágio, ela expõe que, a depender das condições financeiras, alguns/algumas poderão ser encaminhados/as para esses/as profissionais. Estes/as, geralmente, são antigos/as estagiários/as da clínica universitária, que fizeram pós-graduação e têm seus consultórios.

São pessoas que, de alguma forma, os/as supervisores/as acompanham para além da universidade, pois alguns/algumas estão em formação em instituição psicanalítica, outros/as em supervisão. São pessoas que, segundo S.L., estão dando continuidade de uma maneira responsável ao trabalho de estudo, de formação e supervisão. Então, quando alguns casos chegam em um *“determinado ponto, a gente sugere ao cliente ser encaminhado para fora da clínica-escola, para ser acompanhado por uma dessas pessoas, sabe?”*. Ela destaca que alguns/algumas estudantes de psicologia que estavam em acompanhamento na clínica universitária, quando o período de estágio se aproxima, na maioria das vezes, são encaminhados/as para essas pessoas.

Com isso, avalia que o fator financeiro é um aspecto importante a ser considerado nesses encaminhamentos, pois, na clínica universitária, o tratamento possui valores diferenciados (em torno de trinta reais por sessão), de modo que um possível encaminhamento depende da disponibilidade do/a paciente para assumir um tratamento particular. Quando não é possível, o acompanhamento é mantido no espaço do serviço. Ela analisa que: *“alguns clientes que estão em atendimento podem pagar, outros não podem, porque aqui na instituição trabalhamos com valores diferenciados, aí eles fazem a opção e às vezes de continuar sendo atendido aqui porque ele não consegue pagar o valor ao terapeuta fora, mas enfim a gente tem essas três situações: esse de comprometimento grave, esse de por exemplo, o aluno que era cliente da clínica e a gente encaminha e vai para um desses terapeutas, o cliente que já está há um certo tempo e a gente também encaminha, e aquele que está num certo tempo, mas não vai porque tem os limites financeiros”*. Destacamos a preocupação da supervisora para que as peculiaridades de cada situação sejam ponderadas e levadas em consideração na decisão a ser tomada ao término do estágio de cada estagiário/a-terapeuta.

Já S.B. ressalta que, quando há a conclusão do estágio e na avaliação realizada, há indicação para encaminhamento o caso, é feito todo um esforço para que o/a paciente continue em acompanhamento com algum/a estagiário/a, que fará parte da sua turma de supervisão. A esse respeito, afirma que programa *“a entrada e saída dos estagiários sem que a gente precise encaminhar o paciente da nossa equipe para outra equipe, por melhor que ele venha ser atendido na outra equipe, eu acredito piamente nisso, eu acho que alguém que está*

acompanhando o percurso de tratamento há cinco, dez, quinze anos tem algumas, digamos assim, tem mais facilidade, tem alguns recursos”.

Aqui, verificamos que a responsabilidade do/a estagiário/a nesse encaminhamento é compartilhada em supervisão. Na fala de *S.B.*, vê-se o cuidado para que aquele caso continue sendo acompanhado por um/a estagiário/a da sua equipe. Ela realça a importância dessa prioridade, visto que o conhecimento do caso facilita, por exemplo, identificar circunstâncias que são desencadeantes de uma crise psicótica e que podem ser evitadas. Ou seja, o conhecimento da história e a preservação desse acompanhamento, via supervisão, possibilita um compromisso e uma continuidade com o/do tratamento. A pessoa que conduz o caso será outra, mantendo-se, entretanto, a figura de supervisão. Esse é um detalhe relevante, inclusive para que sejam observados, junto ao/à estagiários/as, os efeitos terapêuticos, os avanços, as repetições e possíveis fixações nesses processos.

Quando o período do/a estagiário/a chega ao fim no projeto que *S.C.* coordena, avalia-se a proposta da continuidade. O supervisor relata como é feito o encaminhamento do caso. Nessa situação, verificamos que a vinculação do/a estagiário/a não é apenas com o estágio curricular, mas especialmente com o projeto. Ao ser avaliada a importância da continuidade da assistência a determinado paciente, *S.C.* realça a relevância de saber quem será o/a estagiário/a que seguirá com o caso. Este/a estagiário/a deverá estar vinculado/a ao projeto e poderá ser um novo/a integrante ou alguém que dele já participa. Quando o término do estágio se aproxima, é feita uma espécie de transição: as sessões acontecem com a presença do/a estagiário/a, que está encerrando o estágio junto a presença daquele/a que, possivelmente, dará continuidade ao caso.

Desse modo, assim como *S.B.* propõe, os casos continuam sendo acompanhados por estagiários/as do mesmo grupo de supervisão. Entendemos que isso possibilita uma espécie de “continuum” no tratamento, de modo que dificilmente o/a paciente ficará “descoberto/a, sem atendimento”, além do acolhimento e cuidado nessa transição. Nesse contexto, destacamos não apenas a transferência institucional frente ao tratamento do/a paciente, mas também a relevância de se considerar a natureza do projeto e seus objetivos na dinâmica transferencial, que se estabelece entre paciente, estagiário/a, supervisor/a e projeto.

Considerando os diferentes meios de se conduzir o momento de finalização de estágio e de avaliação acerca dos tratamentos, a supervisão tem um lugar fundamental no direcionamento do que poderá ser feito. Observamos que, sendo uma responsabilidade compartilhada, permite ao/à estagiário/a uma avaliação do caso de forma mais tranquila, visto que, apesar de ser ele/a quem deve dirigir o tratamento, no âmbito de um serviço-escola, ele/a

não é o/a único/a responsável pelo caso e sua condução. O/a supervisor/a é responsável pelo/a estagiário/a-terapeuta e pelo/a paciente. Como verificamos nesta pesquisa, são diversos os aspectos que compõem e que atravessam o tratamento na clínica universitária, de forma que não cabe apenas ao/à estagiário/a esse “*embate*” (citado por *E.3-II*, a respeito da finalização do estágio e dificuldade de encaminhamento). As falas dos/as estagiários/as apontam para uma angústia, e em algumas turmas, eles/as parecem assumir uma total responsabilidade pela avaliação do caso, o que não é sem efeitos, podendo provocar um impasse e refletir diretamente na dinâmica do serviço e nos atendimentos.

Para avançar nessa discussão, trataremos a seguir sobre os/as pacientes que continuam em acompanhamento no serviço por um tempo prolongado, seja através dos encaminhamentos que são feitos, seja quando eles/as retornam após um período de afastamento. Há quanto tempo esses/as pacientes são atendidos/as e que tipo de vínculo constroem e mantêm com esse espaço? Para além dos casos em que o prolongamento se faz necessário, o que a permanência estendida de alguns/algumas pacientes no serviço pode indicar?

6.6 Longa permanência e cronificação do tratamento

Como afirmamos, nesses espaços, existem casos que estão em acompanhamento há um tempo significativo. Podem ser pacientes que, desde que iniciaram o tratamento, não se desvincularam do serviço, sendo encaminhados/as, a cada término de estágio, para outro/a estagiário/a. Além disso, podem ter iniciado o atendimento há um tempo, ter desistido/encerrado por diversos motivos, mas decidido retornar. Esses detalhes só poderiam ser verificados mediante uma análise dos prontuários psicológicos, o que não foi nosso objetivo. Partimos dessa inquietação, observamo-la presente nas narrativas de estagiários/as e supervisores/as, o que nos fez problematizar a longa permanência, a partir de então.

A proposição de Costa (2006), acerca da cronificação da queixa, fez-nos pensar no/a paciente que continua, muitas vezes, sem constituir uma demanda de tratamento e/ou ultrapassagem do que se coloca como atuação por um ato de fala do sujeito. Diante das discussões realizadas nesta tese, ampliamos a proposição de Costa (2006). Partimos da queixa, contudo, interrogamos sobre o tratamento. Assim, fomos confrontados com a complexidade dessa clínica e com o enredamento dos arranjos, que envolvem o tratamento institucional. Não se trata apenas da cronificação da queixa, mas dos demais impasses que surgem frente aos atendimentos, a partir da transversalidade de aspectos que constitui o serviço-escola, e que poderão acarretar o que pensamos em termos de uma cronificação do tratamento.

Definimos como cronificação do tratamento a situação que retrata alguns casos de longa permanência nas clínicas universitárias, embora a cronicidade não esteja restrita ao tempo de tratamento. Não se trata de pôr em questão o tempo ideal de tratamento na clínica universitária. Não delimitamos qual seria o tempo/duração que consideraríamos um tratamento crônico, pois partimos da ideia de que cada tratamento é singular, de que o tempo lógico subverte o tempo cronológico e de que alguns casos requerem efetivamente um tempo maior de acompanhamento. Problematizamos o prolongamento dos casos, quando há uma dificuldade no endereçamento da demanda, quando o/a paciente está vinculado/a ao serviço por vários anos, havendo uma cristalização da queixa que impossibilita modificações no próprio modo de o sujeito lidar com seu sofrimento. Entretanto, não nos limitamos ao/à usuário/a e suas dificuldades. Por tratarmos de clínicas universitárias, não podemos, conforme vimos ao longo desta escrita, desconsiderar a natureza formativa e particularidades, que se entremeiam na oferta dos serviços. Dessa forma, a cronificação do tratamento está relacionada com os diversos aspectos que atravessam o tratamento e que impedem, por vezes, o surgimento da dialética própria da demanda (Lacan, 1957/1999).

Ao se referir à paciente que lhe foi encaminhada, *E.3-I* fala do tempo em que ela está em atendimento na clínica, afirmando que já “*tem um tempão, já tem uns quatro estagiários, e ela já sabe um pouco o manejo da terapia*”. Esse “tempão” referente ao vínculo da paciente com a instituição, depende do início e da duração de cada um desses acompanhamentos. Não tivemos muitas informações sobre o que trazia essa paciente ao serviço; a estagiária referia o conhecimento que a paciente tinha sobre a dinâmica do tratamento mediante os processos terapêuticos anteriores e de como ela ansiava pelo manejo do atual processo.

No *Grupo II, E.4-II* reflete sobre o tempo em que alguns/algumas pacientes estão em acompanhamento e afirma que tem pessoas que estão vinculadas ao serviço há muito tempo, há muitos ciclos de estágio. Ao lhe perguntar sobre a ideia de quanto tempo seria esse “muito tempo/muitos ciclos”, ela relata sobre casos “*de às vezes estar no terceiro, quarto estagiário. E aí, se a gente for parar para pensar, é muito tempo de vínculo com o serviço. Tem casos que eu compreendo essa questão do tempo de permanência de vínculo no serviço, porque existem pessoas que numa estrutura que é psicótica, tem vínculo com a instituição, é muito dificultoso o trabalho de desvincular, de fazer um vínculo com outra instituição, então a gente compreende a permanência. Tem outros casos que não, porque já está ali naquele ciclo, então repassa, repassa, repassa. Vai trocando de estagiário, estagiária, ali no ciclo sem fim*”. Ela também realça as limitações que envolvem o serviço público e as implicações disso frente ao prolongamento de alguns casos.

Percebemos uma variabilidade de situações que determinam a longa permanência no serviço. Casos em que se constata uma necessidade e uma dificuldade no encerramento/encaminhamento pelas condições clínicas do sujeito; casos que estão em um ciclo sem fim, fazendo-nos supor uma fixação do sujeito na mesma posição subjetiva. Tal como apresentamos no quarto capítulo, indagamos: haveria, nestas últimas situações, uma cristalização da queixa?

No mesmo encontro, logo em seguida, *E.2-II* relata sobre “*um paciente que já utilizou o serviço uma vez e voltou para a lista de espera, aí depois entrou no serviço de novo, nesse caso, ele é um dos pacientes que eu vou ter que repassar e justamente por essa questão que eu falei da ideação suicida. Um caso muito assim, difícil, para mim mesmo que houve bastante estudos, e eu vejo que é um paciente que ele volta por um motivo, entendeu?*”. Ele conclui sua fala avaliando que é um paciente que possivelmente continuará vinculado ao serviço e terá uma permanência mais prolongada, contudo, enfatiza que: “*não é um repasse sem motivo*”. Ou seja, diante do término do estágio, *E.2-II* define que este será um caso encaminhado/repassado, a partir do que o paciente lhe endereça e da possível demanda que se construiu. Apesar de esse paciente estar sendo direcionado para o terceiro estagiário/a, não se observa um estado de “ciclo sem fim”. A permanência, nesse caso, não é da ordem de uma cronificação, de uma estagnação. A decisão pelo encaminhamento ocorreu diante da escuta, que foi realizada e das queixas implicadas, frente às condições subjetivas do paciente, de modo que o prolongamento do acompanhamento se faz necessário.

No decorrer do grupo, esse estagiário reflete sobre a existência do serviço e a continuidade do funcionamento do serviço frente ao lugar que assumiu na clínica junto com sua turma de estágio, em meio às repercussões da pandemia e aos diversos aspectos e dificuldades que se apresentam nesses espaços. Ele então comenta: “*Eu espero que tenha serviço daqui há sete, seis, dez anos. [...] Essas filas de espera, essa alta rotação muito abrupta de estagiários, é algo que pode vir a ser prejudicial no serviço como um todo, mas é algo que eu espero que não aconteça, que ele [o serviço] continue se reinventando, que ele continue evoluindo, que ele continue presente, porque ele faz uma diferença na vida de outras pessoas*”. Constatamos como esses atravessamentos são vivenciados pelos/as integrantes do serviço-escola, de uma forma que a própria sobrevivência desse ambiente, diante das suas particularidades e limitações, passa a ser questionada. Há uma preocupação com a manutenção da existência da clínica-escola. Pois, apesar dos desafios existentes, as suas potencialidades são evidenciadas.

No segundo encontro do *Grupo I, E.4-I* afirma ter recebido o encaminhamento de uma pessoa que estava há mais de dois anos em acompanhamento, “*quase três anos, então assim, já passou por inúmeros estagiários, sabe-se lá quantos, né?*”. E questiona: “*e por que aquela pessoa persiste, né? Sabemos que tem uma fila de espera X, né? A gente sabe que essa fila de espera é muito grande*”. Aqui, confrontamo-nos com o/a paciente que está há algum tempo em atendimento. Surge uma interrogação sobre o que o/a mantém no serviço, que, na verdade, pode haver diversas motivações. A instituição pode ser um lugar de referência para o sujeito na busca por um saber acerca do seu sofrimento; o atendimento pode ser um espaço para catarse, para o blá-blá-blá, para o queixar-se; assim como o tratamento poderá estar evoluindo. Mas, frente a isso, a dificuldade da grande lista de espera já se interpõe. Assim, qual lugar é dado para as condições clínicas desse paciente? Ao mesmo tempo, qual lugar é dado para os/as que estão na grande lista de espera? A permanência prolongada, no discurso de *E.4-I*, é tida como um impasse para as listas de espera. Consideramos que essa associação feita assinala uma posição crítica e legítima, impactando no tempo que se aguarda na lista, mas essa situação também não exime a importância de pensarmos na responsabilização para com o/a paciente que está em acompanhamento.

Quando é perguntado nesse grupo se os/as estagiários/as acham que o/a paciente tem noção/ciência do tempo, ao menos possível, de tratamento, *E.5-I* afirma que acha que o/a paciente não sabe. Frente aos *e-mails* que chegavam para a clínica universitária, aos quais os/as demais estagiários/as tinham acesso, afirma que muitos/as usuários/as “*sabem que o serviço ali, independente dos estagiários que estiverem no nono, se está entrando, se está saindo, é uma coisa que sempre vai existir, então é como se fosse algo contínuo, “olha eles estão indo embora, mas o serviço vai permanecer e outras pessoas vão chegar. [...] Alguns e-mails chegam assim, “olha, porque eu era atendida pelo fulano de tal, mas eu ainda estou precisando”, sabe?*”. Essa análise é interessante. Conceber o serviço desse modo nos remete a pensar no vínculo e na transferência com a instituição que são estabelecidos. Além disso, o que foi trabalhado com esse/a paciente? Que a responsabilidade da procura seria dele/a? Será que, mesmo não direcionando o caso para alguém específico/a, foi dada uma garantia dessa continuidade?

Quanto a essas solicitações, ao ser comentado sobre o recebimento de *e-mails*, *E.2-I* observa que chegam “*alguns de uma forma assim, “ah, era atendido por fulano, mas eu estou precisando e poderia dar continuidade. [...] Não sei se isso é uma culpa do estagiário ou da estagiária, do supervisor, enfim, não finaliza aquilo. Então, fica meio que no ar se vai ter ou não, e aí por não ter esse retorno, o próprio paciente fica sem saber se aquilo vai continuar*”.

E complementa: *“é como se o ciclo não se encerrasse para aquele paciente, então alguns têm aquela finalização e depois buscam de novo o serviço e alguns não têm aquele ciclo encerrado. É como se ficasse no ar, se tiver um estagiário disponível, pode ser que continue. Então, eu acredito que é muito uma demanda dos próprios estagiários, supervisores, não sei, de manter aquilo ou então de encerrar”*. Constatamos que os/as antigos/as pacientes ou os/as que ficaram sem um encaminhamento mais direcionado, utilizam o recurso do *e-mail*, que marca um registro, como forma de solicitar a continuidade. Chama a nossa atenção quando esta estagiária afirma que o/a paciente “fica no ar”, “é como se o ciclo não encerrasse”, ou seja, o/a paciente fica à espera de um contato, quando, muitas vezes, isso não ficou amarrado ou definido, seja em supervisão, seja junto ao serviço.

Esse fato, somado ao que discutimos no tópico anterior sobre as limitações e condições do serviço, como a redução do número de estagiários/as, pode provocar uma confusão para o/a paciente, bem como para o próprio serviço. Verificamos a importância de um fechamento daquele ciclo com aquele/a estagiário/a, para que o/a paciente não “fique no ar”. Até porque esse momento de finalização pode produzir um efeito importante. Pode provocar uma mudança na forma de o/a paciente lidar com seu sofrimento, e de serem reconhecidos alguns avanços, ao ponto de isso atravessar o novo acompanhamento. Questionamos sobre a recorrência de situações como as que chegam por *e-mail* e que, também, surgem presencialmente. Como responder aos apelos de continuidade que são endereçados? Qual a especificidade do que cabe a cada integrante, devendo-se implicar-se nesse processo os/as estagiários/as, supervisores/as, instituição, pacientes? Como a trama que se constitui nesses espaços e os seus impasses atravessam os casos que envolvem um “ciclo sem fim” ?

Ainda no mesmo encontro do *Grupo I, E.4-I* sugere a importância da discussão sobre a permanência prolongada de alguns casos, sobre a finalização do estágio e dos tratamentos. Ele reflete sobre o que pode ser melhorado a partir de conversas e reuniões com os/as integrantes do serviço, que poderia repercutir, inclusive, enquanto um legado para a próxima turma de estágio e para o serviço em si. O estagiário faz um comentário sobre os encontros que tivemos, *“isso produziu, acho que pra todo mundo aqui uma questão importante de que vamos trabalhar aí, vamos trabalhar essa questão finalização, falta pouco tempo [...] acho que a gente é capaz, de repente pensar alternativas para melhorar o serviço deixar um certo legado, assim, para o pessoal que está chegando que é um pessoal legal também, enfim”*. Aqui realçamos, assim como em outros momentos dos dois grupos, o efeito da conversação, na medida em que, a partir da associação livre coletivizada (Miller, 2003), há uma proliferação de significantes que produzem a invenção de uma solução singular. As narrativas, ao longo dos encontros,

possibilitaram uma repercussão entre os/as participantes a respeito dos diferentes acontecimentos, que se entrecruzam nos serviços-escola e que se refletem nos tratamentos.

Ao pensar sobre os casos que estão em acompanhamento nesses serviços há vários anos, *S.F.*, que já traz uma particularidade no modo de conduzir a finalização do estágio em seu grupo e frente à recente decisão institucional de um tempo-limite de dois anos de acompanhamento para os/as pacientes, enfatiza a transferência com a instituição. Ela relata a situação em que o/a paciente já não tem mais um sofrimento urgente, mas continua em “atendimento na federal”. Há um vínculo com a universidade “federal”, que pode até mesmo prevalecer no tratamento e provocar essa permanência. Chama a nossa atenção o significante “federal”, até mesmo pelo fato de o espaço de trabalho da pesquisadora ser numa universidade federal. Remetemo-nos também à referência à “católica” (universidade onde a pesquisadora realiza o Doutorado), significante que circula socialmente. Convém destacar, nesse sentido, que os tratamentos realizados nesses serviços-escola não acontecem em qualquer instituição. São realizados na “federal” e na “católica”, instituições que promovem e “detêm” o saber, de modo que não se pode desconsiderar o lugar imaginário, que socialmente lhes é atribuído, e de como isso enlaça cada sujeito em sua busca pelo serviço.

A supervisora supramencionada, também, chama atenção para os vínculos que os/as pacientes desenvolvem com os/as funcionários/as da clínica psicológica. Avaliamos como esses vínculos podem ser identificados, no decorrer do tratamento e nas supervisões, pois são aspectos significativos e que podem compor o manejo clínico.

Na entrevista, *S.L.* comenta sobre os possíveis efeitos terapêuticos que poderão surgir no tratamento com o/a novo/a estagiário/a, indagando “*qual é o encontro que vai acontecer com o próximo terapeuta. Às vezes, chega alguém que renova, né? E que aquele cliente faz avanços que não tinha feito com o anterior. Às vezes não dá certo. Às vezes, inclusive, o cliente pede para mudar. Cada caso é um caso*”. Como será o encontro do/a paciente que permanece com o/a novo/a estagiário/a? Na medida em que esse encontro acontece, isso poderá ser avaliado. Poderá haver uma identificação com o/a novo/a estagiário/a, inclusive, avanços no tratamento poderão surgir, bem como isso poderá não acontecer e o tratamento não ir adiante. Nisso, refletimos também sobre a aposta, que é feita em torno desse novo encontro, tanto pelo/a estagiário/a anterior, quanto pelo novo/a estagiário/a e pelo/a próprio/a paciente.

S.B., que na entrevista mencionou sobre o esforço que é feito para que, no caso de uma continuidade, o/a paciente seja atendido/a por alguém da sua equipe, sustenta um posicionamento muito interessante sobre a longa permanência: “*nós temos vários de longa permanência, o que eu considero um aspecto positivo, não vejo isso como um déficit ou como*

uma deficiência do atendimento”. Ela apresenta alguns casos que estão em acompanhamento, por muitos anos nesse espaço, fazendo referência a uma paciente, *“um caso de muito difícil diagnóstico”*, que está em atendimento há mais de vinte anos, com alguns avanços no decorrer do tratamento. Desse modo, *S.B.* ressalta que a paciente, diante de suas condições, poderá continuar em acompanhamento no serviço durante o tempo que quiser. Situar o prolongamento, enquanto um aspecto positivo, remete-nos a pensar que a permanência no tratamento por vários anos não diz respeito a uma cronificação, ao impedimento do surgimento da dialética da demanda, mas se refere ao tempo lógico de cada sujeito, aos casos em que o prolongamento se faz necessário.

A supervisora assume que a complexidade do caso e a exigência do quadro psíquico são os motivos que mais impactam na longa permanência. No tempo que pode lhe ser destinado, priorizam-se as suas queixas e suas dificuldades. Não quer dizer que muitos dos aspectos que apresentamos no decorrer deste estudo não interfiram e não atravessem as situações clínicas no serviço-escola em que *S.B.* atua. Contudo, no momento da avaliação frente ao término do estágio, a necessidade do/a paciente é priorizada e sustentada pela implicação e responsabilização da supervisora.

Também, nessa perspectiva, *S.H.*, ao mencionar a permanência em tratamento no serviço, relata que, muitas vezes, o/a paciente continua em acompanhamento por alguns anos com a mesma pessoa que lhe atendeu inicialmente, pois esta poderá se inserir em projetos de extensão ou curso de especialização, cujo tempo de duração está para além do tempo do estágio, continuando a atender na clínica, como psicólogo/a em meio a esses vínculos. Observamos que, nesse espaço e frente aos casos que são acompanhados por pessoas que continuam no serviço via projeto ou curso, os encaminhamentos não são recorrentes, o atendimento, geralmente, é dirigido pela mesma pessoa do início. Esse supervisor afirma que os motivos de o/a paciente permanecer em acompanhamento por um tempo prolongado sempre são relacionados ao aspecto psíquico, enfatizando que: *“sempre se tentou fazer prevalecer a questão psíquica, seja no critério de pagamento, seja no critério de disponibilidade de horários”*.

Nessa perspectiva, *S.C.* comenta que, junto aos/às integrantes do projeto que desenvolve com outra professora, realizam reuniões e discussões sobre os/as pacientes, visando a construção do caso clínico. Ele apresenta essa prática, enquanto uma ferramenta importante, e realça que ela pode constituir um meio de evitar a cronificação do tratamento. Pensamos em como também a construção do caso pode auxiliar nos casos em que há um ciclo sem fim e dificuldades na construção da demanda de tratamento. A singularidade de cada caso, bem como

as variadas situações que recaem no tratamento, poderão ser analisadas através desse dispositivo clínico. Assim, a seguir, sustentamos a construção do caso como uma prática a ser instituída nas clínicas-escola e que visa contribuir com a direção do tratamento, auxiliando tanto na formação do/a aluno/a quanto na assistência aos/às pacientes.

6.7 A construção do caso como um dispositivo clínico

A construção do caso envolve uma indagação sobre a direção do tratamento, pautada, especialmente, na transferência e nos impasses que o caso coloca. Não se trata de um dispositivo que visa responder todas as incógnitas, que atravessam o acompanhamento e o próprio sujeito. Não obstante, a sua construção visa elaborações sobre o caso. O caso não está pronto, como o próprio termo diz, busca-se a sua construção e a partilha de determinados elementos, que estão relacionados à singularidade do caso, com vistas a encontrar “o seu ponto cego” (Viganó, 2010, p. 2).

Desse modo, pensar sobre o dispositivo da construção do caso nos remete prontamente aos casos clínicos freudianos publicados, os quais transmitem o modo peculiar de Freud na formulação da sua teoria inacabada. Quando ele escreve os casos não faz apenas no sentido de ilustrar conceitos, mas de ressaltar, também, apresentando o que a teoria não responde, abrindo espaço para novas elaborações. A construção do caso não visa uma reprodução da teoria e nem responder a todas as questões e aos impasses suscitados. Ao discutir sobre o lugar do caso clínico, Vorcaro (2010) ressalta a importância do esgarçamento na continuidade imaginária da teoria e da sustentação dos seus equívocos e encobrimentos. Ela, então, propõe:

Transformar o atendimento clínico em um lugar de interrogação sobre a própria teoria psicanalítica e sobre sua transmissão convoca o clínico a suportar o insabido, testemunhando as ocorrências da clínica problematizando conceitos que lhe são correlativos e expondo-se à refutação (Vorcaro, 2010, p. 20).

Nesse sentido, a construção do caso não visa a explicação e nem a demonstração da teoria, mas, frente aos questionamentos feitos, busca-se sustentar um espaço para o insabido, para que a teoria continue em movimento, seja nas reformulações, seja nos paradoxos, seja nas novas elaborações. Frente ao caso clínico, Freud fundou conceitos que se tornaram fundamentos psicanalíticos, assim como revisitou e problematizou algumas ideias e suas próprias intervenções. Isso pode ser observado, como mencionamos, na situação do tratamento

do Homem dos Lobos, quando, mesmo tendo se passado um tempo após a sua publicação, o paciente volta para o tratamento e Freud (1918/1976, 1937a/1975) retorna ao caso já publicado, com o acréscimo em notas e em textos posteriores, enfatizando sua preocupação com a legitimação de algumas práticas e concepções clínicas.

Também, nessa perspectiva, Broide (2017) analisa que o caso clínico indaga a produção psicanalítica. Ele “não se restringe a afirmar o já conhecido, mas abre-se às múltiplas possibilidades de investigação e descobertas” (p. 92). A autora realça que o caso traz em si o impossível, que o relato contém, não sendo o objetivo compreendê-lo integralmente, mas sim dar ênfase “à trajetória da narrativa da escuta realizada pelo supervisionando - seus pontos de impasse, o que foi ficando pelo caminho, seus atalhos e suas procrastinações” (p. 92). O seu objetivo é problematizar a teoria, fazendo-a avançar. É uma prática que, a todo momento, convoca o processo de formação e que poderá produzir repercussões no acompanhamento. Aqui, realçamos a ética que atravessa esta prática, pois, ainda que o caso seja revisto, relido e publicado, ele poderá suscitar reconstruções e progressos teóricos.

Recordamos o que abordamos no item 6.1 deste capítulo, sobre tratamentos que têm resultados favoráveis em curto tempo, mas que “permanecem em grande parte insignificantes no que diz respeito ao progresso científico” (Freud, 1918/1976, p. 22). Pensamos que a construção do caso ocorre, geralmente, diante de acompanhamentos que produzem questionamentos para o/a analista, que envolvem uma complexidade e que podem estar relacionados a tratamentos cuja duração é mais longa ou não, pois essa ferramenta não visa uma exposição de detalhes a longo prazo, mas apresenta o que se torna enigma para o tratamento, bem como quais articulações teóricas são possíveis de serem realizadas, incluindo o que escapa a isto e interroga a própria teoria.

No que concerne à construção da teoria psicanalítica, consideramos o que Dunker et al. (2023, p. 7) afirmam: “um caso clínico emerge de uma experiência de singular tratamento, ele constitui uma versão particular do método de investigação e pode aspirar, finalmente, a exprimir achados e evidências em uma linguagem universal, por meio de narrativas, conceitos ou matemas”. Os autores partem do âmbito da singularidade do tratamento e da particularidade do método de investigação, para refletir sobre o que, a partir da construção do caso, poderá alcançar o campo da universalidade. De forma semelhante, Coppedê e Paulon (2023) mencionam que a escrita de casos implica uma transição constante entre a singularidade, que traz a marca da relação transferencial, e a generalização, que possibilita a sua transmissão, tornando-a pública. Assim, as cenas clínicas, ao serem elaboradas durante a escrita do caso,

possibilita uma construção teórica que, ao ser publicada, orienta e realça a prática clínica. É uma forma de sustentação e validação do exercício da psicanálise.

A esse respeito, Figueiredo (2004, p. 79) observa que: “nunca é demasiado lembrar que o caso não é o sujeito, é uma construção com base nos elementos que recolhemos do seu discurso, que também nos permitem inferir sua posição subjetiva [...]”. Entendemos que essa construção é uma narrativa ficcional, visto que não se trata de uma transcrição de sessão e nem se refere ao relato/estudo de um caso, mas é um produto do encontro entre analista e paciente. Dessa maneira, além da história clínica e de se buscar apresentar os impasses, as surpresas e as invenções, a escuta, as intervenções e o estilo do/a analista também são partes dessa construção. Quando o/a analista decide construir um caso, essa escolha já remete à dimensão transferencial, ou seja, por que esse caso? Por que esse/a paciente?

Broide (2017) enfatiza que, nesta construção, há uma implicação daquele/a que escuta por aquilo que ouviu de outro/a. Destacamos a relevância dessa observação, pois, à medida que o/a analista se debruça a pensar o caso, a refletir sobre “os pontos cegos”, há uma aposta da sua implicação, repercutindo no tratamento e na relação transferencial. O/a analista reflete sobre os seus tropeços, a sua escuta, as suas intervenções, sobre o seu lugar perante o encontro com o/a outro/a e o que este/a lhe convoca. Assim, sua produção não se trata de um compilado, de um material acabado, mas de uma construção como o próprio termo diz, com vistas a produzir efeitos nas intervenções do tratamento.

As elaborações advindas das super-visões também integram essa narrativa. Nesse sentido, Dunker (2018) considera que a supervisão visa “[...] auxiliar o supervisionando em seu próprio trabalho de construção de caso” (p. 27). E acrescenta que essa construção “[...] funciona como uma espécie de agregado de hipóteses que permitem avaliar o progresso da situação do tratamento e a direção da cura” (pp. 27-28). Assim, frente ao encontro com a supervisão, as orientações e intervenções visam a formulação de hipóteses em torno do caso apresentado, bem como a aposta da evolução do tratamento.

Ao escrever sobre a construção e a formalização dos casos clínicos, Dunker e Zanetti (2023) observam que:

no tratamento, portanto, quem associa livremente é o paciente, mas, na supervisão é o analista e na construção do caso é o seu destinatário imediato, na figura dos ouvintes, e seu destinatário opaco, na figura dos que podem ter acesso a publicação. (p. 33)

Trata-se, para os autores, de um percurso, que, partindo da narrativa do/a paciente frente ao encontro privativo com o/a analista, passa do oral ao escrito, do privado ao público, do narrativo ao conceitual, resultando, na partilha de elaborações e de novas construções teóricas.

Para Viganò (2010), a construção do caso clínico é um potente instrumento de formação e também uma forma de avaliar e melhorar a qualidade clínica do trabalho. Ou seja, a partir da escuta do caso e da partilha que é feita, seja em um espaço interdisciplinar, no qual os diversos/as profissionais envolvidos/as farão suas exposições a respeito do caso em questão, seja no espaço da supervisão, em que se buscarão orientações nessa condução, constrói-se um saber sobre o caso, uma nova leitura sobre o tratamento, uma nova direção das possíveis intervenções clínicas.

Importante ferramenta do tratamento nas instituições de saúde mental pautada em práticas interdisciplinares (Figueiredo, 2004; Viganò, 2010), enquanto prática de orientação do tratamento, ressaltamos sua potencial contribuição no contexto das clínicas-escola, enquanto dispositivo clínico que, além de auxiliar na formação do estudante, repercute diretamente nos acompanhamentos, qualificando o próprio espaço em questão.

Como abordamos, a construção do caso impõe a implicação dos/as integrantes envolvidos/as no processo, visto que a sua escrita, as hipóteses e as elaborações, daí advindas, poderão auxiliar na identificação dos jogos de posições existentes, no transitivismo, e no entrecruzamento das demandas de formação e assistência que tangenciam o tratamento. Além disso, considerando a frequente substituição daqueles/as que conduzem o caso, frente ao término do estágio e a decisão pela continuidade do acompanhamento, esta prática nos permite analisar as repetições e questões transferenciais na relação com o/a estagiário/a-terapeuta e com a instituição.

Pensamos, também, em como a construção do caso pode contribuir com os encaminhamentos para os/as estagiários/as que darão continuidade ao tratamento, bem como, ao estender a discussão para outros/as estagiários/as e supervisores/as da clínica, a própria construção seguirá numa reescrita que trará efeitos na direção do tratamento.

Uma ressalva importante é que a construção do caso não passe a compor os protocolos das clínicas universitárias, devendo ser distinto daquilo que é registrado no prontuário, cuja produção é obrigatória e que diz respeito à regulamentação profissional do psicólogo. Não se trata, como vimos, de um registro de sessão ou de um relato do atendimento. Busca-se realçar justamente o que surge como questão na experiência clínica.

Diante dessas discussões, observamos a singularidade das situações que transpassam a cena clínica, incluindo o tempo que se destina para um acompanhamento. Reafirmamos que,

nesta tese, não se tratou de definir que tempo estaria associado à cronificação de um tratamento, pois, conforme vimos nas falas dos/as participantes da pesquisa, os motivos que contribuem com essa permanência são diversos, desde o quadro psíquico e sua complexidade, os ciclos sem fim em que há uma dificuldade do/a paciente na implicação do tratamento, as condições sociais, a referência institucional, os jogos transferenciais, as posições ocupadas pelos/as integrantes, os entrecruzamentos das demandas de formação e de assistência. Nos acompanhamentos em que há uma permanência prolongada e/ou uma dificuldade na construção de demandas, ressaltamos que o dispositivo de construção do caso possibilitaria o encontro com a singularidade do caso e uma identificação de se estaria em questão ou não uma cronificação do tratamento. Além disso, apontamos que o dispositivo da construção do caso clínico permite analisar se em alguns casos se trataria de uma cronificação do tratamento ou de uma cronificação do saber. As demandas de formação do/a estagiário/a, na busca pelo saber, as demandas do/a supervisor/a e da instituição, a depender de como sejam tratadas, poderão produzir um impasse no jogo de posições que envolve a complexa dinâmica das clínicas universitárias. Desse modo, considerando a natureza desses serviços, formação e assistência, e o lugar do saber universitário em meio aos entrecruzamentos das demandas, destacamos a necessária e continuada discussão, nos e entre os grupos de supervisão, sobre o que está em jogo nos casos em acompanhamento.

Sendo assim, diante do caso reportado por *S.B.*, sobre uma paciente de difícil diagnóstico e que está em acompanhamento há mais de vinte anos na clínica universitária, vê-se que o tempo limitado do estágio não foi/é um impedimento para a continuidade desse tratamento, assim como essa duração parece não estar relacionada a uma cronificação, mas ao tempo lógico, que sustenta o tratamento psicanalítico, e à transferência com a instituição. Da mesma forma, um/a paciente pode estar no serviço há dois, três anos, em um percurso atravessado por uma cristalização da queixa, em que os diversos “fios” que incidem no tratamento, a depender de como sejam identificados e manejados clinicamente e institucionalmente, poderão se tornar “nós”. Esses “nós” nos fazem pensar no enlace, no que amarra, mas também à ideia de “nó cego”, que diz respeito ao embaraço, ao impasse. A isto denominamos de cronificação do tratamento.

Problematizar o tempo de tratamento no serviço-escola nos convoca imediatamente para a especificidade dessa clínica, que envolve uma relação entre paciente-estagiário/a-supervisor/a-instituição, os diversos jogos de posições dos/as seus/suas integrantes e o entrecruzamento das demandas de formação e de assistência. Inicialmente, interrogamos sobre o tempo prolongado e a dificuldade na construção de demandas, supondo a presença do

fenômeno da cronificação do tratamento. No entanto, durante a pesquisa, ampliamos nossa investigação, pois fomos fisgados pela complexidade dessa clínica, que abrange uma série de tensões e atravessamentos.

No mundo neoliberal em que vivemos, em meio às exigências de produtividade e aceleração, a entrevista de *S.B.* nos convoca a pensar em uma forma de resistência. Indagada sobre a hipótese da cronificação do tratamento de alguns casos, ela chama a atenção para “*não incorrer nessa crença do mundo, dessa produtividade neoliberal, que as coisas que se prolongam no tempo têm algum defeito de funcionamento. Acho que a gente pode cair nisso, porque às vezes a nossa função vai ser essa de propiciar alguma estabilidade em vidas que estão à beira do trágico, às vezes trágicas*”. Essa partilha foi muito interessante, pois nos remete à defesa da singularidade da demanda e do desejo de tratamento em detrimento das exigências neoliberais.

Safatle et al. (2021) tratam o neoliberalismo não apenas enquanto um modelo socioeconômico, mas como gestor do sofrimento psíquico, ou seja, é aquele que gera e gerencia o sofrimento psíquico. Para eles, “cada época prescreve a maneira como devemos exprimir ou esconder, narrar ou silenciar, reconhecer ou criticar modalidades específicas de sofrimento.” (p. 12). E continuam: “[...] no contexto do neoliberalismo, encontramos manuais e estratégias para literalmente confeccionar novas doenças, para as quais se dispõe de novas medicações” (p. 12). Ou seja, para todo e qualquer sofrimento, um diagnóstico, um protocolo terapêutico e medicamentos. Os conflitos existenciais e sentimentos que surgem a partir das diversas situações, que perpassam a vida do sujeito, nessa perspectiva, são tamponados, aqui não há tempo nem para o sujeito tentar expressar o que sente.

Refletimos sobre a aceleração e o pragmatismo, além do intenso consumismo, que são aspectos que configuram a cultura atual e denunciam a prevalência da indiferença. Resistir e pensar sobre os modos dominantes de subjetivação, ou seja, sobre os aspectos coloniais e patriarcais, que envolvem uma cultura heteronormativa, podem possibilitar o esvaziamento da reprodução de práticas clínicas conservadoras. A sociedade e a clínica necessitam constantemente vivenciar enfrentamentos e transformações para lidar com os sujeitos contemporâneos.

Nesse imediatismo, o tempo de compreender é atropelado, por que não dizer denegado, pela urgência em concluir. Em alguns casos, ainda que o instante do olhar perdure e seja repleto de blá-blá-blá, é o que o/a paciente tem a falar. E se ele/a persiste no tratamento, talvez seja no anseio do alcance de outro tempo. Distante do uso de protocolos, é preciso se estar atento ao

que a transitoriedade do estagiário/a na clínica-escola possibilita a/à aquele/a que comparece. E o que aquele/a que é atendido/a supõe naquele espaço e naquela oferta.

Como discutimos no capítulo dois, a clínica universitária é constituída pelos aspectos sociais e culturais, de modo que, para pensarmos sobre determinados casos e fenômenos, não podemos desconsiderar o contexto social e as marcas de sua época, continuamente presentes no *setting* terapêutico. Ainda assim, nesse mundo produtivista, entendemos a importância de sustentarmos o questionamento em torno de algumas permanências, nesses serviços, que não fazem o sujeito avançar, justamente por considerarmos a proposição freudiana (1917b/1976) de que o sintoma está relacionado com as experiências da vida do paciente, não sendo restrito a um único determinante. Nessa perspectiva, consideramos que a construção do caso faz-se uma ferramenta importante para discutir e pôr em questão os atravessamentos que incidem na permanência prolongada de alguns/algumas pacientes, podendo assim apontar ou não para uma cronificação do tratamento.

Considerações finais

Foi diante da experiência da pesquisadora, enquanto psicóloga em uma clínica-escola, que se observou a permanência prolongada de alguns/algumas pacientes junto a uma dificuldade na construção de demandas, tornando-se, assim, uma questão para investigação. Inicialmente, a ideia era pensarmos nos impasses entre a queixa e o surgimento da demanda nos casos atendidos nesse serviço; contudo, frente às especificidades da clínica universitária e por ser um espaço de formação e também de assistência, interrogamos sobre o tratamento.

A partir do objetivo principal deste trabalho, que foi problematizar a permanência prolongada de alguns/algumas pacientes, em clínicas universitárias, e os impasses na construção de demandas, considerando o jogo de posições ocupadas por seus integrantes - usuários/as, estagiários/as, supervisores/as e instituição. Apresentamos, primeiramente, uma fundamentação teórica acerca do nosso campo de estudo, em que a discussão sobre as possibilidades e tensionamentos na relação entre psicanálise e universidade foi importante para refletirmos sobre a prática da clínica pública universitária. Em seguida, ao descrevermos a trajetória metodológica utilizada, enfatizamos como ocorreram as entrevistas com os/as supervisores/as e os grupos de conversação com os/as estagiários/as.

As falas dos/as supervisores/as possibilitaram um olhar acerca da complexidade do trabalho nesse contexto, assim como expressaram a singularidade do funcionamento de cada instituição e de cada supervisão. Constatamos que, ainda que as entrevistas tenham ocorrido individualmente, elas conversaram entre si. Os/as entrevistados/as abordaram formas semelhantes de funcionamento das supervisões e dos serviços, assim como relataram diferentes e possíveis meios de atuação face aos desafios que esta clínica convoca.

Os grupos de conversação foram nomeados, enquanto um espaço para os estagiários/as compartilharem suas experiências, suas dúvidas, suas angústias, suas intervenções, bem como “ver que eu não estou sozinha”, “ouvir pessoas que estão no mesmo lugar do que eu”, “cada momento que a gente tem de partilhar e de trocar figurinhas é sempre muito proveitoso, porque daí pode aflorar muita coisa”. Observamos como a temática da finalização do tratamento, bem como da cronificação do tratamento foi algo que surgiu e que eles/as colocaram em evidência. Assim, entendemos que a proposta dessa pesquisa produziu uma repercussão nos grupos, visto que foram relatadas preocupações e algumas saídas para pensarmos na dinâmica e funcionamento desses espaços, nas demandas de formação e assistência, bem como na finalização do estágio e na finalização ou continuidade dos tratamentos. Os diversos aspectos transversais, a dimensão da temporalidade, da implicação subjetiva, da cronificação do

tratamento foram assuntos que entraram em cena, não apenas nos grupos, mas alcançaram as suas experiências clínicas e de estágio.

De repente, comentavam que conversavam entre si ou com os/as outros/as colegas sobre determinados temas, que foram levantados na conversação, que levaram para a supervisão a questão do prolongamento de alguns casos, ou que ainda não tinham conversado sobre certas questões com o/a supervisor, mas que estavam preocupados/as em como tomariam alguns direcionamentos. Dessa forma, entendemos que essa prática culminou em uma pesquisa-intervenção. Consideramos o apelo, que foi feito pelos estagiários/as do décimo período em relação à possibilidade de participação, como algo que tocou na proposta de nossa pesquisa, visto que envolvia as demandas de formação, e que prontamente resolvemos acolher. Sugerimos, assim, que nas clínicas-escola sejam criados espaços, para além da supervisão, em que os/as estagiários/as possam conversar sobre a experiência do trabalho, que é desenvolvido nesse espaço, incluindo suas dúvidas, anseios e dificuldades.

Ainda que os/as supervisores/as e os/as estagiários/as-terapeutas, participantes da pesquisa, ocupem posições distintas no âmbito da clínica universitária, além de possuírem um tempo de experiência de trabalho diferente, consideramos que as falas deles/as e entre eles/as demonstraram uma continuidade. Diferentemente da noção de complementaridade, visto que isso nos traz uma ideia de fechamento, nossa pesquisa buscou realçar como os jogos de posições, que atravessam o tratamento e a formação desenvolvidos nesse espaço são diversos.

Outra reflexão importante, que foi evidenciada e sentida por mim, enquanto pesquisadora, durante os grupos de conversação, foi o lugar do infamiliar (Freud, 1919/2019); uma inquietante estranheza, que atravessou todo esse processo de investigação. Uma vez tendo se tornado um campo de pesquisa e investigação, a clínica universitária, ainda que fosse um ambiente conhecido e de trabalho da pesquisadora, despertou a sensação de estranhamento, dado o encontro, propiciado pela pesquisa, com o novo, com o insabido, com o inesperado.

Frente às proposições freudianas acerca das (im)possibilidades entre psicanálise e universidade, assim como em relação à prática psicanalítica em clínicas públicas, buscamos realçar as suas repercussões, a partir de uma discussão teórico-conceitual. Deparamo-nos com a presença da psicanálise na universidade desde o seu início, ou seja, ainda que a formação do/a analista prescindia da formação universitária, Freud, desde os primórdios da psicanálise, já discutia ideias e conceitos psicanalíticos no espaço da universidade.

Ressaltamos, também, a sensibilidade e o compromisso ético de Freud que, atento à implicação da dimensão sociopolítica da destruição provocada pela guerra, ao já conceber a inseparabilidade entre clínica e social, propõe a criação de clínicas públicas e isso não fica sem

efeitos. Observamos como os/as seus/suas discípulos/as reconheceram a importância dessa visão e abraçaram a causa, de forma que eles/as foram os/as responsáveis pela implantação de cerca de doze clínicas. Aqui, registramos também a importância da obra de Danto (2019), que nos possibilitou o acesso a descrições em torno da fundação e da organização de cada uma dessas clínicas, realçando diversos detalhes, os quais alguns relacionamos com a clínica universitária.

Passados mais de cem anos, continuamos observando os efeitos dessa aposta freudiana, que tentou ser silenciada por muito tempo. Não negamos que esse silenciamento teve a ver com o fechamento desses espaços em decorrência da Segunda Guerra Mundial, mas questionamos sobre os atravessamentos da tentativa de apagamento da expansão de uma prática psicanalítica. A própria obra freudiana não apresenta muitos detalhes dessas fundações e de seus funcionamentos. De forma que, apesar de Freud (1919b/1976) ter anunciado a necessidade dessa expansão e reformulações que precisariam haver na técnica, observamos que ele não aprofunda e nem retorna a isso. As contribuições advindas desta prática surgiram, principalmente, dos/as psicanalistas da época e dos/as pós-freudianos/as.

Destacamos a clínica-escola enquanto espaço de interseção entre a psicanálise e a universidade, visto que a partir da prática do estágio em clínica de orientação psicanalítica, é possível pensarmos em algumas aproximações. Nesse sentido, retomamos França Neto (2009), ao enfatizar que a clínica é o real dentro da universidade e, nesse sentido, sendo da ordem da contingência, excede o saber universitário, escapando a tudo saber. A presença do/a supervisor/a analista, ultrapassando o discurso do mestre, que visa a tudo responder, põe-se a trabalhar, com os estagiários, frente ao inusitado da clínica, permitindo um espaço para o que não se sabe, portanto, para a emergência do discurso analítico.

Podemos afirmar que a pesquisa e a clínica universitária consolidam a interlocução entre a psicanálise e a universidade, pois excedem o saber universitário e, nesse sentido, mantêm viva o que é próprio da psicanálise, a contingência.

Observamos algumas semelhanças entre as clínicas públicas freudianas e o trabalho desenvolvido no âmbito da clínica pública universitária. Ambas se referem a um espaço de escuta a pessoas, que em sua maioria, não tem condições de arcar com um tratamento particular. Além disso, tem como proposta a formação e a produção de conhecimento e o atendimento a comunidade. Em meio às semelhanças e as diferenças, são instituições que possuem a marca “pública”, com aspectos comuns na dinâmica dos tratamentos.

Não é incomum que a instituição universitária, que é um espaço de produção do saber, do conhecimento, seja concebida enquanto um local de referência. O significante “federal” é

anunciado para se referir ao espaço em questão e remete à posição institucional perante o vínculo que se faz. A dinâmica desse espaço, seja na natureza dos serviços ofertados, no seu modo de funcionamento, na integração de sua equipe, no vínculo que é estabelecido, incide nos acompanhamentos. Consideramos que esse é um fato institucional muito relevante e, em meio às interrupções/finalizações dos tratamentos e nas continuidades, merece ser considerado e pensado em cada caso de uma forma particular.

Uma especificidade do serviço-escola, que teve grande relevo no discurso dos estagiários e supervisores, diz respeito às diferentes temporalidades, que envolvem o período de estágio e o tempo de um tratamento. Como vimos, os/as estagiários/as participantes dos grupos apresentaram algumas aflições referentes ao momento de finalização, que, além implicar a conclusão dos atendimentos, independentemente de se o caso continuará em acompanhamento ou não no serviço, é também o momento de conclusão do curso universitário, a passagem para a vida profissional. Além disso, há contingências na dinâmica da clínica-escola, que geralmente incidem nessa preocupação, como por exemplo, a alta procura pelo atendimento, as listas de espera, a diminuição do quantitativo de estagiários/as da próxima turma. Para que haja a constituição de uma demanda, é necessário um tempo e também é preciso considerar a implicação do/a analista no tratamento.

No discurso dos/as supervisores/as, sobressaiu a posição de que, além da complexidade do caso, deve-se priorizar as condições psíquicas do/a paciente na avaliação da continuidade do tratamento. Junto à supervisão, e a responsabilização deste lugar, busca-se pensar o que poderá ser feito diante de cada tratamento, em meio a proximidade do término do estágio, além de se refletir também sobre a responsabilidade institucional em meio a isso. Apesar de ser o/a estagiário/a quem conduz o caso, e de em alguns momentos, quando surgiu o assunto da finalização nos grupos, uns/umas mostraram certo desamparo, é válido ressaltar que ele/a está institucionalmente sob supervisão, de modo que a responsabilidade sobre o acompanhamento deve ser compartilhada.

Deparamo-nos, também, com a fala recorrente dos/as supervisores/as entrevistados/as acerca da importância da realização da análise pessoal do/a estagiário/a. O interessante também foi isso ter surgido nos próprios grupos de conversação, quando alguns/algumas mencionaram sobre a condição de se estar em análise para auxiliar na escuta ao/a outro/a. Muitos/as, diante da mudança de posição, que envolve o ser estudante e o tornar-se estagiário/a, decidem iniciar a sua própria experiência analítica quando se confrontam com o imprevisível da clínica.

No que diz respeito às noções de queixa e demanda para a psicanálise, ressaltamos que o queixar-se não é suficiente para que se constitua uma demanda de tratamento, que se dá no

âmbito da relação transferencial, implicando na responsabilização do/a paciente diante daquilo de que se queixa e na participação do/a analista nesse processo. No contexto da clínica universitária, frente à inexperiência do/a estagiário/a e as suas demandas de formação, além do que, é preciso considerar o que se busca ao procurar por um atendimento psicológico, poderá haver alguns entraves nessa constituição. Sendo a demanda uma demanda de amor (Lacan, 1957/1999), não se deve desconsiderar o que faz o/a paciente permanecer em tratamento, ainda que essa demanda de tratamento não tenha sido formulada. Entendemos, assim, que o blá-blá-blá do/a paciente pode ser compreendido, como o que ele/a tem a oferecer, ou até mesmo o queixar-se pode ser seu próprio sintoma, além de ter encontrado nesse espaço um lugar para falar das suas mais corriqueiras dificuldades.

Frente às três instâncias que envolvem a demanda, propostas por Aulagnier (1990), o/a demandante, o objeto demandado/ e o/a respondente concebemos como a ocupação de diferentes posições ocupadas remetem à dinâmica do transitivismo (Bergès & Balbo, 2002). A ideia do jogo de posições auxiliou a pensarmos na tríade entre paciente, estagiário/a-terapeuta e supervisor/a (representando também a instituição), que demarca esta clínica e que se apresenta nos tratamentos realizados. Diante disso, consideramos o estudo do transitivismo como uma importante referência teórica para pensarmos o serviço-escola e a trama que nele se constitui. Para refletirmos sobre um impasse que determinado caso clínico nos traz, é necessário pensarmos nos jogos de posições ocupados por seus/suas integrantes. Esse argumento justifica a nossa decisão em problematizar o tratamento, visto que, se o/a paciente é assistido/a no serviço e permanece por um tempo prolongado, não se tem como escapar de interrogar qual a posição do/a estagiário/a-terapeuta frente a isso, bem como o lugar da supervisão, a dinâmica e a intercorrências institucionais, assim como as queixas e o que diz respeito ao sujeito em questão.

Nossa hipótese foi a de que a dinâmica institucional, a fixação das posições ocupadas pelos/as seus/suas integrantes e o atravessamento das variadas demandas que a compõem poderiam provocar uma cronificação do tratamento. No entanto, fomos surpreendidos com a complexidade de aspectos, que envolvem a clínica pública universitária, de forma que buscamos apresentá-los, discuti-los, além de percebermos que a cronificação do tratamento não justifica todos os casos que têm uma permanência prolongada nesses espaços.

O relato de um supervisor acerca de uma prática na clínica universitária da qual ele faz parte, fez-nos propor, como contribuição desta tese, a construção do caso clínico, enquanto dispositivo clínico que pode contribuir com as clínicas-escola como meio de orientação e direcionamento do tratamento, tangenciando assim o entrecruzamento das demandas de

formação e de assistência. Consideramos que o tempo de cada tratamento na instituição, sendo curto ou prolongado, perpassa a singularidade de cada caso e as relações que se constituíram, de forma que a implantação desse dispositivo também nos auxiliaria na identificação do que propomos nesta tese enquanto cronificação do tratamento.

Feitas essas considerações e, agora, próximo ao momento de concluir este trabalho, contudo ainda perlaborando, a discussão da temporalidade que Freud (1916/1974) apresenta sobre a transitoriedade nos proporciona uma torção. Diferentemente de seu amigo poeta, que, frente à beleza da paisagem do verão, não conseguia valorizá-la, pois, em poucos meses, ela estaria modificada, Freud (1916/1974) afirma que a transitoriedade significa maior valorização e aumento de preciosidade. Para nós, uma das mais valiosas frases nessa obra é quando ele ressalta: “uma flor que dura apenas uma noite nem por isso nos parece menos bela” (Freud, 1916/1974, p. 346). A valorização independe da duração absoluta. Ainda que haja um limite e que o encanto da paisagem não seja imortal, ela tem o seu valor, tornando-se admirável e preciosa. É com base nessa descrição que concebemos a clínica-escola e o trabalho possível de nela ser realizado.

Diante das suas especificidades e limitações, a temporalidade é um dos aspectos, um dos elementos que transpassa a sua complexidade. Uma única sessão psicológica pode ser suficiente para determinado sujeito. Um único atendimento pode significar, para outro, o abandono, a interrupção. Para outros/as pacientes, alguns meses podem produzir efeitos terapêuticos muito positivos. Assim como um/a paciente poderá permanecer em acompanhamento com diversos/as estagiários/as e estar compreendendo suas dores e ressignificando sua história, ao passo que outro/a também poderá estar sendo atendido nesse espaço há vários anos, mas sem haver muitas evoluções, contudo, atravessado por outros significantes e vínculos que o amarram à instituição, e que podem lhes ser estruturante. Além disso, o/a estagiário/a, no tempo previsto que possui, lança-se na escuta ao/à outro/a, esforçando-se para aprender e intervir em prol da evolução do/a paciente e de sua própria formação.

Nesse momento final, enfatizamos a riqueza e a beleza desse espaço, para o/a estudante, para a instituição, para o/a supervisor/a, para o curso, para a comunidade. Em meio às especificidades, essa clínica tem o seu potencial. Os diferentes tempos, sejam eles previstos ou imprevistos, refletem a singularidade de cada caso, de cada história, de cada trabalho desenvolvido pelos/as estagiários/as que escapam à determinação de um tempo ideal. Apenas frente à construção do caso, no caso a caso, a partir das contingências de cada história e de cada relação transferencial, tangenciadas por diversos aspectos é que poderíamos chegar à

identificação de uma cronificação do tratamento. Nesse sentido, realçamos a importância de não deixarmos de problematizar a questão da cronificação do tratamento, bem como de não generalizar o fato de que todo acompanhamento com um tempo prolongado aponta para uma cronificação.

Concluimos que a dinâmica e as características institucionais, as condições e os limites de cada serviço, o tempo-limite de estágio, as substituições de estagiários/as, as posições ocupadas pelos/as integrantes, as requisições do curso de psicologia, os apelos dos/as estagiários/as e os dos/as pacientes, os entrecruzamentos das demandas de formação e assistência, bem como os jogos transferenciais que vivificam e veiculam esse espaço, são arranjos que compõem o funcionamento dessa clínica. A discussão sobre o prolongamento do acompanhamento de alguns casos e a dificuldade de formulação de demandas impõe considerar a trama singular, que se constrói nesses serviços, e a pensar nos fios que se cruzam transversalmente, formando a tecitura da clínica universitária.

Referências

- Agamben, G. (2009). *O que é o contemporâneo? E outros ensaios*. Argos.
- Arantes, P. C. (2015). Kairós e Chronos: origem, significado e uso. *Revista Pandora Brasil*, 69, 1-19.
https://revistapandorabrasil.com/revista_pandora/kronos_kairos_69/paulo.pdf
- Aulagnier, P. (1990). *Um intérprete em busca de sentido - I*. Escuta.
- Baratto, G. (2006). *Reflexões sobre a Transferência e a Prática clínica da Psicanálise na experiência de Clínica-Escola de Psicologia*. [Tese Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina].
- Barth, L. F. B., & Silveira, V. F. (2004). O transitivismo como dispositivo clínico-conceitual. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 7(2), 251–263.
<https://doi.org/10.1590/S1516-14982004000200005>
- Bergès, J., & Balbo, G. (2002). *Jogos de posições da mãe e da criança: ensaio sobre o transitivismo*. CMC.
- Broide, E. E. (2017). *A supervisão como interrogante das práxis analítica: desejo de analista e a transmissão da psicanálise*. Escuta.
- Broide, E. E., & Ab'Sáber, T. (2017) Clínicas públicas de psicanálise. *Lacuna: uma revista de psicanálise*, 3. <https://revistalacuna.com/2017/04/28/n3-02/>
- Broide, J. (2019a) Prefácio. In: Danto, E. *As clínicas públicas de Freud*. Perspectiva. pp. xiii-xviii.
- Broide, J. (2019b). A clínica psicanalítica na cidade. In: Broide, E. & Katz, I. (org). *Psicanálise nos espaços públicos* (pp. 48-65). IP/USP.
- Calazans, R., & Neves, T.I. (2010). Pesquisa em psicanálise: da qualificação desqualificante à subversão. *Ágora*, 13(2), 191-205.

- Caldas, H. (2011). *Psicanálise, saber e transmissão do objeto a*. In: Caldas, H., & Altoé, S. (Org.) *Psicanálise, Universidade e Sociedade* (pp. 57-66). Cia de Freud.
- Calvino, I. (1990). *Seis propostas para o próximo milênio*. Companhia das Letras.
- Cardoso, U. C. (2013). *A pertinência pública do ato psicanalítico - Tomo II A Universidade e a Clínica-Escola de Psicologia*. Juruá.
- Coppedê, D. R., & Paulon, C. P. (2023) Dez mulheres e um caso. In: Dunker, C., Ramirez, H. A., & Assadi, T. C. *A construção de casos clínicos em psicanálise: método clínico e formalização discursiva* (pp. 100-109). Zagodoni.
- Costa, A. (2006). Uma experiência de clínica institucional. In: Alberti, S., & Figueiredo, A. C. (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 155-165). Companhia de Freud.
- Coutinho Jorge, M. A. (2011). A tensão psicanalítica essencial. In: Caldas, H., & Altoé, S. (Org.), *Psicanálise, Universidade e Sociedade* (pp. 115-124). Cia de Freud.
- Coutinho Jorge, M. A. (2017). *Fundamentos da psicanálise: de Freud a Lacan*. Vol. 3. Jorge Zahar.
- Coutinho Jorge, M. A. (2022). *Fundamentos da psicanálise: de Freud a Lacan*: Vol. 4. Jorge Zahar.
- Cruz, A. D. G. (2007). *A psicanálise aplicada no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)*. [Dissertação mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais].
- Danto, E. A. (2019). *As clínicas públicas de Freud*. Perspectiva.
- Darriba, V., & Pinheiro, N. (2011). *Psicanálise na clínica da universidade: questão ética*. In: Caldas, H., Altoé, S. (Orgs.), *Psicanálise, Universidade e Sociedade* (pp. 157-164). Cia de Freud.

Decreto Nº 53.464, de 21 de janeiro de 1964. Regulamenta a Lei Nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que dispõe sobre a profissão de psicólogo. *Casa Civil*.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/d53464.htm

Dunker, C. I. L. (2018). Lógica e ética da supervisão: a construção do caso clínico. In: Moretto, M. L. T., & Kupermann, D. (Orgs.), *Supervisão: a formação clínica na psicologia e na psicanálise* (pp. 15-29). Zagodoni.

Dunker, C., Ramirez, H. A., & Assadi, T. (2023). Introdução. In: Dunker, C., Ramirez, H. A., & Assadi, T. C. *A construção de casos clínicos em psicanálise: método clínico e formalização discursiva* (pp. 7-19). Zagodoni.

Dunker, C., & Zanetti, C. E. (2023). Construção e formalização de casos clínicos. In: Dunker, C., Ramirez, H. A., & Assadi, T. C. *A construção de casos clínicos em psicanálise: método clínico e formalização discursiva* (pp. 21-38). Zagodoni.

Echevarria, R. (2017). Práticas psicanalíticas: o dualismo entre intensão e extensão. *Correio, APPOA*. Disponível em:
https://apoa.org.br/correio/edicao/268/praticas_psicanaliticas_o_dualismo_entre_intensao_e_extensao/486

Elia, L. (1999). A transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3).

Escars, C. (2006). O leitor suposto. Elementos para pensar a transmissão da psicanálise na universidade. In: Lo Bianco, A. C. (Org.), *Freud não explica: a psicanálise nas universidades* (pp. 9-19). Contra Capa.

Fernandes, M., & Lima, R. A. (2019). Posfácio: Psicanálise para quem? In: Danto, E. A. (Org.), *As clínicas públicas de Freud* (pp. 389-394). Perspectiva.

Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Relume-Dumará.

- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 75-86.
- Figueiredo, A. C. (2011). O psicanalista na experiência universitária. In: Caldas, H., & Altoé, S. (Org.), *Psicanálise, Universidade e Sociedade* (pp. 185-197). Cia de Freud.
- Fink, B. (2018). *Introdução clínica à psicanálise lacaniana*. Jorge Zahar.
- Fonteles, C. S. L., & Coutinho, D. M. B. (2016). Psicanálise e universidade: o caso brasileiro. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 50(4), 175-188.
- Fontenele, L. (2006). Inserção e recepção da psicanálise no curso de psicologia da UFC. In: Alberti, S., & Figueiredo, A. C. (Org.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 177-183). Companhia de Freud.
- França Neto, O. (2009). Ciência, academia e Psicanálise. In: Coelho dos Santos, T. (Org.), *Inovações no ensino e na pesquisa em psicanálise aplicada* (pp. 33-40). 7Letras.
- Freud, S. (1969). A dinâmica da transferência. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. O caso de Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos: (Vol. 12., pp. 130-143)*. Imago. (Trabalho original publicado em 1912b).
- Freud, S. (1969). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. O caso de Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos: (Vol. 12., pp. 146-159)*. Imago. (Trabalho original publicado em 1912a).
- Freud, S. (1969). Recordar, repetir e elaborar. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. O caso de Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos: (Vol. 12., pp. 190-203)*. Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

- Freud, S. (1969). Sobre o início do tratamento. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. O caso de Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos*: (Vol. 12., pp. 162-187). Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1972) Interpretação dos sonhos – Parte II. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*: (Vol. 5., pp. 361-665). Imago. (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (1974). A história do movimento psicanalítico. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos*: (Vol. 14., pp. 12-82). Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1974). O inconsciente. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos*: Vol. 14. Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1974). O inconsciente. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos*: (Vol. 14., pp. 183-245). Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1974). Sobre a transitoriedade. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos*: (Vol. 14., pp. 345-348). Imago. (Trabalho original publicado em 1916).
- Freud, S. (1975). Análise terminável e interminável. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Moisés e o monoteísmo, Esboço*

- de psicanálise e Outros trabalhos: (Vol. 23., pp. 240-287). Imago. (Trabalho original publicado em 1937a).*
- Freud, S. (1975). Construções em análise. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Moisés e o monoteísmo, Esboço de psicanálise e Outros trabalhos: (Vol. 23., pp. 289-304). Imago. (Trabalho original publicado em 1937b).*
- Freud, S. (1976). A questão da análise leiga. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Um estudo autobiográfico. Inibições, sintomas e ansiedade. A questão da análise leiga. Outros trabalhos: (Vol. 20., pp. 204-293). Imago. (Trabalho original publicado em 1926).*
- Freud, S. (1976). Breves Escritos – Doutor Anton Von Freund. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos: (Vol. 18., pp. 321-323). (Trabalho original publicado em 1920).*
- Freud, S. (1976). Breves Escritos - Prefácio ao relatório sobre a Policlínica Psicanalítica de Berlim (março de 1920 a junho de 1922), de Marx Eitingon. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. O ego e o id e outros trabalhos: (Vol. 19., pp. 357-358). (Trabalho original publicado em 1923).*
- Freud, S. (1976). Conferência XVII – fixação em traumas – o inconsciente. In: Freud, S., *Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III): Vol. 16. Imago. (Trabalho original publicado em 1917a).*
- Freud, S. (1976). Conferência XVII – O sentido dos sintomas. In: Freud, S., *Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III): Vol. 16. Imago. (Trabalho original publicado em 1917b)*

- Freud, S. (1976). Conferências introdutórias à psicanálise. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud.*: Vol. 15. Imago. (Trabalho original publicado em 1915-1917).
- Freud, S. (1976). Dr Sándor Ferenczi (em seu 50º aniversário). In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. O ego e o id e outros trabalhos:* (Vol. 1., pp. 330-336). Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1976). História de uma neurose infantil. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. História de uma neurose infantil e outros trabalhos:* (Vol. 17., pp. 12-153). Imago. (Trabalho original publicado em 1918).
- Freud, S. (1976). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. História de uma neurose infantil e outros trabalhos:* (Vol. 17., pp. 198-211). Imago. (Trabalho original publicado em 1919b).
- Freud, S. (1976). Pós-escrito. A questão da análise leiga. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Um estudo autobiográfico. Inibições, sintomas e ansiedade. A questão da análise leiga. Outros trabalhos:* (Vol. 20., pp. 285-293). Imago. (Trabalho original publicado em 1927).
- Freud, S. (1976). Prefácio a juventude desorientada, de Aichhorn. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. O ego e o id e outros trabalhos:* (Vol. 19., pp. 337-343). Imago. (Trabalho original publicado em 1925b).
- Freud, S. (1976). Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. História de uma neurose infantil e outros trabalhos:* (Vol. 17., pp. 214-220). Imago. (Trabalho original publicado em 1919a).

- Freud, S. (1976). Um estudo autobiográfico. In: Freud, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Um estudo autobiográfico. Inibições, sintomas e ansiedade. A questão da análise leiga. Outros trabalhos:* (Vol. 20., pp. 15-92). Imago. (Trabalho original publicado em 1925a).
- Freud, S. (2010). Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades?. In: Freud, S., *História de uma neurose infantil: (“o homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920):* (Vol. 14., pp. 377-381). (P. C. Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (2019). “O infamiliar”. In: Freud, S., *Obras incompletas de Sigmund Freud. O infamiliar e outros escritos.* (pp. 27-125). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1919).
- Goulart, T.; Aranha, M. & Guerra, A. (2018). Desemolando o impossível: conversação sobre o impasse da sexualidade realizado em um centro de internação socioeducativo. *CIEN digital*, 17.
- Guattari, F. (1976). *Psicoanálisis y transversalidad*. Siglo XXI Editores.
- Heck, F. A., & Kessler, C. H. (2015). Clínica pública e universidade: considerações sobre a posição do analista. *Psicologia & Sociedade*, 27(3), 618-628.
- Houaiss, A., & Villar, M. de S. (2010). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Objetiva.
- Kessler, C. H., & Silva, T. P. da. (2021). Psicanálise, clínica e universidade: impasses e possibilidades. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 37.
- Lacadée, P. (2007). A vinheta prática tal como ela se elabora no laboratório do CIEN. *CIEN Digital*, 2, 1-26.
- Lacan, J. (1992). O campo lacaniano. In: Lacan, J., *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise.* (pp. 72-87). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1970).

- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-1970).
- Lacan, J. (1997). *O seminário, livro 19: o saber do psicanalista*. Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Trabalho original publicado em 1971). Publicação não comercial.
- Lacan, J. (1998). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: Lacan J. *Escritos*. (pp. 197-213). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1945).
- Lacan, J. (1999). O obsessivo e seu desejo. In: Lacan, J., *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. (pp. 417-434). Zahar. (Trabalho original publicado em 1958b).
- Lacan, J. (1999). O pouco-sentido e o passo-de-sentido. In: Lacan, J., *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. (pp. 87-105). Zahar. (Trabalho original publicado em 1957).
- Lacan, J. (1999). O sonho da bela açogueira. In: Lacan, J., *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. (pp. 367-382). Zahar. (Trabalho original publicado em 1958a).
- Lacan, J. (2003). Anexos. In: Lacan, J., *Outros escritos*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1970).
- Lacan, J. (2003). Ato de fundação. In: Lacan, J. *Outros escritos*. (pp. 235-247). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1971).
- Lacan, J. (2003). Proposição de 9 de outubro de 1967. In: Lacan, J. *Outros escritos*. (pp. 248-264). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1967).
- Lacan, J. (2005). Do cosmo a *Unheimlichkeit*. In: Lacan, J. *O seminário, livro 10: a angústia*. (pp. 38-52). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1962).
- Lacan, J. (2005). Ele não é sem tê-lo. In: Lacan, J. *O seminário, livro 10: a angústia*. (pp. 97-112). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1963).

- Laznik-Penot, M-C. (1989). Seria a Criança Psicótica “Carta Roubada”? In: Souza, A. M. S. (Org), *Psicanálise de Crianças – Interrogações clínico-teóricas* (Vol. 1., pp. 47-66.) Artes Médicas.
- Lei nº 4.119 de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. *Casa Civil*.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/14119.htm
- Lima, N. L. de, Araújo, R. S., Souza, E. P. de, Dias, A. F. G., Barbosa, C. A., Alves, R. G. S., Nihari, K. M., & Marchi, N. S. B. (2015). Psicanálise e Educação: um tratamento possível para as queixas escolares. *Educação & Realidade*, 40(4), 1103-1125.
<https://doi.org/10.1590/2175-623645088>
- Lima, R. A. (2019). Clínicas Públicas nos primórdios da psicanálise: uma introdução. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 12, 292–314.
- Machado, L. V., & Aguiar, F. (2016). Eficácia e efeitos terapêuticos em psicanálise: uma leitura a partir do caso francês. *Cadernos de psicanálise*, 38(34), 207-229.
- Marcos, C. M. (2011). Reflexões sobre a clínica-escola, a psicanálise e sua transmissão. *Psicol. clin.*, 23(2), 205-220.
- Marcos, C. M. (2012). A Supervisão em psicanálise na clínica escola: breve relato de uma pesquisa. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 12(3-4), 853-872.
- Miller, J-A. (1997). Discurso do método psicanalítico. In: Miller, J-A. (Org.), *Lacan elucidado: palestras no Brasil* (pp. 221-229). Jorge Zahar. pp. 221-229.
- Miller, J-A. (2008). *Efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise: conversação clínica com Jacques Alain-Miller em Barcelona*. Escola Brasileira de Psicanálise – Scriptum.
- Miller, J-A., López, J. M. A., Berenguer, E., Castell, A. M., Cuñat, C., Eiras, J. R., Eldar, S., Esque, X., Blanco, M. F., Francisco, M., Garcia, S., Gault, J-L., Marín, M., Reiter, G.,

- Frediani, M. S., & Ventura, O. (2003). *La pareja e el amor: conversaciones clinicas com Jacques Alain-Miller em Barcelona*. Paidós.
- Minayo, M. C. (2007). Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Deslandes, R. G. F., & Minayo, M. C. S. (Orgs.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (26ª ed.). Vozes.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?*. Casa do Psicólogo.
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. Zagodoni.
- Muñoz, P., & Correira, S. (2022). The Great War and the Fifth International Psychoanalytic Congress in Budapest: Psychoanalysis in the 1910s. *Historia Crítica*, (84), 3-27.
- Nicolau, R. F. (2011). A inserção da psicanálise nos cursos de psicologia. In: Caldas, H., Altoé, S. (Org.), *Psicanálise, Universidade e Sociedade*. Cia de Freud.
- Nunes, M. (2020). A Policlínica de Berlim: utopia freudiana?. *Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 12(spe), 50-56.
- Pacheco-Ferreira, F., & Mendes, R. de O. (2022). Quem paga o *pathos*? Psicanálise e clínica social. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 25(1), 44-51.
- Parecer nº 5.334.068 em 06 de Abril de 2022. *Universidade Católica de Pernambuco*.
- Pedroni, F. (2014). Chronos e Kairós: determinações poéticas para o tempo vivido. *Revista Do Colóquio*, 3(6), 245–254.
- Pereira, N. M., & Kessler, C. H. (2016). Reflexões acerca de um início: psicanálise e clínica na universidade. *Psicologia em Revista*, 22(2), 469-485.
- Pinto, J. M. (2006). Psicanálise e universidade: mais, ainda. In: Lo Bianco, A. C. (Org.), *Freud não explica: a psicanálise nas universidades*. (pp. 29-38). Contra Capa.

- Poli, M. C. (2006). “Eu não procuro, acho”: sobre a transmissão da psicanálise na universidade. In: Lo Bianco, A. C. (Org.), *Freud não explica: a psicanálise nas universidades*. (pp. 39-52). Contra Capa.
- Poli, M. C. (2008). Escrevendo a psicanálise em uma prática de pesquisa. *Estilos da Clínica*, 13(25), 154-179.
- Prizskulnik, L. (2018). Supervisão: um percurso de experiências singulares e inesperadas. In: Moretto, M. L. T., & Kupermann, D. (Org.), *Supervisão: a formação clínica na psicologia e na psicanálise*. (pp. 79-86). Zagodoni.
- Quinet, A. (2007). *As 4+1 condições da análise*. Zahar.
- Resolução CNE/CES nº 1, de 11 de outubro de 2023. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. *Diário Oficial da União*.
<http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-regulacao-e-supervisao-da-educacao-superiores/30000-uncategorised/91151-resolucoes-cne-ces-2023>
- Rinaldi, D. (2011). Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: Alberti, S., & Figueiredo, A. C. (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. (pp. 141-147). Companhia de Freud.
- Rocha, F. (2012). *Entrevistas preliminares em psicanálise*. Casa do Psicólogo.
- Rocha, G. M., & Iannini, G. O infamiliar, mais além do sublime. (2019). In: Freud, S., *Obras incompletas de Sigmund Freud. O infamiliar e outros escritos*. Autêntica.
- Rosa, M. D. (2001). Psicanálise na universidade: considerações sobre o ensino de psicanálise nos cursos de psicologia. *Psicologia USP*, 12(2), 189-199.
- Rosa, M. D. (2018). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. Escuta – Fapesp.
- Rosa, M. D., Broide, E. E., & Seincman, P. M. (2018). A supervisão enquanto articuladora da transmissão da experiência clínica: a construção do caso clínico. In: Moretto, M. L.

- T., & Kupermann, D. (Orgs.), *Supervisão: a formação clínica na psicologia e na psicanálise*. Zagodoni.
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?*. Jorge Zahar.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Jorge Zahar.
- Safatle, V., Silva Junior, N., & Dunker, C. (2021). Introdução. In: Safatle, V., Silva Junior, N., & Dunker, C. (Orgs.), *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Autêntica.
- Santiago, A. L. (2008). O mal-estar na educação e a Conversação como metodologia de pesquisa: intervenção em Psicanálise e Educação. In: Castro, L. R., Besset, V. L. (Orgs.), *Pesquisa-intervenção na infância e juventude*. (p. 113 -131). Trarepa/FAPERJ,
- Santos, L. G., & Ferrari, I. F. (2016). Psicanálise aplicada à terapêutica em clínicas universitárias e a experiência do Centro Psicanalítico de Consulta e Tratamento de Minas Gerais. *Psicologia em Revista*, 22(1), 202-222.
- Silva, R. F. (2019). *A supervisão (controle) na formação do psicanalista*. Relicário.
- Sternick, M. V. C. (2006). Da intenção da transmissão à extensão da clínica psicanalítica na universidade. In: Alberti, S., & Figueiredo, A. C. (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. (pp. 185-189). Companhia de Freud.
- Strachey, J. (1976). Nota do editor inglês. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. História de uma neurose infantil e outros trabalhos*: (Vol. 17., pp. 215). Imago. (Trabalho original publicado em 1919).
- Viganò, C. (2010). A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online*, 1.
- Vorcaro, A. (2010). Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In: Kyrillos Neto, F., & Moreira, J. O. (Orgs.), *Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade*. (pp. 11-23). EdUEMG.

Vorcaro, A. (2017). Sobre uma prática da clínica escola. In: Aires, S., & Kuratani, S. (Orgs.), *O serviço de psicologia na universidade*. (pp. 29-42). UFRB.

Apêndices

Apêndice 1. Roteiro para entrevista semiestruturada com supervisores/as

- O/a senhor/a poderia me falar um pouco do seu percurso enquanto supervisor/a no serviço-escola?
- O que o/a senhor/a pensa sobre a inserção da psicanálise nas universidades?
- Como o/a senhor/a observa o estágio curricular em psicologia clínica, na abordagem psicanalítica? Quais são os principais impasses?
- No que se refere ao/à estagiário/a, como ele/a lida com as demandas dos/as pacientes e suas próprias demandas com relação à formação?
- Quais dificuldades são observadas no decorrer das supervisões?
- O que o/a senhor/a poderia nos falar a respeito do público atendido, incluindo as queixas iniciais e a construção de demandas de tratamento?
- Nas supervisões realizadas, o/a senhor/a identificou casos que estão sendo acompanhados há vários anos? Em caso afirmativo, quais seriam os motivos desses casos permanecerem um longo tempo na instituição?

Apêndice 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (supervisores/as) - Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016

Vimos, por meio deste, convidá-lo(a) e solicitar o seu consentimento livre e esclarecido para a participação voluntária na pesquisa intitulada **A trama de posições na clínica universitária e os impasses na construção de demandas: um estudo psicanalítico**, sob a responsabilidade da pesquisadora professora Dra. Paula Cristina Monteiro Barros e da aluna Kyssia Marcelle Calheiros Santos, doutoranda do programa de pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco - Unicap.

Assinado este Termo de Consentimento, você estará ciente de que: o objetivo da pesquisa é problematizar a permanência prolongada de alguns pacientes em clínicas universitárias e os impasses na construção de demandas, considerando o jogo de posições ocupadas por seus integrantes - usuários/as, estagiários/as, supervisores/as e instituição.

Sua participação será em entrevistas semiestruturadas, que durarão cerca de 40 min a 60 min e serão gravadas em áudio para posterior transcrição. A entrevista poderá acontecer tanto de forma presencial, quanto de forma remota. Nesta última modalidade, ela será feita através da plataforma Google Meet.

Não lhe será fornecido nenhum valor em dinheiro.

Os seus dados pessoais de identificação serão mantidos em sigilo e os resultados da pesquisa serão usados para alcançar o objetivo do trabalho exposto acima. Estão incluídas, nesse objetivo, publicações na literatura científica especializada e a apresentação em congressos.

A pesquisadora informou-lhe sobre os benefícios dos resultados desta pesquisa, que contribuirá com a formação dos estudantes de psicologia, dos psicólogos e outros/as profissionais que lidam com essa temática. Possibilitará uma qualificação do trabalho desenvolvido nos serviços-escola. Trará contribuições para a instituição universitária no que se refere aos seus princípios de formação, educação e compromisso social. Os resultados da pesquisa serão transferidos para os serviços-escola de psicologia, com o objetivo de propagar o conhecimento obtido e possibilitar discussões e avanços no trabalho que é desenvolvido nesses espaços.

Essa pesquisa não apresenta riscos e dificuldades que possam comprometer o seu bem-estar físico e psicológico. Havendo algum desconforto, você terá o suporte necessário, podendo, se assim o desejar, ser encaminhado para um serviço especializado.

Assim que a pesquisa for concluída, você terá acesso a seus resultados, através da pesquisadora responsável pelo projeto.

A qualquer momento, você poderá se recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

A pesquisadora informou-lhe que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP que funciona na Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pernambuco, localizada na Rua Almeida Cunha, 245 – Santo Amaro – Bloco G4 8º andar – CEP 50050-480 Recife, PE. Telefone (81)2119.4376 – Fax (81)2119.4004 – endereço eletrônico: pesquisa_prac@unicap.br. Você poderá contatar o Comitê de Ética para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, se o achar necessário.

Antes de assinar este termo, você obteve todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação na pesquisa

Você poderá contatar o Comitê de Ética para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, se o achar necessário.

Você receberá uma via deste Termo de Consentimento que será assinado e rubricado em duas vias.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, _____ de _____ de 2022.

Eu, _____, concordo, voluntariamente, em participar da pesquisa apresentada neste termo.

Assinatura da participante

Paula Cristina Monteiro de Barros (pesquisadora)

CRP: 11.962, telefone: (81) 99966.0833. Email: paulabarrospsi@gmail.com

Kyssia Marcelle Calheiros Santos (Doutoranda)

CRP: 15/3145 Telefone: (82) 99125.0294. Email: kysiacalheiros@hotmail.com

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

SRTV 702, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte

CEP: 70719-000 - Brasília-DF

Apêndice 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (estudantes) - Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016

Vimos, por meio deste, convidá-lo(a) e solicitar o seu consentimento livre e esclarecido para a participação voluntária na pesquisa intitulada **A trama de posições na clínica universitária e os impasses na construção de demandas: um estudo psicanalítico**, sob a responsabilidade da pesquisadora professora Dra. Paula Cristina Monteiro Barros e da aluna Kyssia Marcelle Calheiros Santos, doutoranda do programa de pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco - Unicap.

Assinado este Termo de Consentimento, você estará ciente de que: o objetivo da pesquisa é problematizar a permanência prolongada de alguns pacientes em clínicas universitárias e os impasses na construção de demandas, considerando o jogo de posições ocupadas por seus integrantes - usuários/as, estagiários/as, supervisores/as e instituição.

Sua participação será em grupos de conversação, sendo um total de três encontros. Eles ocorrerão em três momentos distintos, no início, no meio e ao final do estágio. A depender da situação pandêmica da Covid-19, os grupos poderão ocorrer de forma remota, via plataforma Google Meet. Cada encontro terá duração entre 60 min e 90 min e será gravado em áudio para posterior transcrição.

Não lhe será fornecido nenhum valor em dinheiro.

Os seus dados pessoais de identificação serão mantidos em sigilo e os resultados da pesquisa serão usados para alcançar o objetivo do trabalho exposto acima. Estão incluídas, nesse objetivo, as publicações na literatura científica especializada e a apresentação em congressos.

A pesquisadora informou-lhe sobre os benefícios dos resultados desta pesquisa, que contribuirá com a formação dos estudantes de psicologia, dos psicólogos e outros/as profissionais que lidam com essa temática. Possibilitará uma qualificação do trabalho desenvolvido nos serviços-escola.

Trará contribuições para a instituição universitária no que se refere aos seus princípios de formação, educação e compromisso social. Os resultados da pesquisa serão transferidos para

os serviços-escola de psicologia, com o objetivo de propagar o conhecimento obtido e possibilitar discussões e avanços no trabalho que é desenvolvido nesses espaços.

Essa pesquisa não apresenta riscos e dificuldades que possam comprometer o seu bem-estar físico e psicológico. Havendo algum desconforto, você terá o suporte necessário, sendo encaminhado para um serviço especializado.

Assim que a pesquisa for concluída, você terá acesso a seus resultados, através da pesquisadora responsável pelo projeto.

A qualquer momento, você poderá se recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

A pesquisadora informou-lhe que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP que funciona na Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pernambuco, localizada na Rua Almeida Cunha, 245 – Santo Amaro – Bloco G4 8º andar – CEP 50050-480 Recife, PE. Telefone (81)2119.4376 – Fax (81)2119.4004 – endereço eletrônico: pesquisa_prac@unicap.br. Você poderá contatar o Comitê de Ética para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, se o achar necessário.

Antes de assinar este termo, você obteve todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação na pesquisa.

Você poderá contatar o Comitê de Ética para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, se o achar necessário.

Você receberá uma via deste Termo de Consentimento que será assinado e rubricado em duas vias.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, ____ de _____ de 2022.

Eu, _____, concordo,
voluntariamente, em participar da pesquisa apresentada neste termo.

Assinatura da participante

Paula Cristina Monteiro de Barros (pesquisadora)

CRP: 11.962, telefone: (81) 99966.0833. Email: paulabarrospsi@gmail.com

Kyssia Marcelle Calheiros Santos (Doutoranda)

CRP: 15/3145 Telefone: (82) 99125.0294. Email: kyssiocalheiros@hotmail.com

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

SRTV 702, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte

CEP: 70719-000 - Brasília-DF