



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

DANIELA BATISTA SANTOS

**A FORMAÇÃO CLÍNICA DE GRADUANDOS DE
PSICOLOGIA: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE**

SALVADOR

2017

DANIELA BATISTA SANTOS

**A FORMAÇÃO CLÍNICA DE GRADUANDOS DE
PSICOLOGIA: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Transições Desenvolvimentais e Processos Educacionais.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Cristiane de Oliveira Santos

SALVADOR

2017

S236 Santos, Daniela Batista
A formação clínica de graduandos de psicologia: contribuições da psicanálise /
Daniela Batista Santos. – 2017.
116 f. :il.

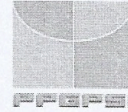
Orientadora: Prof^a Dr^a Cristiane de Oliveira Santos
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia,
Salvador, 2017.

1. Psicologia 2. Psicanálise. 3. Discursos.
4. Saber. 5. Ética. I. Santos, Cristiane de Oliveira. II. Universidade
Federal da Bahia. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD: 155



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI
MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO



TERMO DE APROVAÇÃO

“A FORMAÇÃO CLÍNICA DE GRADUANDOS DE PSICOLOGIA:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE”

Daniela Batista Santos

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Cristiane de Oliveira Santos (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.^a Dr.^a Maria Angélica Teixeira
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.^a Dr.^a Suely Aires Pontes
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

Salvador, 13 de outubro de 2017.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à minha orientadora Cristiane de Oliveira Santos, pelo cuidado e precisão ao apontar lacunas e possíveis caminhos, pelos questionamentos, e, principalmente, por impulsionar o meu desejo de saber.

Ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, pela oportunidade de realizar este trabalho.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo apoio financeiro crucial para a execução desta dissertação.

À professora Andréa Hortélio Fernandes, pela disciplina Tópicos Especiais em Psicologia I, na qual tive a oportunidade de construir elaborações que foram traçadas neste trabalho.

À professora Maria Angélica Teixeira, pela receptividade e pelo acolhimento nas primeiras etapas da pesquisa.

A todos(as) os(as) estagiários(as) e recém-formados(as) que participaram desta pesquisa.

Ao Campo Psicanalítico de Salvador, por promover minha formação clínica em psicanálise.

À minha avó Terezinha, pelo suporte e por respeitar os meus momentos de silêncio.

À minha mãe, Janice, e irmãs, Adriana e Janaína, por todo o afeto e amparo incondicional.

Ao meu pai, Otamar, e avô Joaquim, *in memoriam*.

A Xikito e Veronica, pelo apoio que fez desse caminho acadêmico uma realidade possível.

Às amigas Gil e Milena, pela força, escuta e incentivo.

A Camila Lins, pelas conversas que fizeram do percurso final um trajeto mais leve.

A Daniela Tu Chou, pela generosidade.

A todos que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação.

Achava ele que se devia nutrir carinho por um sofrimento sobre o qual se soube construir a felicidade. Deve nutrir-se carinho por um sofrimento sobre o qual se soube construir a felicidade, repetiu muito seguro. Apenas isso. Nunca cultivar a dor, mas lembrá-la com respeito, por ter sido indutora de uma melhoria, por melhorar quem se é. Se assim for, não é necessário voltar atrás. A aprendizagem estará feita e o caminho livre para que a dor não se repita. Estava a crescer. O pescador crescia para ser um homem tremendo.

Valter Hugo Mãe - O filho de mil homens

SANTOS, Daniela Batista. A formação clínica de graduandos de psicologia: contribuições da psicanálise. 116 fl. 2017. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, 2017.

RESUMO

Esta pesquisa pretende analisar o percurso formativo em psicologia clínica de estudantes orientados pela psicanálise, com o subsídio teórico da teoria lacaniana dos quatro discursos. Este trabalho realiza uma leitura dos discursos lacanianos como operadores na clínica, discute as formas de transmissão possíveis da psicanálise na universidade, e problematiza como a *talking cure* perde lugar, na contemporaneidade, para tratamentos medicamentosos, acarretando uma desvalorização da clínica da escuta e a consequente perda da influência do registro temporal na vida dos sujeitos. A psicanálise, método clínico que usa a linguagem como recurso para a cura dos sintomas, seria uma alternativa ao processo de embotamento do mal-estar dos sujeitos através de medicamentos psicotrópicos ou da promessa de bem-estar das psicologias. Foram realizadas entrevistas aprofundadas com estagiários(as) e egressos(as) recém-graduados(as) que participaram do estágio clínico com supervisão psicanalítica em contextos distintos. Verifica-se, nesta pesquisa, como os(as) estagiários(as) conduzem os atendimentos orientados pelos princípios éticos da psicanálise freudo-lacaniana, assim como os impasses que surgem da experiência prática, frente aos pacientes e às equipes multiprofissionais. O acesso ao discurso analítico, acompanhado de sua especificidade ética e política, contribui para a condução clínica dos formandos e para sua consequente formação em psicologia.

Palavras-chave: Psicanálise; Psicologia; Ética; Discursos; Saber.

SANTOS, Daniela Batista. The clinical training of undergraduate psychology: contributions of psychoanalysis. 116 fl. 2017. Master Dissertation – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, 2017.

ABSTRACT

This research seeks to analyze the formative course in clinical psychology of students oriented by psychoanalysis anchored in the Lacanian theory of the four discourses. This paper read the Lacanian discourses as operators in the clinic, discusses the possible forms of transmission of psychoanalysis in the university, and problematizes how the talking cure, in the modern days, has lost its place for medicated treatment, leading to the depreciation of the clinic of listening and consequently to the loss of the influence of temporal register in the life of the subjects. Psychoanalysis, a clinical method that uses language as a resource to cure the symptoms, would be an alternative to the use of psychotropic medication on the process of blunting the discomfort of the subjects, or to the promise of well-being of the psychologies. In-depth interviews were conducted with trainees and graduates who participated in the clinical stage with psychoanalytic supervision in different contexts. This research shows how the trainees conduct the consultations under guidance of ethical principles of Freudo-Lacanian psychoanalysis, as well as the impasses that arise from practical experience in front of patients and multiprofessional teams. The access to analytical discourse, along with its ethical and political specificity, contributes to the clinical conduct of the trainees and their consequent training in psychology.

Key-words: Psychoanalysis; Psychology; Ethic; Discourses; Knowledge.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OS DISCURSOS COMO OPERADORES NA CLÍNICA	14
2.1	O SUJEITO DO INCONSCIENTE.....	14
2.2	OS QUATRO DISCURSOS + 1.....	18
2.3	CLÍNICA: MEDICALIZAÇÃO X <i>TALKING CURE</i>	29
3	A PSICANÁLISE, O SABER, A UNIVERSIDADE	33
3.1	O DISCURSO UNIVERSITÁRIO.....	33
3.2	PSICANÁLISE E UNIVERSIDADE.....	37
3.3	O SABER NA PSICANÁLISE.....	41
3.4	A TRANSMISSÃO ATRAVÉS DO ESTÁGIO CLÍNICO SUPERVISIONADO.....	48
4	A PSICANÁLISE NA PRÁTICA CLÍNICA DOS(AS) ESTAGIÁRIOS(AS) DE PSICOLOGIA	52
4.1	A ESCOLHA DO ESTÁGIO E DA ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA.....	55
4.2	ESPECIFICIDADES DA PSICANÁLISE NA PRÁTICA CLÍNICA DO ESTÁGIO...	57
4.2.1	A escuta clínica.....	57
4.2.2	A temporalização ofertada pelos(as) estagiários(as) de psicologia.....	62
4.2.3	A realidade psíquica.....	67
4.2.4	A transferência.....	69
4.2.5	A supervisão.....	74
4.3	OS IMPASSES DOS(AS) ESTAGIÁRIOS(AS) PARA A SUSTENTAÇÃO DO DISPOSITIVO ANALÍTICO.....	77
4.3.1	A angústia que convoca o tripé.....	78
4.3.2	O silêncio.....	82
4.4	A EXPERIÊNCIA DO(A) ESTAGIÁRIO(A) FRENTE A UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	82
4.5	CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A FORMAÇÃO CLÍNICA DOS(AS) GRADUANDOS(AS) EM PSICOLOGIA.....	86
5	A ÉTICA DA PSICANÁLISE NA FORMAÇÃO DE PSICÓLOGOS(AS)	91
5.1	A PSICANÁLISE EM UMA PERSPECTIVA POLÍTICA.....	92
5.2	A PSICANÁLISE COMO UMA ÉTICA.....	96
5.2.1	A política do sintoma real.....	99
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
	REFERÊNCIAS	108

INTRODUÇÃO

Este trabalho desenvolve-se com o objetivo de analisar o percurso formativo em psicologia clínica de estagiários orientados pela psicanálise lacaniana. Devido à variedade de abordagens psicológicas no campo clínico, com teorias, técnicas e métodos específicos, é comum referir-se à psicologia como “as psicologias” ou “as psicoterapias”, para dar ênfase às múltiplas possibilidades de orientação clínica. Tradicionalmente, a formação em psicologia clínica se inicia na graduação, e, segundo Quayle (2010, p. 105), essa formação tem “caráter inegavelmente introdutório e lacunar”. Entretanto, todo recém-formado em psicologia está autorizado a trabalhar com psicoterapia, o que torna relevante discutir a formação clínica dos(as) psicólogos(as).

Cada campo da psicologia clínica constitui uma operação ética e política na medida em que cria e produz subjetivações (NETO; PENNA, 2006). A palavra *terapia* tem como significado etimológico “tomar cuidado”, “servir na solicitude e delicadeza” (GORI; VOLGO, 2003, p. 74). Em meados do século XX, está contida na definição de saúde a ideia de “um estado de bem-estar físico, mental e social” (GORI; VOLGO, 2003, p. 82). Ainda neste período, os discursos de prevenção ganham destaque e acabam por oferecer aos seus agentes a legitimidade para produzir sentido para o sofrimento subjetivo. A epidemiologia atravessa, então, o campo das patologias infecciosas, pousando de forma ativa na gestão do estilo de vida das pessoas, e, com isso, “abre-se um reino do controle moral e normativo” (GORI; VOLGO, 2003, p. 83). As retóricas nos discursos da saúde e no colóquio terapêutico passam a ser assombradas por fantasmas semânticos moralistas, que indicam como os indivíduos devem conduzir suas escolhas e fazeres a partir de valores morais signos de verdade (GORI; VOLGO, 2003)

Para Foucault (1988, p. 69), a produção da verdade está “inteiramente infiltrada pelas relações de poder”. A partir das práticas de confissões – presentes desde a Idade Média no ocidente –, que foram herdadas por saberes-poderes como o direito, a medicina e a pedagogia, o conteúdo manifestado pelos sujeitos sociais sobre sua própria subjetividade acaba por produzir um saber. O *recorte* dado a essa produção de saberes por aqueles que são autorizados a organizar, anotar, escutar, classificar produz verdades que correm o risco de serem tomadas como absolutas, colocando em vigência uma ordem moral específica; “esse discurso de verdade adquire efeito não em quem o recebe, mas sim naquele de quem é extorquido” (FOUCAULT, 1988, p. 72). Um dos efeitos dessa

produção de verdade que incide nos sujeitos, na contemporaneidade, seria os modos de apresentação do sofrimento psíquico que devem se adequar ao “cientificamente” reconhecido, justificando a prescrição massiva de psicotrópico para todo e qualquer desvio da subjetividade produtiva e ideal, produzindo um embotamento do sintoma.

No início do século XIX a cultura passa a ser pensada e configurada a partir da organização industrial. O indivíduo tem acesso a uma lógica contraditória na qual é convocado a exercer uma autonomia, sendo dono de seu próprio destino, enquanto, ao mesmo tempo, ao exercer essa individualização, lhe são exigidas “adequação, obediência e homogeneização” (DUNKER, 2007, p. 387). Essa nova forma de subjetivação da sociedade capitalista coloca o ser social diante de um conflito, pois as subjetividades são requisitadas a cumprirem um ideal de produtividade, excluindo as diferenças.

Ser produtivo é a condição que acomete as subjetividades contemporâneas. Para existir no laço social, o indivíduo precisa agir e ter produtividade, sem a qual ele não é reconhecido – “o agir é o *imperativo categórico* na contemporaneidade” (BIRMAN, 2012, p. 82). O mal-estar se apresenta, então, no corpo e na ação, devido à predominância das categorias do espaço frente à temporalização. Sem a antecipação dos afetos, produzida pela elaboração, os sujeitos entram “num mundo marcado pela imprevisibilidade e pela instabilidade dos códigos simbólicos estabelecidos” (BIRMAN, 2012, p. 104). Um dos resultados dessa impregnação da ação, como já foi dito, é a prescrição massiva de psicotrópicos, exercida como principal recurso para combater os novos sintomas psíquicos da contemporaneidade. Para ser reconhecido socialmente, de acordo com as normas e os padrões sociais vigentes, é necessário que os sujeitos, antes, performem a produtividade. Dessa forma, para alcançar o bem-estar, muitas vezes vinculado à ideia de produção, eles recorrem cada vez mais à psiquiatrização da vida cotidiana, uma vez que o ato de diagnosticar tornou-se “uma das atividades mais especificamente valorizadas em nossa atual forma de vida” (DUNKER, 2015, p. 20).

Carimbar os indivíduos com diagnósticos leva a uma estagnação dos afetos que não auxilia o processo de evocação, rememoração e elaboração dos sintomas que demandam cura por parte do sujeito, gerando dificuldades para que este encontre saídas possíveis ao sofrimento gerado pelo mal-estar. Na contramão dessa prática de avaliação diagnóstica contemporânea, a clínica que segue o direcionamento ético psicanalítico não exclui a dimensão simbólica, imaginária e real do ser falante, nem o reduz ao rótulo do

transtorno mental, mas convoca-o a narrar sua história para extrair a causa do mal-estar, e dessa forma, poder tratar o sintoma.

A partir do século XXI, o Brasil encontra no exercício da saúde mental uma substituição “das práticas clínicas baseadas na palavra em favor da administração massiva de medicação” (DUNKER, 2015, p. 28). Medicação seria um recurso mais rápido e barato, acarretando um declínio da clínica da escuta, junto a uma desvalorização da narrativa. Apesar de a medicalização ser o artifício mais utilizado na contemporaneidade para enfrentar o sofrimento psíquico, essa prática não leva necessariamente o sujeito à cura. Para Castel (1987, p. 144), Freud instaura a relativização da noção de normal e patológico, que “implica que a normalidade não é um estado definido, mas uma situação sobre a qual se pode sempre intervir”. O ser falante sempre será afetado pelo inconsciente. As técnicas de bem-estar ofertadas pelas psicologias, ou a prescrição de medicamentos psicotrópicos, não levam em conta a dimensão do mal-estar da civilização e acabam por mascarar os sintomas da queixa, levando, em muitos casos, à proliferação de outros sintomas como efeito da medicação.

Uma saída efetiva ao encontro constante com o mal-estar seria a “possibilidade psíquica de simbolização” (BIRMAN, 2012 p. 116), que promove a antecipação de acontecimentos através do processo de elaboração. Essa antecipação permite que o sujeito encontre saídas próprias para o sofrimento. Lacan (1969-1970/1992) alerta sobre a necessidade de conduzir a análise em direção à histerização do discurso do analisante, através do discurso analítico, para que o sujeito acesse a simbolização. A psicanálise seria, assim, aquela que privilegia o discurso do sujeito, e esse método contribui para que o paciente encontre, por meio de sua própria fala, saídas para o sintoma psíquico.

A psicanálise é um campo clínico que tem a linguagem como principal ferramenta. Com a teoria do inconsciente, Sigmund Freud (1856-1939) – contemporâneo dos psicólogos experimentais – cria condições para o advento de uma práxis distinta das ações exercidas nas áreas médica, psiquiátrica e psicológica de sua época, início do século XX. Com a técnica freudiana, a singularidade dos pacientes ganha destaque na cena analítica.

A questão central desta pesquisa tem relação com o que a psicanálise freudo-lacanianiana oferece para a formação de psicólogos clínicos. Nela, o discurso do analista, tão caro à prática analítica lacanianiana, dispõe de um lugar inédito, que, quando ocupado pelo praticante da psicanálise, possibilita o trabalho com o sintoma pela via do inconsciente, com a condição de que exista demanda de análise por parte dos sujeitos.

Essa posição promove uma clínica que edifica espaço para a singularidade dos pacientes, pois o desejo do analista tem como política a falta-a-ser, ou seja, não desejar nada para o analisando além de que uma análise aconteça. “O psicanalista nada deve desejar para o psicanalisando, não impondo assim a ele qualquer ideal de civilizabilidade, de curabilidade ou mesmo de normalidade subjetiva” (CASTRO; FERRARI, 2013, p. 55). Apesar de não serem psicanalistas e de enfrentarem impasses para sustentar a política de falta-a-ser – o desejo do analista advém através de um longo trabalho em análise pessoal – os estagiários de psicologia orientados pela psicanálise podem atuar de acordo com os princípios éticos e clínicos freudianos, colocando em exercício a clínica da palavra – *talking cure*.

Para Dunker (2015), a psicanálise não coloca o sintoma dos sujeitos como corporal, orgânico ou cerebral, nem mesmo como mental ou psíquico; o sintoma seria aquilo que há de mais real, o sintoma comporta uma parcela do real que pode ser definido como a “irreducibilidade radical de nossas formas de representar, descrever, nomear ou operacionalizar a coisa natural e a natureza ela mesma. Esse detalhe é o que Lacan chamou de Real” (DUNKER, 2015, p. 31). É visando o real que a clínica psicanalítica lacaniana opera e interpreta.

O real é um conceito lacaniano que remete ao que é impossível de ser dito, mas que provoca efeitos na vida dos indivíduos que são acometidos pela linguagem. Lacan formulou três registros do aparelho psíquico: real, simbólico e imaginário. O real é tudo que está fora do simbólico e do imaginário, enquanto esses dois últimos são os registros que dão sentido à realidade. O real incide na vida cotidiana do sujeito, apresenta-se no erro, no estranho, nas contingências, nos sintomas, nas mudanças de posição subjetiva e nas viradas que acontecem quando a economia de gozo do analisando se altera.

A orientação psicanalítica oferta aos estagiários uma direção ética que segue na contramão dos discursos hegemônicos contemporâneos, os quais determinam e classificam os sujeitos em categorias diagnósticas, muitas vezes incorporadas por outras vertentes da psicologia clínica. Aqueles que escolheram o estágio clínico em psicologia com orientação psicanalítica freudo-lacaniana encontram, na universidade, um ensino introdutório sobre a psicanálise e seus princípios em disciplinas obrigatórias e optativas ou grupos de pesquisa, atividades de extensão, estágios não obrigatórios. Um aspecto importante a ser destacado é que a transmissão da psicanálise não acontece de forma direta – Lacan (1970/2003) afirma que um ensino não garante um saber. O que pode levar

os(as) estagiários(as) e egressos(as) a terem condições de operar com o real, mesmo sem se darem conta disso, é a ética psicanalítica, a análise pessoal e a própria incidência desse real na transferência estabelecida entre paciente, estagiário e supervisor.

O sintoma comporta uma parcela do real, mas isso não significa que ele é o real em si, mas “a manifestação do real em nosso nível de seres vivos. Como seres vivos, somos ordenados, mordidos pelo sintoma. Somos doentes, é tudo. O ser falante é um animal doente” (LACAN, 1974/2005, p. 76). A partir dessa formulação, pode-se destacar que a medicalização/farmacologização do sintoma psíquico não é suficiente para a cura dos sintomas, pois, além de não haver garantias de qual será o efeito da substância química, o mal-estar retorna via repetição, pois não há relação sexual, o que há é o impossível, o real, o que não cessa de não se escrever na trama do falasser. Lacan (1974/2005) define como falasser – *parlêtre* – os que gozam do verbo, ou o significante; o falasser “é uma forma de exprimir o inconsciente” (LACAN, 1974/2005, p. 72). O método psicanalítico acontece por meio da palavra, pois todo ser humano é afetado pelo inconsciente. Aprendemos a falar, e isso deixa marcas; “fazemos sintomas porque falamos, porque falar serve à comunicação, mas, ao mesmo tempo, serve ao mal-entendido; o mal-entendido funda o recaiado” (GERBASE, 2011, p. 112). A psicanálise opera através desses tensionamentos e equívocos.

A ética da psicanálise contribui para uma clínica que não desconsidera a participação do inconsciente/gozo nos sintomas psíquicos. A importância de promover o advento do sujeito em sua causa desejante, através da simbolização de seus processos e de sua própria história, encontra na psicanálise um campo possível para seu reconhecimento. Freud realizou uma virada na concepção do homem com o Bem, “exigindo que se repensassem os fundamentos éticos do laço social a partir da descoberta das determinações inconscientes da ação humana” (KEHL, 2012, p. 7-8).

Os(as) estudantes de psicologia que escolhem o estágio clínico com orientação psicanalítica têm a oportunidade de experimentar o método freudo-laciano de escuta e de tratamento frente aos pacientes e à equipe multiprofissional da saúde quando o estágio acontece em hospitais, ambulatórios, centros de atenção psicossocial e outros serviços de saúde. Desse modo, questiona-se quais recursos a psicanálise propicia para a condução dos atendimentos clínicos dos(as) estagiários(as) e para sua consequente formação em psicologia clínica.

A psicanálise lacaniana, em seus métodos e especificidades, produz uma ruptura com saberes hegemônicos e normalizadores, possibilitando uma atitude estritamente ético-política com os pacientes. Segundo Maurano (2010, p. 58), “o que a diferença é sua orientação ética na maneira como aborda os impasses do sujeito, sempre tomado enquanto sujeito desejante”. A ética psicanalítica constitui uma “ética do bem-dizer”, não propõe a universalização de valores morais, mas visa ao sujeito em sua diferença máxima. Não há nisso promessa de felicidade ou de adequação social. O que a psicanálise oferta, e permite, é que o sujeito possa desatar-se de seus sintomas, mudando sua economia de gozo, através do recurso da fala.

Aquele que escuta o paciente deve seguir a regra fundamental estabelecida por Freud (1912/2010b) denominada de *atenção flutuante*. Por esse prisma, escutar significa afastar-se dos valores morais e preconceitos pessoais para dar lugar ao conteúdo que o paciente transmite através da fala. A atenção flutuante é essencial para a prática analítica. Segundo Moretto (1994), escutar sob atenção flutuante é um paradoxo, pois não somos capazes de abandonar completamente nossa própria subjetividade. Porém, a autora considera que é possível seguir a proposta de Freud e escutar com certa ignorância, ou ser “alguém que sabe coisas, mas que, voluntariamente, apaga até certo ponto seu saber para dar lugar ao novo que vai ocorrer. Essa não é uma tarefa simples para uma pessoa” (MORETTO, 1994, p. 15). Quando o praticante de psicanálise se oferece como suporte do desejo para que uma análise aconteça, é preciso que haja desejo do analista, “não como desejo puro, kantianamente livre dos afetos, mas como desejo de que, para além do narcisismo, surja a diferença” (RINALDI, s.d., p. 3-4), esse é um dos motivos que localiza a análise pessoal do psicólogo(a) / estagiário(a) como um recurso imprescindível para o fazer clínico orientado pela psicanálise.

É importante destacar que a universidade não oferta formação psicanalítica – os que passam por essa experiência de graduação recebem diploma de psicólogos(as), embora algo da psicanálise seja capaz de ser transmitido aos que se interessam por ela. Freud (1919, p. 287) pontua que, mesmo com a presença da psicanálise na universidade, o(a) estudante não aprenderá a psicanálise propriamente dita, “mas os propósitos em vista são suficientes para que ele aprenda algo *sobre* e *com* a psicanálise”. A aposta é que, *com* a psicanálise, através da experiência prática e da supervisão, da aproximação com a teoria psicanalítica e seus princípios éticos, os(as) estagiários(as) possam experimentar uma perspectiva clínica com foco na singularidade do sujeito do inconsciente, sem o

pressuposto de adaptação, ajustamento ou normalização dos pacientes, e conduzir o tratamento a partir do conteúdo adquirido *sobre* a psicanálise, sem excluir as especificidades do contexto prático no qual está inserido.

Como os(as) estudantes de psicologia se servem da psicanálise para a formação clínica? De que lugar ético os(as) estagiários(as) abordam o outro, profissional e paciente? Como a psicanálise freudo-lacaniana contribui para a formação desses psicólogos? É possível a incidência da política do inconsciente na condução clínica dos iniciantes? Essas são algumas questões que norteiam esta investigação.

Analisar o percurso formativo em clínica de estudantes orientados(as) pela psicanálise lacaniana é o objetivo geral desta pesquisa. Para alcançá-lo, foram definidos os seguintes objetivos específicos: 1) examinar os motivos que despertaram o interesse dos(as) estagiários(as) pela abordagem psicanalítica; 2) averiguar como os(as) estagiários(as) se servem da psicanálise lacaniana na condução da clínica, assim como os impasses e as dificuldades que surgem durante o processo; 3) verificar as especificidades da psicanálise na prática clínica do estágio; 4) analisar a relação entre os(as) estagiários(as) e a equipe multiprofissional; 5) identificar as contribuições éticas e políticas que a psicanálise oferta para a formação em psicologia clínica.

Foram realizadas entrevistas aprofundadas com oito pessoas – estagiários(as) e egressos(as) recém-graduados(as) – que realizaram estágio clínico com orientação freudo-lacaniana em um dos seguintes contextos: clínica-escola, hospital, ambulatório e CAPS. Os sujeitos entrevistados atenderam a alguns critérios de seleção. Para os(as) graduandos(as) em psicologia, foram aplicados os seguintes parâmetros: 1) possuir desejo de estudar/se aproximar da psicanálise freudo-lacaniana; 2) frequentar o estágio clínico com supervisão psicanalítica; 3) fazer análise pessoal. Desejar estudar a psicanálise freudo-lacaniana é importante, pois, sem esse desejo, não é possível localizar a implicação do(a) estagiário(a) com a teoria e a prática.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sob o protocolo nº. 1.668.718. As entrevistas foram gravadas com um iPod e depois transcritas para o Microsoft Word. O exame das entrevistas foi realizado a partir do método da análise de discurso, subsidiado pela teoria lacaniana dos discursos. Os dados coletados foram organizados em categorias de análise através de um mapa criado com o programa *XMind*. As categorias de análise foram elaboradas a partir dos eixos centrais abordados nas entrevistas, sendo eles: motivos para escolha do curso de psicologia; aproximação com a psicanálise;

especificidades da psicanálise na prática clínica do estágio; supervisão; desafios da prática clínica; ética; contribuição/participação da psicanálise na formação em psicologia. A partir desses eixos surgiram tópicos específicos que foram trabalhados na análise de dados.

Essa dissertação está organizada em quatro capítulos. O primeiro apresenta a noção de sujeito para a psicanálise seguido da teoria lacaniana dos discursos para demonstrar a operacionalização destes na clínica psicanalítica, enfatizando a importância e a função da histerização do discurso do analisando, assim como a especificidade do discurso do analista que trabalha com o sujeito do inconsciente. Os discursos universitário e capitalista são discutidos a partir da prática contemporânea da medicalização do sofrimento psíquico. Ainda nesse capítulo, traçamos um breve histórico sobre a expansão das práticas de medicação – protagonistas no âmbito da saúde mental – que promove o declínio da *talking cure* como recurso para a dissolução dos sintomas psíquicos. O capítulo seguinte destaca o discurso universitário associado ao que Foucault nomeou como biopolítica, para construir uma breve análise das formas de poder que incide sobre os sujeitos a partir da administração especializada, dispondo como um de seus vetores práticas de *expertises* que rotulam o sofrimento em categorias diagnósticas cada vez mais difundidas. Este mesmo capítulo também apresenta uma reflexão sobre a relação entre psicanálise e universidade, destacando aspectos da especificidade do saber na psicanálise lacaniana para situar sua transmissão através do estágio clínico supervisionado. O capítulo de dados realiza uma breve análise crítica das mudanças ocorridas nas diretrizes curriculares dos cursos de Psicologia no Brasil a partir de 2011, associando algumas dessas alterações ao regime do biopoder contemporâneo, e, logo depois, apresenta a análise dos dados coletados a partir das entrevistas associada com a teoria da clínica freudiana. Neste trecho é possível verificar as especificidades da prática clínica dos(as) estagiários(as) orientados pela psicanálise, junto aos impasses enfrentados para sustentar a ética psicanalítica. O último capítulo apresenta a psicanálise em uma perspectiva ética e política, destacando o aspecto real do sintoma, para situar os limites do tratamento dos transtornos psíquicos através de psicofármacos, demonstrando quais contribuições éticas a psicanálise pode proporcionar para a formação de psicólogos clínicos.

2 OS DISCURSOS COMO OPERADORES NA CLÍNICA

Este capítulo apresenta os discursos lacanianos, visto que essa teoria permite uma articulação sobre o fazer clínico. Entretanto, antes de prosseguir com a teoria dos discursos, o conceito de sujeito é trabalhado brevemente para elucidar como a clínica psicanalítica opera com o inconsciente através da linguagem.

2.1 O SUJEITO DO INCONSCIENTE

Lacan (1957/1998, p. 518) situa a clínica psicanalítica como uma experiência que entende o inconsciente como aquele que “não deixa de fora de seu campo nenhuma de nossas ações”. Em seu retorno a Freud, acrescenta à noção de inconsciente a ideia de uma estrutura de linguagem, colocando em exercício uma reavaliação deste como a sede das pulsões – “o inconsciente não é o primordial nem o instintivo e, de elementar, conhece apenas os elementos do significante” (LACAN, 1957/1998. 526). No *seminário II*, Lacan (1964/2008, p. 37) afirma que o inconsciente é estruturado como uma linguagem e, para defini-lo, diz que “ele não é nem ser nem não ser, mas é algo de não-realizado”. Essa ideia do *nem ser nem não ser* remete ao distanciamento que a psicanálise faz do conceito de personalidade, uma vez que o sujeito do inconsciente se desenha como uma incógnita que não pode ser reduzida a um ideal de eu qualquer traduzido em sentidos fixos, por isso, Lacan (1964/2008, p. 40) define que “o estatuto do inconsciente é ético, e não ôntico”.

O inconsciente tem relação com o corte inaugural do sujeito; “esse corte, eu o liguei profundamente à função do sujeito como tal, do sujeito em sua relação constituinte ao próprio significante” (LACAN, 1964/2008, p. 49), ou seja, o sujeito é constituído a partir da incidência do significante. Em uma elaboração freudiana, podemos dizer que o sujeito vai ser permanentemente marcado pelo recalque originário. Freud (1915/2010b) considera o recalque originário a primeira operação de fundação do psiquismo, o recalque fundador do inconsciente.

O conteúdo que foi suprimido pelo recalque originário permanece fixado, e sua ascensão à consciência é completamente impossível. Há, dessa forma, a divisão do sujeito a partir de uma perda inaugural. Segundo Lacan (1964/2008), a experiência do inconsciente introduz o *um da fenda*, o traço que marca uma ausência, nomeado por ele

como traço unário. Por isso o sujeito do inconsciente é indeterminado e não há nada, nenhum significante que possa vir a representá-lo enquanto tal.

O inconsciente instaura um corte, uma divisão, uma impossibilidade de tomar o *sujeito* pelo *eu*. Se o *eu* se quer completo, uno, correto, o *sujeito* é, por estrutura, dividido, falho, emergente entre um significante e outro, desconcertado e muitas vezes desconcertante, inconveniente, intruso. Por comparecer pela fala, carrega a marca do equívoco, do engano. (CARVALHO, 2004, p. 29)

Freud encontrou indícios do inconsciente nos sintomas que emergiam do corpo das histéricas com a somatização/conversão, no tropeço da fala, no esquecimento de nomes e em outros fenômenos que rompiam com a ideia de uma unidade do psiquismo, de uma consciência totalizante e autossuficiente. Para Lacan (1964/2008), é a partir desses fenômenos que Freud vai procurar o inconsciente, pois ele se mostra, se apresenta através de suas manifestações, sendo o sintoma a mais crucial para a clínica psicanalítica.

Ali, alguma coisa quer realizar-se – algo que aparece como intencional, certamente, mas de uma estranha temporalidade. O que se produz nessa hiância, no sentido pleno do termo *produzir-se*, se apresenta como *um achado*. É assim, de começo, que a exploração freudiana encontra o que se passa no inconsciente. (LACAN, 1964/2008, p. 32)

É importante destacar que Freud não falou em sujeito, mas inconsciente; o conceito de sujeito surge com Lacan no seu retorno a Freud. A máxima freudiana *Wo es war, soll Ich werden* é trabalhada por Lacan no texto *A instância da letra no inconsciente*, no qual ele situa o *Ich* como “o lugar completo, total, da rede de significantes” (LACAN, 1957/1998, p. 50). Assim, Lacan (1957/1998, p. 51) traduz o aforismo da seguinte forma: “Lá onde estava, o *Ich*, o sujeito deve advir”. Mais adiante, subverte o postulado cartesiano *cogito ergo sum* – “penso, logo existo” –, que reduz o sujeito ao nível do pensamento e da dúvida, para “penso onde não sou, sou onde não penso” (LACAN, 1957/1998, p. 521), afirmando que o sujeito não se reduz ao nível do pensamento, o sujeito do inconsciente é como indeterminado.

Lacan (1971/2009, p. 10) formulou a máxima “o significante é o que representa um sujeito para outro significante” localizando o sujeito *entre* significantes, “ali onde é representado, o sujeito está ausente”. Segundo Soler (2010), quando há significante, há *suposição* de sujeito; o sujeito do inconsciente só pode ser representado entre dois significantes enquanto desliza na cadeia da linguagem articulada, manifestando-se através das formações do inconsciente – chistes, atos falhos, sonhos e sintomas.

A impossibilidade de o sujeito do inconsciente ser representado por um significante também repousa no fato de o significante, sozinho, não representar nada. O significante, para Lacan, não é como o signo, que, para a linguística, sempre vai remeter algo a alguém. Lacan (1957/1998, p. 501) adverte sobre o engano da linguística em fixar o significante ao significado e afirma “que o significante tem que responder por sua existência a título de uma significação qualquer”. O significante sempre vai se antecipar ao sentido; além disso, também é característica do sentido deslizar incessantemente, metonimicamente. Lacan retorna aos processos primários – deslocamento e condensação – elaborados por Freud (1900) em *A interpretação dos sonhos*, reelaborando-os através dos conceitos de metonímia e metáfora. Metonímia constitui o deslocamento das palavras, o transporte da significação, o deslizamento do sentido de uma palavra a outra, que “é apresentado como o meio mais adequado do inconsciente para despistar a censura” (LACAN, 1957/1998, p. 515); o desejo é metonímico, ele desliza constantemente junto com a cadeia significante e só pode ser realizado parcialmente. Lacan também define a metáfora como um jogo significante; esta seria a substituição de uma palavra por outra, a superposição de significantes. O sintoma, para a psicanálise, tem estrutura de metáfora, ou seja, é uma produção da linguagem, ou, em termos freudianos, uma formação substitutiva, “o mecanismo de duplo gatilho da metáfora é o mesmo em que se determina o sintoma no sentido analítico” (LACAN, 1957/1998, p. 522).

Na psicanálise lacaniana, o sujeito não é sinônimo de pessoa, não remete à ideia de eu do paciente. O sujeito é o sujeito do inconsciente e não há nenhum significante que possa representá-lo completamente, pois há um resto que escapa a toda e qualquer significação, denominado por Lacan de *objeto a*. Ao entrar na lógica simbólica, o sujeito é marcado pelo significante, e isso tem consequências: algo escapa nessa operação, há uma perda de gozo que ganhará o desenho de mais-de-gozar sob a forma de objeto *a*. Podemos articular que a insuficiência do sentido para determinar o que seria o sujeito do inconsciente reside no fato de este apresentar-se como uma incógnita, um enigma animado pela perda do objeto.

Na formulação significante (S1) que representa o sujeito (\$) para outro significante (S2), o significante mestre (S1) é aquele marcado pela falta, o saber (S2) é o meio de gozo, e o sujeito é (\$) a resposta do real (TEIXEIRA, 2002b). O sujeito como resposta do real aponta para a impossibilidade da psicanálise. O real é o impossível de ser dito, aquilo que não cessa de não se inscrever. “O real, eu diria, é o mistério do corpo

falante, o mistério do inconsciente” (LACAN, 1972-1973/2008, p. 178). O sujeito é impossível de ser representado por um significante e permanece como enigma que se desloca com o discurso. Freud (1925/1996) já situava a psicanálise como profissão impossível, impossibilidade formulada por Lacan como advinda da inscrição do sujeito na linguagem a partir de uma falta no Outro.

Para Fingermann (2005, p. 25), no sujeito sempre haverá algo de irrepresentável. Freud nomeia como *das Ding* esse algo que ex-siste, está perdido, fora de qualquer representação possível. A partir desse impossível de nomear, Freud deduz os conceitos de inconsciente e pulsão. O *das Ding* é o centro da organização psíquica. A partir dele se produzem as alucinações da satisfação perdida. “Vemos que desde esse primeiro Freud a inadequação entre o gozo e a sua representação é ponto de origem do sujeito e de sua divisão” (FINGERMANN, 2005, p. 27-8). O sujeito se divide diante da impossibilidade de ser pleno, e a falta – objeto *a* causa de desejo – é a mola fundamental que conduz seus desvios e suas escolhas durante a vida, constituindo-o como um sujeito neurótico que faz da fantasia um recurso para interpretar a realidade.

A instauração do objeto *a* é representante da falta. É impossível a existência do objeto *a*, e isso é o que caracteriza o sujeito como um ser desejante. A falta é a mola que o impulsiona para o encontro de algo que venha a substituir o objeto, busca que não cessa nunca. Essa procura insere o sujeito em um mecanismo de repetição em vias de gozo. Teixeira (2002b) situa o objeto *a* como um elemento heterogêneo ao significante. A partir da definição do objeto *a*, é estabelecida uma nova concepção sobre a economia do gozo, a saber: “nada é capaz de apreendê-lo completamente, restando sempre algo que transborda e que é impossível de ser capturado” (TEIXEIRA, 2002b, p. 94-95). Para Souza (2003), o sujeito do inconsciente tem a função de organizar o “buraco” em forma de *a*. O sujeito só é inaugurado “no instante onde, no real, pode-se isolar algo que, de um ponto topológico, corresponde à noção de um ‘buraco’” (SOUZA, 2003, p. 92).

A produção de sentido em uma análise não dá conta do sujeito do inconsciente. A interpretação significativa “não resolve de modo algum o enigma do sujeito, ela o desloca” (SOLER, 1995, p. 25). Isso remete ao que os psicanalistas lacanianos defendem quando afirmam que uma interpretação visa ao real, e não ao sentido. Esse seria um dos pontos que distinguem a psicanálise das psicoterapias, pois, enquanto a segunda tenta restaurar as bases abaladas do sujeito, tamponando os buracos que surgem na fantasia (FINGERMANN, 2005), o praticante de psicanálise segue advertido da divisão do ser

falante e, no lugar de emprestar sentido para o que falha, convoca o paciente a produzir um saber sobre o mal-estar a partir de sua própria narrativa.

2.2 OS QUATRO DISCURSOS + 1

Lacan formulou os discursos para operacionalizar o que acontece na clínica psicanalítica, inaugurando um segundo tempo da teoria da linguagem, que reflete a conexão entre o significante e o gozo – “o discurso como máquina se aparelha para tratar o real de onde surge o sujeito sobre o qual opera a psicanálise” (TEIXEIRA, 2002b, p. 95). Os discursos traduzem os modos de operação da clínica psicanalítica, e, através dos matemas propostos por Lacan (1969-1970/1992), é possível realizar uma leitura sobre a direção ética com que o praticante de psicanálise pode conduzir o tratamento.

O objeto de pesquisa deste trabalho tem relação com a formação de psicólogos clínicos orientados pela psicanálise lacaniana, assim torna-se indispensável realizar uma leitura dos discursos para assimilar o que Lacan formulou sobre a histerização da fala do analisando, possibilitando uma elucidação da importância e do efeito dessa prática na condução do tratamento. Além disso, os discursos configuram-se como recurso oportuno para situar o saber na psicanálise, caracterizando as possíveis formas de transmissão desta na universidade.

Para a psicanálise lacaniana, todas as configurações de laço social são ancoradas em um discurso, visto que “um discurso desenha os lugares ordenados” (SOLER, 2011, p. 63). Os discursos definem os laços sociais entre os humanos, que são seres falantes. Da relação entre o sujeito e o Outro, algo se produz a partir de um agenciamento (ALBERTI, 2009); os discursos ordenam os modos de gozo do sujeito, constituem quatro formas de tratar a impossibilidade, a castração, produtoras de mal-estar. A psicanálise é uma experiência de discurso, o que inclui o trabalho com o gozo, uma vez que se dirige ao sujeito do inconsciente, na clínica da neurose, através do laço transferencial sustentado pelo discurso do analista.

A noção de discurso também implica o inconsciente em relação ao real, ao “real do sujeito e ao real do gozo” (VEGH, 2001, p. 11). Segundo Teixeira (2002, p. 29), a teoria dos discursos tem correlação com o que Lacan nomeou campo do gozo, tópico que vai além do Édipo freudiano e “concebe o aparelho mental e a realidade humana como

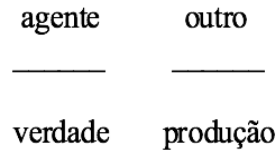
uma estrutura de discurso”. Lacan (1969-1970, p. 73) afirma que o discurso toca o gozo incessantemente, e é a partir dele que se origina e se agita.

Freud (1925/1996) anuncia que o ato de governar, educar e analisar são impossíveis; posteriormente, Lacan (1969-1970/1992) inclui como impossível o fazer desejar do ato histórico. Essas quatro modalidades do impossível definem os discursos lacanianos. Governar estaria no discurso do mestre; educar, no discurso universitário; analisar, no discurso analítico; e fazer desejar, no discurso histórico. Para Soler (2011a), o famoso postulado “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” determina a realidade, a realidade dos laços sociais; a partir disso, podemos afirmar que “toda realidade é de discurso” (TEIXEIRA, 2002b, p. 94).

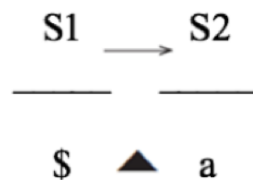
Ao advir na estrutura neurótica, o sujeito acessa o discurso e constitui um ser de falta, entrando no circuito do desejo metonímico; é possível, então, considerar que “situar-se na perspectiva do desejo é também situar-se na perspectiva do laço com o outro” (VEGH, 2001, p. 13).

Há rotação de um quarto de giro entre os discursos, por exemplo, o discurso do analista se constitui por um quarto de giro em progressão a partir do discurso da histórica, enquanto o da universidade se constitui com um quarto de giro em regressão ao discurso do mestre. Lacan (1969-1970/1992) afirma que o discurso do analista nasce como o avesso do discurso do mestre. O discurso do mestre é o primeiro discurso acessado pelo ser falante; ele instaura a subjetividade e insere o humano na lógica discursiva. Sobre a circulação dos discursos, é necessário sublinhar que “não há discurso isolado, a legitimação de um é dada pela presença dos outros, livrando a psicanálise de qualquer ideal solitário” (TEIXEIRA, 2002b, p. 92). O discurso capitalista, formulado também em 1970, segue uma lógica diferente dos seus antecessores. Muitas vezes, é considerado uma atualização do discurso do mestre, porém, para alguns autores, o discurso capitalista não faz laço social (SOLER, 2011a, p. 60).

Nesta seção, abordo cada um dos discursos comentando suas particularidades. Os temas propostos por Lacan são lugares ordenados constituídos de quatro partes por onde circulam diferentes letras. Os lugares são: agente, outro, produção, verdade. As quatro letras são definidas como S1 (significante mestre), S2 (saber), a (mais-de-gozar), \$ (sujeito).



Iniciamos com o discurso do mestre, que é o discurso inaugural do sujeito dividido. Ele é o discurso através do qual se enuncia que um significante representa um sujeito para um outro significante. O S1 intervém numa bateria de significantes (S2), organizando a estrutura de linguagem (LACAN, 1969-1970/1992). O discurso do mestre é representado no seguinte matema:



Discurso do mestre

O S1, significante mestre, ocupa o lugar de agente do discurso, lugar de dominância, e tem o estatuto de uma lei articulada que corresponde à lei da linguagem. O significante mestre (S1), ao intervir sobre o lugar do outro no matema, ocupado pelo saber (S2), produz efeitos. O discurso do mestre remete à ordem e à lei e introduz o sujeito na ordem do significante; é o S1 que ordena o gozo do sujeito através do significante fálico, dessa forma, “o mestre, em sua função de Outro, interdita o desejo do sujeito, e, por conseguinte, instaura a lei” (FERRETTI, 2011, p. 71). O matema do discurso do mestre representa o acesso do ser falante ao discurso a partir da instauração de uma falta significante S (A), que divide o sujeito e o estrutura como neurótico:

Momento de surgimento, de intervenção do significante mestre, isso evoca mais o acontecimento: ou seja, o que não é antecipável na ordem do discurso, uma contingência. Além do mais, esse “momento” de surgimento, se seguimos Lacan, é o momento da produção do sujeito como dividido. (SOLER, 2010, p. 263)

O discurso do mestre lança o humano na condição da linguagem (SOUZA, 2003); nele o S1 ocupa o lugar de agente, organizando a cadeia significante – “nesse laço social, o significante mestre comanda a ordem social, tem função coletivizante e assegura que todos marchem em cadência, com os rateios que as leis sancionam” (SOLER, 2010, p. 257-258). No discurso do mestre, o S1 vem representar alguma coisa por sua intervenção

no campo definido, como o campo já estruturado de um saber (LACAN, 1969-1970/1992, p. 11-12); a intervenção do S1 no campo do S2 não é um comando, mas “o significante pelo qual o sujeito se reporta ao saber não sabido, que ele não conhece” (SOLER, 2010, p. 263). Essa operação localiza no lugar da verdade o sujeito dividido, produzindo uma perda, o objeto *a* que tem sua função extraída da repetição, pois esta responde a um mecanismo fundamental, que é o de encontrar o objeto faltoso através de um desperdício de gozo (LACAN, 1969-1970/1992, p. 48).

O saber (S2) nesse discurso não representa o saber inconsciente, mas um saber-fazer do escravo. Lacan toma emprestada a lógica de Hegel do mestre e do escravo para apontar que o saber está do lado do escravo, enquanto o mestre não quer saber nada sobre isso, apenas imperar no lugar da ordem. O Outro ocupa o lugar de mestre, é o que ordena e faz gozar o sujeito como um escravo. “O trabalho escravo é que constitui um inconsciente *não revelado*, que dá a conhecer se essa vida vale a pena que se fale dela. O que, de verdades, de verdades verdadeira, fez surgir tantos desvios, ficções e erros” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 31). Ou seja, a partir do discurso do mestre não é possível produzir um saber sobre o inconsciente, uma vez que o saber nesse discurso está alienado ao Outro. Os saberes produzidos pela medicina e pelas psicologias circulam ancorados no discurso universitário, sem abrir possibilidades para que o sujeito avance do discurso do mestre para o discurso histórico a partir da retificação subjetiva. O discurso do mestre é aquele com o qual, geralmente, o sujeito chega no início do tratamento. Segundo Torres (2016), o giro do discurso do mestre para o discurso histórico e do discurso histórico para o analítico representa os tempos lógicos em análise: o momento de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir.

Para Souza (2003), o discurso do mestre é um artefato de linguagem que transforma a fala em um instrumento de poder e que age sobre outras pessoas. Nele, o objeto *a* está localizado no lugar da produção, o que quer dizer que há uma perda radical. Dessa perda, podemos considerar objeto perdido, estabelecido por Freud, o primeiro momento de satisfação do bebê, o que inaugura a identificação e estabelece o traço unário. Esse primeiro momento também pode vir a ser um trauma:

O acontecimento de corpo, que é a irrupção de um gozo, está na origem. Lacan a qualifica de experiência não marcada e que vai ser marcada por um traço unário. Ou é um trauma ou um prazer especial: essa referência é freudiana e ela é dupla. (SOLER, 2011, p. 17)

O objeto *a* será sempre perseguido, porém nunca alcançado; ele é causa de desejo, é o que nos movimenta como seres desejantes. Para Torres (2016), o infinito da cadeia, no discurso do mestre, supõe um sujeito que se sustenta pela fantasia. A fórmula da fantasia surge na parte inferior do matema do discurso do mestre indicando que é ela quem sustenta a articulação entre S1 e S2.

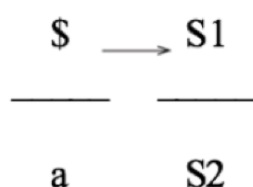
O objeto *a* adquire status de mais-de-gozar devido à repetição do ser falante, que conduz o sujeito a produzir um excesso de gozo. O objeto *a*, causa de desejo, impulsiona o sujeito em uma lógica de repetição de gozo, pois nunca será encontrado.

Essa função do objeto perdido, que é retirado do próprio texto de Freud, vai ser também tratada por Lacan como um imperativo ético que causa no sujeito uma perda radical de si mesmo... O que se produz como *mais-de-gozar* vai estar relacionado à noção de repetição e aparece para o sujeito como algo que ele mesmo resiste a perder. (SOUZA, 2003, p. 110-111)

Souza (2003) afirma que o sujeito dividido, ocupando o lugar da verdade no discurso do mestre, revela o recalçamento do desejo. O sujeito dividido como produção desse discurso indica que o neurótico está localizado no laço social.

O discurso do mestre estabelece a cadeia significante de onde advém o sujeito do inconsciente, porém ele não revela o inconsciente. Esse é um discurso alienante. Para trabalhar com o inconsciente e com o sintoma, é necessário o discurso histórico, que opera com o dizer que surge por trás dos ditos.

A importância da análise consiste na possibilidade de colocar o ser falante diante da sua própria narrativa, o que permite que ele antecipe fatos e elabore suas próprias questões. O discurso histórico é indispensável para que aconteça uma análise. Ele é o discurso do inconsciente em exercício, que leva o sujeito a produzir um saber sobre o seu gozo. O discurso histórico surge a partir de um quarto de giro em progressão ao discurso do mestre.



Discurso histórico

“Esse discurso é o que possibilita que haja um homem motivado pelo desejo de saber” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 35). Se interpretarmos essa citação no contexto da

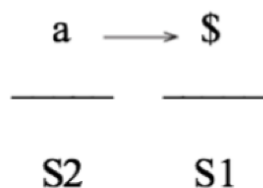
análise, localizamos que não se trata de um saber qualquer, e sim de um saber sobre o inconsciente. O sujeito dividido ocupa o lugar de agente do discurso com o seu desejo e o seu sintoma (SOUZA, 2003, p. 114). O \$ no lugar de agente dirige-se ao S1 para que ele produza um saber sobre o seu gozo (\$ – S1). A produção desse saber é limitada, uma vez que é impossível dizer completamente a verdade. O *a* posicionado no lugar da verdade aponta para a impossibilidade de alcançar um saber pleno sobre o inconsciente. Entretanto, mesmo com a impossibilidade de alcançar um saber totalizante, o discurso histórico coloca o inconsciente em exercício, possibilitando que se produza um saber sobre ele (TEIXEIRA, 2002b, p. 96). Essa produção parcial de saber é o que permite que os significantes proferidos em uma análise possam ser realocados, produzindo a emergência de uma nova economia de gozo.

Na análise, a regra do jogo é passar pelo discurso histórico, pois a histórica fabrica o \$ movido pelo desejo de saber. A experiência analítica histeriza o discurso do sujeito para que ele produza significantes que constituam a associação livre. No surgimento contingente dos significantes, não há nada que não se reporte àquele saber que não se sabe (LACAN, 1969-1970/1992, p. 35). Dessa produção fervilhante de S1, pode advir algo diferente. “É em torno do sintoma que se situa e se ordena tudo que é do discurso histórico” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 45). O que a experiência analítica pode produzir é o S1, significante do gozo. O significante causa e barra o gozo, e é no dispositivo analítico que se percebe a relação entre o gozo e o sujeito (LACAN, 1972-1973/2008).

O que conduz ao saber é o discurso da histórica (LACAN, 1969-1970/1992, p. 22), que é o discurso do desejo de saber, o discurso do analisante. A transmissão da psicanálise se deu com Lacan se posicionando como analisante em seus seminários. “O que constitui a originalidade deste ensino, e que os motiva a lhe trazerem sua presença em massa, é exatamente o fato de alguém, a partir do discurso analítico, colocar-se em relação a vocês na posição de analisando” (LACAN, 1971/2009, p. 11).

Quando o sujeito chega à análise, o analista faz intervenções com o objetivo de histerizar o discurso do analisando, para que ele possa produzir um saber sobre o seu inconsciente. Quando o sujeito em análise tem o discurso histerizado, pode-se dizer que ele parte para a lógica do desejo de saber, abrindo possibilidades para que o discurso do analista possa operar. Isso não significa que o discurso analítico opera apenas depois da histerização do discurso, mas, com a fala do analisando histerizada, a interpretação analítica tem mais chances de produzir efeitos. Em uma análise, só é possível a

emergência do discurso histérico se o analista ocupar o lugar de semblante de objeto *a*, *causa de desejo*, no discurso do analista.



Discurso do analista

Fazer-se semblante do objeto significa que o analista não atua em uma análise como um sujeito em sua subjetividade. “Isso quer dizer que, neste lugar, o analista não corresponde a uma pessoa, a um ser; nem mesmo trata-se de ‘fazer de conta’ que é analista” (SOUZA, 2003, p. 129). O praticante de psicanálise deve seguir advertido da política da *falta-a-ser*, não desejar nada para o analisando, e, a partir desse lugar, interrogá-lo, possibilitando que uma análise aconteça e que o paciente venha a produzir um saber sobre o seu gozo. Nesse lugar de semblante, é possível instaurar a transferência, condição básica para que uma análise aconteça.

O analista, segundo a formulação proposta para o discurso do analista, é o mestre sob a forma de objeto *a*, ele ocupa o lugar de semblante de objeto *a*. É do lado do analista que pode haver uma suposição de saber construída pelo analisando. Lacan (1969-1970/1992) interroga de que forma se dá a verdade como saber no discurso do analista e aponta para um enigma como resposta, pois a verdade nunca pode ser toda dita, sendo sempre uma semi-dizer. A função do enigma é justamente esse semi-dizer (LACAN, 1969-1970/1992, p. 36-37). O saber no lugar da verdade no discurso do analista aponta para a estrutura da interpretação analítica.

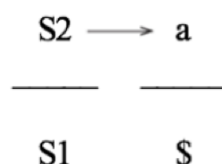
Destacamos que Lacan insiste na afirmação de que o analista não deve ocupar lugar de mestria ou de dominância. É necessário fazer o trabalho de análise, ou seja, a interpretação, através do equívoco, do enigma. O analista nunca deve preencher o enigma, e sim deixar para o analisando essa tarefa, “enigma colhido, tanto quanto possível, na trama do discurso do psicanalisante, e que você, o intérprete, de modo algum pode completar por si mesmo” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 38). Não ocupar o lugar de mestre, doando sentido para as questões endereçadas pelos analisandos, é um dos maiores desafios para os iniciantes em psicanálise.

Segundo Alberti (2009), desde Freud podemos encontrar essa posição de que o analista não deve se identificar com um mestre que detém o saber sobre o inconsciente do analisando. Em vez de encarnar o papel de mestre que comanda, lugar geralmente muito facilmente proposto pelos pacientes, Freud fez da transferência um recurso para que o próprio analisando produzisse o saber sobre o seu inconsciente. “Freud em função da sua particular relação com a verdade, era suficientemente honesto consigo mesmo para não crer que tinha esse saber que lhe era outorgado na transferência” (ALBERTI, 2009, p. 120).

“O discurso do analista não é outra coisa senão a lógica da ação” (LACAN, 1971/2009, p. 57), pois nesse discurso há produção de significantes mestres do lado do analisando. Ou seja, em uma análise, a partir do discurso do analista, o sujeito pode vir a histerizar seu próprio discurso, produzindo um saber sobre o seu inconsciente através da produção fervilhante de significantes mestres que vão surgindo em sua cadeia significativa articulada. Lacan (1971/2009) pontua que essa produção não é de qualquer significante; ele enfatiza: são significantes mestres, significantes que ordenam o gozo do ser falante. É com essa produção de significantes que o sujeito tem a oportunidade de elaborar suas questões e atravessar seus sintomas.

Para Soler (2012), não há sentido comum do sintoma, apenas verdades singulares. A verdade e o sentido são ambos fenômenos do sujeito do inconsciente. Podemos dizer que o sintoma é o que o sujeito tem de mais singular, é o que denuncia a existência do inconsciente. Nenhum sujeito atinge completamente o saber em uma análise, pois a verdade é um semidizer, e o sentido sempre foge, escapa, irredutivelmente, dessa forma, “não há na fala analisante solução ao semidizer” (SOLER, 2012, p. 56).

Em relação aos discursos que excluem o inconsciente, incluímos o quarto discurso, chamado de universitário.



Discurso universitário

O discurso universitário não está diretamente enlaçado à universidade como instituição. Segundo Žižek (2006), é muito comum encontrar leituras do discurso

universitário associando-o apenas à maquinaria de interpretação acadêmica, ou, até mesmo, às próprias instituições universitárias. É importante acentuar que o discurso universitário, como Lacan formulou, é um tipo de laço social. Nas universidades circulam todos os discursos, não apenas o universitário. Um exemplo muito claro é a pesquisa, que posiciona o pesquisador no discurso histórico, movido pelo desejo de saber.

No discurso universitário o saber (S2) ocupa o lugar de agente, que “é recolhido sob a forma de um conhecimento organizado e cumulativo, capaz de converter-se até mesmo numa burocracia” (SOUZA, 2003, p. 125). Esse saber não é da mesma ordem do saber do discurso do analista, que surge no lugar da verdade como um semidizer. O saber elevado à categoria de agente no discurso universitário se dirige ao outro como um objeto a ser esculpido, formatado; dessa forma, o discurso universitário não admite a instância subjetiva (ŽIŽEK, 2006). Nesse laço social, quando há o encontro com o real, procura-se desenvolver um saber sobre ele que culmina no reino das expertises. Aqui não há lugar para o não saber, por isso costuma-se considerar que ele produz e ao mesmo tempo exclui o sujeito dividido.

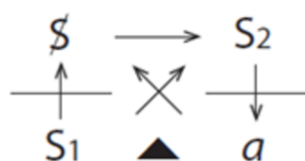
Enquanto o discurso analítico procura vias de levar o sujeito a falar sobre a sua divisão, causando desejo de produzir saber sobre suas questões, seus sintomas, seu inconsciente e sua singularidade, o discurso universitário traduz-se como um saber legitimado e acordado entre pares, saber este que pode vir a ser generalizado.

Os quatro discursos formulados por Lacan (1969-1970/1992) fazem laço a partir da falta, representada nos matemas pelo algoritmo a , mais-de-gozar, causa de desejo. No discurso do mestre o a está localizado na produção, pois, com a articulação de significantes S1 – S2, há suposição de sujeito no *entre*, localizado no lugar da verdade do matema indicando que algo escapou à possibilidade de registro simbólico por conta da falta primeira, ausência inscrita pelo traço unário, processo que insere o sujeito em vias de gozo, por isso o objeto a ganha status de mais-de-gozar, conduzindo o sujeito ao destino da repetição e do desejo em busca do gozo perdido. O discurso do mestre constitui o laço do sujeito com o Outro, é o discurso da linguagem articulada, e pode ser encarnado em instituições, ou por arautos da ordem e da lei, a exemplo das monarquias absolutistas. No discurso histórico, o a ocupa o lugar da verdade indicando que na análise é impossível falar tudo sobre a causa de desejo do sujeito, algo escapa, a falta não pode ser tamponada. O laço nesse discurso acontece através do desejo de saber sobre o inconsciente, que leva o analisando a interrogar-se, ou pelo desejo de saber que convoca o pesquisador a

questionar-se para produzir conhecimento. No discurso universitário, o saber – S2 – se dirige ao *a*, localizado no lugar do outro, para defini-lo, categoriza-lo, configura-lo. Nesse discurso, há a tentativa de suprimir a falta a partir do saber. O encontro com o real (da natureza ou da linguagem) aqui é resolvido através do saber de *experts*, traduzidos nas práticas dos diversos regimes de saber-poder contemporâneo. Este tópico será abordado de forma mais específica no capítulo seguinte. Em contrapartida, no discurso do analista, o *a* na posição de agente indica que o praticante deve ocupar na clínica um lugar esvaziado, semblante do objeto, para que o sujeito possa vir a produzir saber em análise a partir da causa-de-desejo.

O que circula entre os sujeitos na comunicação simbólica é, afinal, obviamente, a falta, a própria ausência, e é essa ausência que abre espaço para a significação “positiva” etc., mas tudo isso são paradoxos imanentes ao campo da comunicação, isto é, da significação: o próprio não-senso do significante, o “significante sem significado”, é a condição da possibilidade da significação de todos os outros significantes, isto é, nunca devemos esquecer que o não-senso com que lidamos aqui é estritamente interno ao campo da significação, o que o “trunca” por dentro. (ŽIŽEK, 1992, p. 174)

O discurso capitalista produz um laço ilusório do sujeito com o objeto. O *a* ocupa o lugar da produção nesse discurso com a seta que parte em direção ao sujeito, isso indica que no discurso capitalista os sujeitos são “comandados pelos produtos” (SOLER, 2011a, p. 59), dando partida a uma lógica de consumo na qual não há laço entre pares, e sim, um engodo de laço direto entre o sujeito e o objeto. Isso indica que “o que é visado no discurso capitalista é a produção constante de “objetos” que passam a ser “desejados” com avidez, com voracidade pelo sujeito” (SOUZA, 2003, p. 139).



Discurso capitalista

O sujeito no lugar de agente no discurso capitalista indica que ele comanda a cadeia articulada de significantes, designada como saber, para produzir o mais-de-gozar, representado pelo *a* no matema. Aqui encontramos a ideia de que o sujeito na sociedade capitalista tem liberdade para tudo desejar, entretanto, sabe-se que o discurso universitário, como discurso hegemônico contemporâneo, imprime uma verdade no

sujeito dividido que, inevitavelmente, empurra a “liberdade” do desejo à uma contradição (ŽIŽEK, 2006). O conceito de mais-valia, elaborado por Karl Marx, foi utilizado por Lacan para designar a função do objeto *a* no discurso do capitalista. Segundo Soler (2011a), o objeto *a* como mais-de-gozar tem sua função em ser causa de desejo, e, no discurso capitalista isso remete a uma “falta-a-gozar”, pois o único laço possível, a partir desse discurso, é o laço ilusório entre sujeito e objeto, um engodo de que pode-se tomar posse do objeto. A lógica capitalista do produzir para consumir e consumir para legitimar a produção fabrica a “sede de falta a gozar” (SOLER, 2011a, p. 58).

Dunker (2015, p. 23) advoga que na contemporaneidade há um “consumo de experiências de bem-estar”, que são fornecidas através de dispositivos diversos, sendo a medicalização um dos principais e um dos meios aos quais mais se recorre. O laço entre médico e paciente se perde no imediatismo da consulta e na aplicação do diagnóstico como solução prática e produtiva para o sintoma problema. Em três décadas, surgiram 115 novas nomenclaturas para designar transtornos mentais, o que acarretou um aumento de 63% na lista de novos tipos de diagnóstico (DUNKER, 2015, p. 22).

Como podemos pensar o discurso capitalista no trâmite entre médico e paciente? Pode-se considerar que o laço entre esses atores está, cada vez mais, esmaecido? Para Birman (2012, p. 87), diante do esvaziamento da relação médico-paciente, “as dores e os sofrimentos dos pacientes são medicalizados ostensivamente”. O que o discurso capitalista produz é um engano, uma fantasia de que existe laço direto do sujeito com o objeto (SOLER, 2011a, p. 59). Se localizarmos o objeto de desejo dos pacientes como a cura, ou o bem-estar, pode-se considerar o consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade uma consequência desse engodo? O engano encontra-se na ilusão de que seria possível ter acesso ao bem-estar sem recorrer ao recurso da simbolização, o que leva os pacientes a seguirem em direção ao ato do consumo dos psicotrópicos. Ainda nessa discussão, pode-se formular a seguinte questão: até que ponto o discurso capitalista promove o *bem-estar* de forma objetificada, a ser consumida?

A nova ordem avança, devastando os laços sociais e os sintomas, promovendo a metonímia do gozo, incitando à caça desenfreada ao mais-de-gozar. Esse novo discurso, que recusa o discurso do mestre, aboliu o valor das relações inconscientes, destituiu toda pergunta sobre a causa do desejo e somente promove e enaltece o êxtase da satisfação de um corpo que consome, ou do capital que se acumula. (COELHO DOS SANTOS; TEIXEIRA, 2006, p. 166)

Segundo Teixeira (2007), no discurso do capitalista, a relação do sujeito com o inconsciente não sabido se realiza de maneira a mascarar a divisão subjetiva – este seria um discurso que rejeita a castração.

O discurso histórico pode reverter o giro infinito do discurso do capitalista, pois a histerização do discurso eleva o sujeito dividido à posição de agente para produzir um saber sobre o inconsciente, colocando-o em vias de ir ao encontro do seu desejo singular através da fala. A psicanálise promove, por meio do discurso do analista, objeções à lógica do discurso capitalista ao “suscitar um desejo outro, ou sustentar desejos outros” (SOLER, 2011a, p. 65) a partir da simbolização. A psicanálise segue na contramão dos discursos hegemônicos contemporâneos sobre o lugar dos psicotrópicos na regulação das subjetividades, pois coloca o sujeito para narrar o seu próprio enredo, e, através da histerização do discurso, promove formas de dissolução do sintoma pela via da palavra.

2.3 CLÍNICA: MEDICALIZAÇÃO × *TALKING CURE*

O surgimento da clínica médica está vinculado com as mudanças ocorridas nas formas de classificação de doenças e na descrição dos detalhes sobre o lado oculto do corpo humano, o desvelamento do cadáver. O que antes era invisível aos olhos passou a ser definido em palavras e signos médicos, produzindo novas verdades sobre o doente. Segundo Foucault (1980/2017), com Bichat (1771-1802) as formas de visibilidade da doença se alteram, pois, o que antes estava oculto de repente mostra-se aos olhos, modificando os limites do campo do visível e invisível, dando origem a uma nova nomenclatura das doenças. A partir dessa virada, a estrutura do campo hospitalar se reorganiza e a experiência clínica instaura-se como forma de conhecimento, situando o doente “em um espaço coletivo e homogêneo” (FOUCAULT, 1980/2017, p. 216).

A constituição da anatomia patológica na época em que os clínicos definiam seus métodos não se deve a uma coincidência: o equilíbrio da experiência desejava que o olhar colocado sobre o indivíduo e a linguagem da descrição repousassem no fundo estável, visível e legível da morte. Essa estrutura em que se articulam o espaço, a linguagem e a morte – o que se chama, em suma, de método anatomoclínico – constitui a condição histórica de uma medicina que se dá e que recebemos como positiva. Positivo aqui em sentido forte. A doença se desprende da metafísica, do mal com quem, há séculos, estava aparentada, e encontra na visibilidade da morte a forma plena em que seu conteúdo aparece em termos positivos. (FOUCAULT, 1980/2017, p. 216)

Segundo Dunker (2008), há uma margem considerável de argumentos contra a ideia de que a psicanálise tenha relação com essa tradição clínica do século XVIII, uma vez que a primeira possui uma forma singular de prática clínica e terapêutica. O termo *clínico*, nesse período histórico, é definido pelo autor como o “exercício de observação, descrição e comparação dos fenômenos” (DUNKER, 2008, p. 223), que forma um campo semiológico. As impressões subjetivas do paciente seriam irrelevantes caso não participassem da lógica diagnóstica. Freud traçou um percurso que o levou além da perspectiva clínica positiva – encarnada de certo modo por Charcot, que dirigia a atenção para os sintomas fisiológicos dos histéricos –, alcançando uma formação como psicoterapeuta ao direcionar o foco do tratamento para a alma/*psiquê* através do método da associação livre (DUNKER, 2008). O sintoma, na clínica psicanalítica, seria uma manifestação do inconsciente, uma operação de linguagem realizada por meio dos processos psíquicos primários – condensação e deslocamento – que pode ser dissolvida através da fala. Freud, desse modo, singulariza a psicanálise como clínica da palavra.

A marca positivista que incide no saber produzido pela medicina clínica moderna alcança a contemporaneidade. A psiquiatria, durante certo tempo, foi considerada uma falsa medicina, pois tratava de doenças mentais, e não de disfunções orgânicas. Como as desordens da mente não eram rastreáveis no corpo, a psiquiatria não alcançaria o estatuto de uma medicina positiva – “desde sua origem, de fato, a medicina mental instituiu-se numa curiosa situação de falsidade em relação à medicina” (CASTEL, 1987, p. 68). Birman (1999) relata que a psicopatologia seguiria vinculada à psicanálise até a década de 1970, mas depois ela encontra nas neurociências a oportunidade de elevar-se à categoria de especialidade médica, afastando-se do conceito de “falsa medicina”. O vínculo com a psicanálise aconteceu a partir de uma demanda da medicina mental moderna por um fundamento teórico. Com o estudo freudiano dos processos psíquicos inconscientes, a psiquiatria encontra uma infraestrutura diagnóstica ao compartilhar das estruturas clínicas neurose e psicose, tratadas com o método interpretativo.

Em virtude do encontro com as neurociências, o saber psiquiátrico afasta-se da psicanálise e passa a desenvolver a leitura do psiquismo a partir de uma perspectiva biológica e/ou cognitiva-comportamental; com isso, o saber sobre a subjetividade produzido com a clínica psiquiátrica desliza da economia libidinal, formulada por Freud, para a economia bioquímica, construída pelas neurociências. Esse processo incide na clínica terapêutica promovendo consequências diversas:

A psicofarmacologia se transformou no referencial fundamental da terapêutica psiquiátrica, dado que as neurociências pretenderam fundar uma leitura do psiquismo. Com isso, a medicação psicofarmacológica pretende ser a modalidade essencial da intervenção psiquiátrica. Em consequência disso, a psicoterapia tende a ser eliminada do dispositivo psiquiátrico, transformando-se num instrumento totalmente secundário face à intervenção psicofarmacológica. A psicoterapia passa a ser representada como uma peça de museu, sendo colocada como periférica no dispositivo psiquiátrico da atualidade. (BIRMAN, 1999, p. 40)

Segundo Birman (1999), o processo de reconstrução da psicopatologia fica evidente nos Estados Unidos a partir da década de 1970 e na França a partir de 1980; no Brasil, esse mesmo rumo está sendo traçado. A *talking cure* sofre uma desvalorização enquanto o psicofármaco, elaborado para regular a economia bioquímica do cérebro, seria elevado como solução prática, imediata e econômica. Em outras palavras, as narrativas que constroem um saber sobre o sintoma psíquico são deixadas de lado para serem substituídas por diagnósticos tratados por substâncias químicas que prometem a “regulação” dos estados subjetivos. A psiquiatria contemporânea se interessa pelas síndromes e sintomas deixando de lado a etiologia da enfermidade: “neste novo recorte é o medicamento, como instrumento supostamente ‘eficaz’ sobre um conjunto articulado de sintomas, que passa a ser referência maior para a *nomeação* e a *construção* de síndromes” (BIRMAN, 1999, p. 42). |

A flutuação de metáforas neuroquímicas e farmacológicas exige unidades conceituais e descritivas cada vez mais flexíveis e indeterminadas clinicamente e cada vez mais hipotéticas do ponto de vista etiológico para justificar a produção repetida de novas medicações. (DUNKER, 2015, p. 22-23)

Os sintomas encontram, dessa forma, diagnósticos infundáveis, e as alteridades perdem, cada vez mais, o espaço destinado à existência e oportunidade de simbolização, uma vez que, para todo e qualquer sintoma psíquico ou traço subjetivo que não corresponda ao ideal de sujeito produtivo, saudável, normalizado, haverá um signo diagnóstico que o represente, acompanhado de um medicamento que ofereça cura e ajustamento. Nesse sentido, a psicanálise perde espaço quando comparada a outras formas de tratamento imediatista, seguindo de escanteio por conta da duração de uma análise e do doloroso processo de elaboração e implicação frente aos modos de gozo do sintoma.

O paradigma biológico da psiquiatria se impôs, reconstituindo o discurso psicopatológico em novas bases. Consequentemente, a psicanálise perdeu o lugar de hegemonia no campo da psiquiatria, ficando, pois, numa posição

secundária e subalterna...; a ideia de história de uma subjetividade, articulada com o eixo do tempo, tende ao silêncio e ao esquecimento. É sempre a pontualidade da intervenção, centrada no psicofármaco, o que está em questão na terapêutica do dispositivo psiquiátrico da atualidade (BIRMAN, 1999, p. 41-43).

Algumas pesquisas¹ revelam que o processo de validação dos psicotrópicos para o mercado clínico não seguem diretrizes éticas rígidas, uma vez que podem omitir certos dados cruciais que determinam se os remédios são realmente eficazes ou não. Além disso, não há um consenso sobre o fato de o desequilíbrio químico no cérebro ser o agente causador do transtorno mental, ou seja, o sintoma psíquico não é passível de ser rastreado organicamente, “não há nenhuma testagem, nenhum método de neuroimagem, nenhuma forma de comprovar por meio de exames biológicos a presença ou a ausência de um transtorno mental” (DUNKER, 2015, p. 27). Entretanto, quando se descobriu que certas drogas psicoativas afetavam os níveis de neurotransmissores no cérebro, a hipótese de que a causa dos transtornos mentais seria orgânica – economia bioquímica do cérebro – foi levantada e defendida, elevando o medicamento psicotrópico à categoria de agente principal de combate aos sintomas.

Na contramão desse discurso, a psicanálise freudo-lacanianiana não oferta técnicas de felicidade nem mesmo promete a “cura”, uma vez que essa palavra remete a uma ambiguidade de sentido. A palavra *cura* está associada à medicina ou ao misticismo, visto que ambos prometem a resolução total dos sintomas e conflitos. A psicanálise, por outro lado, recusa essa perspectiva, pois “tanto a cura como produto da técnica médica como a cura como expressão de uma epifania mística nos convidam a uma posição de poder que a psicanálise haveria de recusar” (DUNKER, 2008, p. 226). O poder na clínica psicanalítica não está no ato de diagnosticar, muito menos na medicação, mas do lado do sujeito que pode vir a implicar-se, a partir da análise, em seus modos de gozo, encontrando vias de soluções próprias para seus sintomas.

¹ Ver ANGELL, M. *A epidemia da doença mental*, Revista Piauí, Edição 59, agosto de 2011.

3 A PSICANÁLISE, O SABER, A UNIVERSIDADE

Neste capítulo será apresentada uma leitura dos discursos lacanianos, especificamente os discursos do mestre, universitário e capitalista, no âmbito social e constitutivo das civilizações. Com base nisso, situamos a hegemonia contemporânea da *expertise* que incide sobre os sujeitos a partir de uma leitura do discurso universitário para, em seguida, discutir como a psicanálise pode ser um recurso interessante à formação de psicólogos clínicos que seguem o percurso acadêmico, muitas vezes, sem oportunidade de romper com a lógica discursiva burocrática, cientificista e normalizadora. A relação entre a psicanálise e universidade é brevemente traçada para situar as formas de transmissão possíveis do saber psicanalítico no contexto universitário, sendo a supervisão do estágio clínico um espaço privilegiado para tal atividade.

3.1 O DISCURSO UNIVERSITÁRIO

Segundo Birman (2000, p. 46), a arqueologia da clínica médica, traçada por Foucault em 1980, localiza a psicanálise, de forma crítica, vinculada à medicina do século XVIII, que deu origem ao colóquio singular entre médico e paciente, possibilitando o advento de um saber produzido a partir da individualidade, em contraste com a concepção aristotélica do universal, dominante na Antiguidade. Com a produção de saberes médicos associada ao caso particular, a medicina clínica moderna teria como aspecto constituinte a singularidade nas operações diagnósticas e, com esse aspecto do singular, abriria caminho para as demais ciências humanas, incluindo a psicanálise. Contudo, a psicanálise origina-se como uma experiência que descentraliza o sujeito do eu e da consciência a partir de uma concepção da constituição psíquica vinculada ao inconsciente.

Enquanto no período clássico as palavras eram entendidas como signos, que representavam as coisas diretamente, na modernidade a interpretação ocorre pelo viés da hermenêutica, segundo a qual um significante remete a outro em um circuito infundável, deslizando constantemente. Por esse motivo, o sujeito não pode acessar o conteúdo que remete à sua origem, deparando-se com a impossibilidade de captura do objeto que remete ao seu descentramento – é justamente a esse sujeito, excluído pela ciência empírica, a

qual se materializa através do discurso universitário, que a psicanálise visa. Essa marca da impossibilidade de representação é o que caracteriza o sujeito na contemporaneidade.

Foucault enunciou ainda a existência de duas *técnicas interpretativas*, na tradição ocidental, que se constituíram após o fim do Renascimento, isto é, na Idade Clássica e na modernidade. Essas técnicas se diferenciariam completamente nos mínimos detalhes e pode-se afirmar que seriam até mesmo opostas. A primeira foi chamada de *semiologia*, existente no campo da episteme da representação e que remetia a um saber sobre os signos no qual estes seriam representações especulares das coisas. Em contrapartida, na modernidade se teria constituído uma outra técnica de interpretação denominada *hermenêutica*, pela qual as palavras não mais seriam signos representativos das coisas. Na primeira, a noção de origem dos signos estava presente no espaço da representação, enquanto na segunda o sujeito deveria deslizar infinitamente no campo das palavras, já que a origem teria sido perdida para sempre e seria algo da ordem do inapreensível. Portanto, na hermenêutica se revelaria que o registro da linguagem se teria tornado finalmente autônomo em relação ao registro das coisas, não existindo mais qualquer relação de adequação e de correspondência entre palavra e coisa. (BIRMAN, 2000, p. 52)

Segundo Foucault (1988), na época clássica, o poder destinado ao soberano herda da antiga *patria potestas* o direito de vida e morte, com algumas diferenças. Enquanto o pai da família possuía direito absoluto sobre todos que estavam abaixo de si na hierarquia do clã familiar (escravos, filhos, mulheres, adotados), ao soberano seria destinado o direito de vida e morte dos súditos, mas não de forma absoluta, pois algumas contingências eram condição para o exercício desse poder, a exemplo da necessidade de guerras para defender o Estado ou de punições para reprimir algum súdito que desobedeceu à ordem. Em outras palavras, o poder de vida e morte que cabia ao soberano estava vinculado à “sua defesa e sobrevivência enquanto tal” (FOUCAULT, 1988, p. 147). A partir dessa perspectiva histórica, pode-se notar que os modos de subjetivação – como o sujeito percebe a si mesmo na relação sujeito-objeto – estavam colados a uma figura hierárquica, o detentor da lei, da ordem, fosse ela de caráter divino, ou soberano. A lógica interpretativa desse período absolutista pode ser compreendida de forma mais clara a partir deste exemplo do poder que cabia ao rei: causar a morte do homem. Dessa forma, a morte estava associada ao soberano enquanto tal, ou seja, palavra e coisa relacionavam-se diretamente.

A existência do soberano depende do assujeitamento dos súditos em relação a ele, e, por outro lado, o súdito acha que é sujeitado porque há um rei. Essa relação é sustentada por um campo simbólico específico que se define por hegemonia (FLISFEDER, 2010).

Lacan (1969-1970/1992) toma emprestada a lógica de Hegel do mestre e do escravo para situar o matema do discurso do mestre; uma das leituras possíveis desse discurso seria o antigo regime absolutista. Segundo Flisfeder (2010), nele encontramos a relação padrão de dominação e exploração, comumente estabelecida nos regimes políticos monárquicos. Na parte inferior do discurso do mestre encontramos os algoritmos usados por Lacan para situar a fórmula da fantasia ($\$ \diamond a$), que representa a relação do sujeito com o *objeto a*. Para Flisfeder (2010), é a fantasia que sustenta a relação de significantes estabelecida na parte superior do matema.

A fantasia é o suporte da ideologia; ela estabelece as coordenadas nas quais as pessoas imaginam a sua própria posição de exploração como válida, bem como a sua própria posição em relação à “liberdade”. (FLISFEDER, 2010, p. 67, tradução nossa)

Enquanto na antiguidade romana o poder do Estado tomava forma através da prática do confisco – “direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos, e finalmente, da vida; culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la” (FOUCAULT, 1988, p. 148) –, a partir da época clássica o poder no ocidente passa por uma transformação, na qual a prática do confisco perde força e desloca-se para a prática de controle, que segundo Foucault (1988, p. 148) se destina a “produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que a barrá-las, dobrá-las ou destruí-las”. O autor afirma que com essa virada na forma de funcionamento do Estado, o direito de morte converte-se para o poder da vida, ordenando-a em função de seus objetivos, ou seja, é sobre a vida, e ao longo dela, que o Estado vai exercer seu poder.

A maquinaria do poder de vida assume duas formas a partir do século XVII: a anátomo-política e a biopolítica. Essas duas configurações atuam de forma interligada. A anátomo-política incide no que Foucault chamou de *corpo-máquina*, através do “adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos” (FOUCAULT, 1988, p. 150). A biopolítica, desenvolvida a partir do século XVIII, foca no *corpo-espécie*, constituindo uma forma de controle dos processos biológicos, como taxa de natalidade, mortalidade, nível de saúde – em outras palavras, atuando a partir da higienização do espaço social. Segundo Oliveira (2016), a biopolítica pode ser praticada por meio da articulação entre diversos regimes do saber-poder, como a medicina clínica, a demografia, a economia, a ciência política, etc., e, antes de emergir

como recurso para preservar as forças produtivas, “ela se encarregou de difundir a normalização como forma de regulação social” (OLIVEIRA, 2016, p. 5). Dessa forma, Foucault (1988, p. 152) define dois polos que configuram o poder sobre a vida: “as disciplinas do corpo e as regulações da população”.

Esse poder de vida toma forma a partir da “administração dos corpos e da gestão calculista da vida” (FOUCAULT, 1988, p. 152). A nova maquinaria do poder estrutura-se através de tecnologias políticas que incidem sobre os corpos dos sujeitos delimitando e configurando todas as formas e possibilidades de existência das subjetividades.

Já não se trata de pôr a morte em ação no campo da soberania, mas de distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade. Um poder dessa natureza tem de qualificar, medir, avaliar, hierarquizar, mais do que se manifestar em seu fausto mortífero; não tem que traçar a linha que separa os súditos obedientes dos inimigos do soberano, opera distribuindo em torno da norma. (FOUCAULT, 1988, p. 157)

Assim, encontramos na modernidade a lei como norma colocada em prática pelas instituições, que fazem uso do recurso saber-poder com o objetivo de regulação dos corpos. “Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (FOUCAULT, 1988, p. 157); uma das consequências dessa configuração do Estado moderno pode ser traduzida pela leitura que Freud fez da civilização, na qual o mal-estar prevalece e é inevitável.

Žižek (2006) faz uma leitura interessante do discurso universitário ao indicar que a parte superior do matema (S2 – a) representa o estilo de gestão da biopolítica. O discurso universitário representa o discurso hegemônico da contemporaneidade, onde impera a *expertise* administrativa (ŽIŽEK, 2006). Esse discurso se traduz em dois eixos contraditórios: o capitalismo, no qual o sujeito supostamente tudo pode; e o totalitarismo biopolítico, caracterizado pela regulação dos corpos através de um mundo administrado. O saber no lugar de agente do discurso universitário apresenta a “verdade empírica” da realidade (FLISFEDER, 2010).

Tudo da biologia e física quântica, até a governança, é plenamente realizado por dados empíricos, nos dando a “fórmula” do Real. Isto é o que “governa” as populações na biopolítica contemporânea. Na “democracia”, nos é dito, e esperamos, que não devemos nos preocupar mais com o governo autoritário – agora somos governados pela ciência e pela administração especializada. (FLISFEDER, 2010, p. 67-68, tradução nossa)

Segundo Flisfeder (2010, p. 67, tradução nossa), “é a virada do discurso do mestre para o discurso universitário que sinaliza a transição do antigo regime para a moderna

‘democracia’ capitalista”. Para Soler (2010), com o declínio do significante mestre – poder a partir do verbo, no qual se sustenta o mestre, rei, monarca –, há a ascensão do discurso universitário através das tiranias das ideologias pseudocientíficas, que a tudo pretendem autorizar-se a partir do saber, com o objetivo de “assentar sua autoridade sobre a competição dos produtos (na publicidade) e sobre as práticas diversas (de governo, de educação, de saúde e dos saberes ‘psi)’” (SOLER, 2010, p. 257). As psicologias estão alocadas no pacote contemporâneo das práticas de *expertises* que se autorizam a partir da espiral saber-poder e, de certa forma, acabam alimentando o regime biopolítico de regulação dos corpos, que tem como resultado o inevitável mal-estar.

Quando Dunker (2015) indica que na contemporaneidade há um largo consumo de *experiências de bem-estar*, podemos localizar a proliferação de especializações das práticas psicológicas – como a inclusão da ênfase curricular em avaliação diagnóstica proposta pela resolução nº. 5 de 2011² –, surgindo para atender essa demanda social. O diagnóstico imprime no sujeito um sentido, ele dá nome ao sofrimento, nomeia a angústia, intitula o “desvio comportamental” dos sujeitos e, conseqüentemente, formata as alteridades a partir da norma biopolítica. As psicologias acolhem a demanda para suturá-la com o objetivo de restaurar o hipotético bem-estar (FINGERMANN, 2005). Na contramão desse projeto, a psicanálise subverte a demanda do sujeito em desejo, desejo em sua diferença máxima, sem excluir a dimensão do mal-estar que incide sobre todo ser falante.

3.2 PSICANÁLISE E UNIVERSIDADE

Freud (1919/2010) discorre sobre a presença da psicanálise nas universidades considerando a questão a partir de duas perspectivas: a da psicanálise e a da universidade. Ele já situava a psicanálise como um discurso que não estava inserido na produção de saberes de sua época e, nesse texto, pontua suas possíveis contribuições para a formação de médicos e psiquiatras. Inicialmente, adverte que a psicanálise não depende da

² Resolução CNE/CES 5/2011 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia.

universidade para promover a formação de analistas, visto que esta é realizada a partir do tripé analítico – análise pessoal, supervisão clínica e estudo teórico –, movimentada através das instituições psicanalíticas. Entretanto, Freud situa a presença da psicanálise na universidade como motivo de satisfação para o psicanalista. Considerando que a universidade é um espaço privilegiado para a circulação de saberes sobre práticas diversas, a presença da psicanálise nas instituições universitárias propicia ao discurso do analista o encontro com outros discursos, evitando o risco de que este venha a sucumbir na esfera social ou perca-se no isolamento das instituições psicanalíticas.

Na perspectiva da universidade, Freud (1919/2010, p. 379) indica que a presença da psicanálise poderia contribuir para a formação de médicos e cientistas e que sua importância reside no fato de que a formação universitária não abarca “o significado dos fatores psíquicos nas diversas funções vitais, assim como nas enfermidades e em seu tratamento”. A psicologia do início do século XX, de caráter experimental e psicofísico, também não contemplava a compreensão da causalidade psíquica dos sintomas, de forma que a psicanálise surgiria como uma alternativa a essa lacuna na formação médica, contribuindo para a formação desses profissionais. Freud também assinala a contribuição da psicanálise para a psiquiatria, que, até então, trabalhava a partir da clínica positivista – herança de Bichat –, com caráter meramente descritivo dos quadros clínicos. A formação psiquiátrica acontecia de forma a capacitar apenas para identificar quais quadros clínicos eram incuráveis ou perigosos para a comunidade. A contribuição da psicanálise viria com a compreensão dos fatos observados, visto que ela tem “incurções bem-sucedidas na área inexplorada da psiquiatria” (FREUD, 1919/2010, p. 380); em outras palavras, a psicanálise poderia beneficiar a formação psiquiátrica com a concepção da causalidade psíquica dos sintomas.

Alberti (2002) comenta que um equívoco na tradução do texto de Freud sobre a presença da psicanálise nas universidades levou alguns psicanalistas a assumirem uma posição de resistência diante dessa presença, tanto nas disciplinas que compõem a grade curricular dos cursos de graduação e de pós-graduação como em programas e projetos de pesquisa, etc. É importante destacar que a versão original alemã do texto foi perdida³. Para Alberti (2002, p. 49), o problema da tradução se encontra quando “fica assegurado

³ Esse trabalho foi primeiramente publicado em húngaro para uma revista médica; as traduções espanhola e inglesa foram as únicas realizadas diretamente dessa publicação. O comentário sobre as traduções desse texto pode ser encontrado logo depois do título “Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades?” (1919), na publicação da Companhia das Letras, com tradução de Paulo César Souza.

ao âmbito da associação psicanalítica a formação do analista *enquanto* houver resistência à psicanálise por parte da universidade”. Essa sentença levou à interpretação de que, se a psicanálise fosse aceita pela universidade, os espaços de transmissão constituídos como associações psicanalíticas deixariam de existir, entretanto Freud em momento algum afirmou isso; “de minha leitura, entendo que não é a psicanálise que deve ser mantida excluída da universidade para que perdurem as organizações psicanalíticas, mas elas próprias devem ficar excluídas da universidade para manter a especificidade da psicanálise” (ALBERTI, 2002, p. 50).

Há uma passagem no texto de Freud que indica a possibilidade do ensino da psicanálise na universidade, mas não é suficiente para formar analistas, o que aponta para a importância da formação/transmissão por meio do tripé analítico⁴.

Podemos dizer que uma universidade só teria a ganhar com a inclusão do ensino da psicanálise em seu currículo. É verdade que este ensino somente poderia ser ministrado de forma dogmática, em aulas teóricas, pois quase não haveria oportunidade para experimentos ou demonstrações práticas. Para a pesquisa que o professor de psicanálise deverá realizar, bastaria ele ter acesso a um ambulatório com pacientes “neuróticos”, e, quanto à psiquiatria psicanalítica, um serviço de internação também deveria estar disponível. Por fim, cabe considerar a objeção de que dessa forma o estudante de medicina jamais aprenderá a psicanálise. Isso é verdadeiro se pensamos no efetivo exercício da psicanálise, mas para os propósitos em vista é suficiente que ele aprenda algo *sobre e com* a psicanálise (FREUD, 1919/2010, p. 381).

A psicanálise constitui uma práxis singular que trabalha com o sujeito do inconsciente e, por isso, resiste a acomodar-se em instituições ancoradas no discurso universitário ou do mestre. Entretanto, o discurso psicanalítico tem a potência para emergir nesses contextos como efeito da presença da psicanálise, demonstrando que “o psicanalista, ao se instrumentalizar do discurso universitário, pode fazer girar os discursos na universidade para fazer valer nela a própria psicanálise” (ALBERTI, 2009, p. 127). A participação da psicanálise na universidade permite que esta não fique isolada em instituições/escolas psicanalíticas; muitos brasileiros têm o primeiro contato com a psicanálise através das universidades.

Para Alberti (2009), é possível que haja transmissão da psicanálise na universidade desde que o psicanalista/professor não atue de um lugar de mestre, detentor

⁴ Depois que Theodor Reik, membro não-médico da Sociedade Psicanalítica de Viena, foi processado por prática ilegal de medicina, Freud (1926) escreve *A questão da análise leiga* indicando que toda e qualquer pessoa que se interessa pela psicanálise pode vir a praticá-la com a condição de que faça formação a partir do tripé analítico, dessa forma, define que o leigo em psicanálise é aquele que não fez formação psicanalítica, e não quem não é médico.

de verdades, mas como aquele que interroga o saber que advém dos outros discursos. Isso não significa que ele deve ocupar o lugar de analista durante a transmissão, mas o de analisando, como fez Lacan: situar-se no discurso histórico para produzir saber a partir de questionamentos, sem fechar uma resposta que comporte uma verdade qualquer sobre o objeto.

Pinheiro e Darriba (2010) apontam que, para a psicanálise existir na universidade, alguma passagem da impotência ao impossível se faz necessária. O lugar da impotência é característico do discurso universitário, laço social no qual o sujeito tenta dar conta de um saber que nunca será alcançando plenamente. No discurso universitário, o saber que ocupa o lugar de agente pode revelar-se como um ensino sustentado por significantes mestres, que ocupam o lugar da verdade no matema. Dessa forma, “para chegar ao ensino, o saber deve, por algum aspecto, ser um saber de mestre, ter algum significante mestre que constitua sua verdade” (LACAN, 1970/2003, p. 307). O estudante, em muitos momentos, sente-se impotente diante da quantidade de saber a ser adquirido, em um tempo estimado, com prazos e créditos a serem cumpridos como condição para a obtenção do título. Não é por acaso que o sujeito dividido localiza-se no lugar da produção do discurso universitário. A dimensão do impossível é de outra ordem, pois o impossível remete ao real. Lacan (1970/2003, p. 309) defende que o ensino da psicanálise não garante um saber, pois este último passa em ato, é o ato que “ordena que a causa do desejo seja o agente do discurso” promovendo vias de produção de significantes mestres em uma análise através da associação livre, “essa produção, a mais louca por não ser ensinável” (LACAN, 1970/2003, p. 308). Há uma aposta de que, com a experiência clínica com orientação lacaniana na universidade, os(as) estagiários(as) possam experimentar a passagem da impotência gerada pelo discurso universitário para a sustentação do impossível de tudo saber.

A nomeação de um psicanalista para o lugar de supervisor não garante que a prática clínica psicanalítica aconteça; entretanto, o psicanalista não deve recuar diante da questão sobre a possibilidade de a psicanálise operar na universidade por meio de sua ética específica. Para tal, é preciso sustentar a dimensão do impossível. O saber não pode excluir o sujeito dividido. Para responder do lugar de sujeito, “é preciso se extrair daí o desamparo, atestando o impossível de tudo saber” (PINHEIRO; DARRIBA, 2010, p. 50). Pinheiro e Darriba (2010) reiteram que é possível perceber estudantes impulsionados a supor que existe um saber a ser acumulado, e que, a partir disso, pode-se anteceder a

condução do fazer prático clínico. Freud (1913/2010) adverte que as regras da psicanálise não são rígidas, e isso remete à plasticidade das pulsões e seus destinos.

A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos anímicos e a riqueza de fatores determinantes resistem à mecanização da técnica e permitem que um procedimento em geral correto permaneça eventualmente sem efeito, e que um outro, normalmente errado, conduza ao objetivo. (FREUD, 1913/2010, p. 164)

A prática clínica oferta possibilidades para que os(as) estagiários(as) atravessem a lógica do discurso universitário – no qual o saber incide sobre o sujeito doando sentido para os seus problemas ou diagnósticos para os seus sintomas – para a lógica do discurso do analista – no qual a invenção e a criatividade emergem como condição necessária para operar com o impossível.

3.3 O SABER NA PSICANÁLISE

Nesta seção são apresentadas as formas de transmissão e composição da teoria psicanalítica em Lacan. Como no capítulo 4 deste trabalho consta a análise de dados, que remete aos atendimentos clínicos dos(as) estagiários(as), torna-se indispensável fundamentar e elucidar o âmbito do inconsciente presente na transmissão – veiculada por meio da experiência prática acompanhada de supervisão – para extrair as contribuições da psicanálise à condução dos casos clínicos dos(as) estudantes.

O relato de casos clínicos é contemporâneo ao surgimento da psicanálise. Na década de 1890, Freud apresenta seus primeiros casos, descrevendo e interpretando sintomas que não conseguiam ser explicados pela medicina da época. Freud e Breuer consideraram esses sintomas como sendo de ordem histérica. Publicaram juntos *Estudos sobre a histeria*, em 1893, e, gradualmente, Freud descobre que alguns sintomas apresentados pelos pacientes – geralmente sintomas físicos, como tremores e paralisias – eram, na verdade, fruto de mecanismos de defesas inconscientes.

Tais descobertas possibilitaram, em primeiro lugar, que o que parece serem sintomas puramente somáticos fosse relacionado com representações, as quais, contudo, não podem ser descobertas na consciência dos pacientes [...] ensinaram-nos a compreender os ataques histéricos, pelo menos em parte, como sendo produtos de um complexo representativo inconsciente. (BREUER, 1893/1996, p. 255)

A partir de então, Freud constrói a teoria psicanalítica através da investigação sobre o inconsciente. Essas referências sobre o início da psicanálise servem para destacar que, desde sempre, esse novo saber formulado por Freud trafegou à margem da lógica científica positivista e, na sua condição prática, é marcado pela prevalência da clínica do inconsciente, diferentemente da clínica médica e da clínica psicológica.

Freud (1917/2010) afirma que a psicologia e a psiquiatria dão respostas insuficientes para os problemas relacionados à vida psíquica do sujeito, principalmente em relação às pulsões. Com isso, justifica a importância da psicanálise para tratar do ser falante que padece de questões da libido.

A psiquiatria contesta, naturalmente, que esses casos envolvam espíritos maus que se infiltraram na psique, mas limita-se a dizer, dando de ombros: “degeneração, disposição hereditária, inferioridade constitucional!”. A psicanálise procura esclarecer essas inquietantes doenças, ela empreende pesquisas longas e acuradas, produz conceitos auxiliares e construções científicas, e pode enfim dizer ao Eu: “Nada estranho se introduziu em você, uma parte de sua própria psique furtou-se ao seu conhecimento e ao domínio de sua vontade”. (FREUD, 1917/2010, p. 185)

Ao associar sintomas de conversão histérica a mecanismos inconscientes, Freud inaugura uma nova perspectiva sobre o mal-estar humano. O ser falante padece do sintoma psíquico porque vive na cultura e é convocado constantemente a responder às demandas colocadas por esta. Freud (1917/2010) adverte que a revelação do inconsciente como constituinte do aparelho psíquico atinge o homem em seu narcisismo. O amor-próprio da humanidade teria sido abalado em três momentos distintos: quando Nicolau Copérnico (séc. XVI) questiona a posição privilegiada da Terra em relação ao Sol e a humanidade depara-se com o fato de que a Terra não é o centro do universo – afronta cosmológica –; quando Charles Darwin cria a teoria evolucionista, descobrindo que o ser humano é mais uma espécie animal – afronta biológica –; e, por último, quando se descobre o inconsciente – afronta psicológica. Esta teria sido a afronta mais sentida pela humanidade, pois o homem encara o fato de que “o eu não é senhor da sua própria casa” (FREUD, 1917/2010, p. 186).

A psicanálise tem relação específica com o saber. Segundo Alberti (2009), Freud introduz a ideia do saber junto com os traços mnêmicos que se inscrevem no inconsciente, e Lacan retoma a ideia de saber articulando verdade e traço unário. Para Lacan, tais traços constituem o lugar do Outro da linguagem e fundamenta “o saber como gozo do Outro” (ALBERTI, 2002, p. 47). Todo saber inscreve-se sobre um fundo de não-saber

(ALBERTI, 2009). Em seu nó borromeano, Lacan define real, simbólico e imaginário enodados por um sintoma. Esse nó caracteriza a estrutura do sujeito de linguagem. O Real é tudo aquilo que está fora do simbólico, o que não pode ser dito, o não-saber. A psicanálise lida com o que insiste em não se escrever, com o impossível, com o Real. Diante da impossibilidade de dizer tudo, de abordar tudo, há o sintoma, uma solução de compromisso, uma resposta possível do sujeito diante do Real.

O ensino de Lacan foi transmitido prioritariamente por meio de seminários transcritos. Ao ser abordado em uma entrevista, publicada no livro *O triunfo da religião*, ele relata que o seu ensino não é uma transmissão fechada, mas uma possibilidade de leitura: “Meus escritos, eu não os escrevi para que fossem compreendidos, eu os escrevi para que fossem lidos. Não é nada parecido” (LACAN, 1974/2005, p. 69-70). Mais adiante, comenta que, apesar de muitas vezes não serem compreendidos, ainda assim eles provocam algo nas pessoas.

Isso nos remete ao que ele trata em *Alocução sobre o ensino* (1970/2003), quando reitera que o ensino não garante a produção de um saber. Só se pode ser ensinado na medida do saber pessoal; o professor serve para instruir. Ou seja, o saber não é adquirido de forma fechada e direta através de uma transmissão. A produção do saber aponta para a implicação de um sujeito dividido em busca de seu desejo, o desejo de saber, seja no momento do estudo teórico (pesquisa), seja no trabalho de análise (saber sobre o inconsciente).

O antagonismo entre ensino e saber é posto por Lacan, pois “o discurso do analista não se sustentaria se o saber exigisse a intermediação do ensino” (LACAN, 1970/2003, p. 308). O saber, no discurso do analista, tem relação com a verdade a partir da produção de significantes mestres que uma análise possibilita. Lacan (1970/2003) anuncia que essa produção não é ensinável, pois não opera com conhecimentos acumulados e passíveis de racionalização. O discurso analítico oferta um novo enfoque para que seja possível a produção de um saber sobre o inconsciente pelo analisando. Isso indica que o saber, na psicanálise, é construído em cada caso clínico. “O que descobrimos na experiência de qualquer psicanálise é justamente da ordem do saber, e não do conhecimento ou da representação. Trata-se precisamente de algo que liga, em uma relação de razão, um significante S1 a um outro significante S2” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 30), ou seja, trata-se do sujeito do inconsciente, do saber não sabido.

Quando o discurso psicanalítico se oferece ao ensino, à transmissão, Lacan defende que o psicanalista deve assumir a posição de psicanalisante, ou, em outras palavras, “não produzir nada que se possa dominar, a não ser a título de sintoma (LACAN, 1970/2003, p. 310). A questão, para Lacan, é que o desejo de saber deve estar sempre presente, por isso o psicanalista, ao transmitir, assume a posição de analisante, pois “o saber passa em ato” (LACAN, 1970/2003, p. 310). Não dominar, não controlar, não comandar é crucial para não tamponar o desejo de saber. Souza (2003) alerta que a psicanálise não pode ser transmitida sem deixar restos, ela é uma prática que não possui um “ideal” de transmissão.

A partir do *Seminário 17*, com a formalização dos quatro discursos, a psicanálise passa a ser lida como uma topologia do significante que remete ao campo do gozo. Com a formalização do objeto *a*, Lacan alcança uma “transformação da estrutura, de uma consistência simbólica para o real” (SOUZA, 2003, p. 87). Isso aponta para uma formalização do ensino de Lacan através da lógica topológica e matemizada, apesar de haver diferenças, pois na matemática o significante representa a si mesmo, enquanto na psicanálise lacaniana o sentido não é fixo ao significante.

Como uma gangorra, Lacan equilibrou seu ensino entre o matema e o poema: um não anula o outro, mas antes o complementa. Ambos são necessários e de nenhum deles se pode prescindir. (JORGE, 2002, p. 18)

Lacan (1957/1998) faz do poema um recurso, pois na metáfora encontramos um dos mecanismos de operação do inconsciente. Há um dizer, uma dimensão real e impossível de ser dita, que se aloja por trás dos ditos, significantes articulados do analisando. O poema permite que se tenha notícias do real, ele denuncia essa dimensão do impossível de dizer.

Para Elia (2002), Lacan estruturou seu ensino de maneira similar ao da experiência do inconsciente. Isso fica evidente na utilização de equívocos de linguagem para a formulação de conceitos da sua teoria psicanalítica, como o de *lalangue* (alíngua) e *nom-du-père* (nome do pai). A palavra “nom” (nome), em francês, faz homofonia com “non” (não). Lacan faz desse equívoco homofônico um recurso para estabelecer que o nome do pai, ou o não do pai, é instaurador da castração no sujeito, pois separa o *infans* do desejo da mãe e o introduz na significação fálica, possibilitando que o sujeito crie sua própria ficção sobre o enigma do desejo da mãe. Ele apresenta um matema para demonstrar essa operação que nomeou de metáfora paterna. Com uma palavra e seus equívocos, Lacan faz mostraçõa da metáfora. Tais exemplos demonstram o quanto a incidência do

inconsciente marcou o ensino e a transmissão lacaniana. Com esse tipo de transmissão, “aos poucos foi revelando, como uma condição essencial de seu ensino, uma oposição ao que existia de ‘convencional’ na psicanálise” (SOUZA, 2003, p. 29).

Escars (2006) afirma que, em seus seminários, Lacan, na posição de analisante, faz uma “associação teórica” para produzir saber em psicanálise, por meio de seus lapsos e de equívocos homofônicos presentes na fala.

Costuma-se pensar que essas expressões são algo mais que bons jogos de palavras, que dizem mais do que parecem. Efetivamente, podem ser consideradas como ‘colocações em ato’ de certos postulados do próprio ensino de Lacan, ou seja, da maneira como ele entende o funcionamento do inconsciente. Possuem, então, algum valor de ‘mostração’.
(ESCARS, 2006, p. 16)

Lacan utilizou matemas para que a transmissão da psicanálise fosse possível. Esse termo, matema, foi criado por ele em 1971. A palavra *mathema*, de origem grega, significa *conhecimento*. O matema proposto por Lacan seria “a escrita do que não é dito, mas pode ser transmitido” (ROUDINESCO, 1998, p. 503). Através dessa formulação, ele consegue estabelecer uma via de transmissão da psicanálise que não exclui a dimensão do impossível, não seguindo as regras do ensino tradicional, pois “o matema não é sede de uma formalização integral, uma vez que pressupõe sempre um resto que lhe escapa” (ROUDINESCO, 1998, p. 503).

A transmissão da psicanálise foi realizada por Lacan a partir do discurso histórico, no qual a produção do saber surge do próprio significante mestre. O sujeito no lugar de agente, no discurso da histórica, interroga esse saber. A histerização do discurso, o giro do discurso do mestre para o discurso histórico, possibilita que o sujeito seja elevado à posição de agente e que, desse lugar, produza desejo de saber. Segundo Lacan, essa operação cria enigma, produz a experiência do não saber necessária à análise.

Para Alberti (2002), no lugar de agente do discurso da histórica quem ensina interroga o mestre, produzindo um saber. Interrogar o mestre aponta para uma insubordinação desalienante, que permite aos S1 (significantes mestres) ganharem vida, novos significados. Exemplos desses significantes mestres na pesquisa acadêmica seriam as palavras ou conceitos-chaves. Em uma pesquisa, é imprescindível um retorno a esses conceitos para que um saber possa ser produzido sobre eles. O professor/supervisor favorece a produção de saberes inéditos pelos alunos e estagiários quando assumem a posição histórica. Sem a pretensão de fechar sentidos, novos significantes mestres podem surgir no enredo da formação/pesquisa.

Na conferência sobre o sintoma em Genebra, Lacan situa sua transmissão como sendo da ordem de uma série matemática. Essa série, sendo convergente ou divergente, sempre dirá algo.

Tento delimitar cada vez mais, tento fazer uma série convergente. É o que consigo? Naturalmente, quando se está cativado... Mas, mesmo uma série divergente tem interesse, à sua maneira ela também converge – digo isto para as pessoas que poderiam ter alguma ideia das matemáticas. (LACAN, 1975, p. 12)

Podemos interpretar essa passagem de Lacan como uma tentativa de associar seu ensino com a estrutura do inconsciente, se pensarmos em uma série de significantes que podem se articular ou não com um outro significante (S1 – S2). Um ensino, para Lacan, não tem pretensão de fechar um saber, mas de ir sempre em busca dele, como acontece no discurso histérico.

Lacan responde a algumas perguntas no final do encontro em Genebra e em uma dessas respostas diz: “atraio muita gente pelo meu palavreado que, evidentemente, não teria esse poder se não fizesse série, se não convergisse em algum ponto” (LACAN, 1975, p. 17). Logo depois, comenta que esse é um tipo de poder muito particular, pois não é imperativo, não há ordens dirigidas a ninguém. Essa passagem demonstra que Lacan faz um esforço para não encarnar o mestre, pois o discurso do mestre é aquele que faz semblante de comando, é imperativo.

O discurso universitário também fundamenta-se na burocracia e nos títulos acadêmicos. Os indivíduos que são elevados à categoria de autores, reconhecidos por suas teses e seus trabalhos publicados, garantem a posição de agente no discurso universitário. Esse lugar é sustentado pelos significantes mestres, localizados no lugar da verdade do discurso universitário, que “válida como verdadeiro aquele agente que se apresenta aparentado de títulos, independentemente do estofo, independentemente desses títulos corresponderem a um verdadeiro trabalho de pesquisa” (ALBERTI, 2009, p. 121). Enquanto isso, o saber na psicanálise está do lado do analisando, e os que operam com a perspectiva psicanalítica na clínica manejam a transferência para possibilitar a produção de saber sobre o inconsciente. Uma das especificidades do discurso do analista é que ele possui o S2 (saber) no lugar da verdade. Isso indica que o saber nunca será plenamente alcançado, pois é impossível dizer toda a verdade. Para a psicanálise, a verdade é um semidizer. “Digo sempre a verdade: não toda, porque dizê-la toda não se consegue. Dizê-la toda é impossível, materialmente: faltam as palavras. É justamente por esse impossível

que a verdade provém do real” (LACAN, 1974/1993, p. 11). O saber no lugar da verdade do discurso do analista aponta para a estrutura da interpretação clínica; esta não visa ao sentido, não revela, também não oculta, mas faz signo, dá um sinal (QUINET, 2012,).

O analista, apesar de frequentemente ser identificado como o mestre do saber em razão da transferência do paciente, só tem por função levar o sujeito a querer saber o que inconscientemente sabe e do que, portanto, por muito tempo, nada quis saber. (ALBERTI, 2009, p. 120)

Apesar da diferença em relação ao lugar do saber no discurso universitário e do analista, o primeiro pode fazer contribuições interessantes para a psicanálise. Com um recuo de quarto de giro no discurso universitário, temos o discurso do analista. Segundo Alberti (2009), quando, a partir do discurso universitário, há circulação discursiva, surge a possibilidade do discurso do analista, que se dirige a um sujeito enquanto o anterior dirige-se a um objeto. Dessa forma, é possível realizar a transmissão da psicanálise via transferência, uma vez que é “impossível haver ensino da psicanálise que não seja de um sujeito ao outro, e, para que haja esse ensino de um sujeito a outro, é preciso que isso se dê dentro de uma transferência” (ALBERTI, 2009, p. 125). A transferência nada mais é que a suposição de saber ao inconsciente, que também pode ser definida como “o amor que se interessa pelo saber” (CIACCIA, 1992, p. 33). Lacan afirmou que a psicanálise não tem um lugar fixo, a formação é feita através do tripé analítico, porém isso não restringe a psicanálise a suas instituições. “A função do psicanalista não é algo natural, ela não existe por si só no que tange a atribuir-lhe seu status, seus hábitos, suas referências e, justamente, seu lugar no mundo” (LACAN, 2006, p. 13).

Escars (2006, p. 15) defende que, sem excluir a dimensão própria do inconsciente, “não podemos renegar nossa inserção no modelo universitário, razão pela qual não podemos deixar de visar a certa ordem expositiva”. O psicanalista não deve abrir mão de sua legitimação na esfera social, e a universidade é um espaço imprescindível para que isso ocorra.

A universidade não tem pretensão, nem a possibilidade de formar analistas, mas isso não exclui o fato de que nela possa circular o discurso analítico, contribuindo para a condução clínica de diversos(as) alunos(as) de graduação que experimentam o estágio supervisionado.

3.4 A TRANSMISSÃO ATRAVÉS DO ESTÁGIO CLÍNICO SUPERVISIONADO

Ao exercerem a prática clínica do estágio orientado pela psicanálise, os estudantes se veem convocados a ocupar um lugar distinto daquele em que a universidade os colocava durante o período de formação acadêmica nas aulas (PINHEIRO; DARRIBA, 2010). Apesar dos impasses existentes, a clínica na universidade permite transformações subjetivas nos(as) estagiários(as) e pacientes.

O que tem o sentido de uma insuficiência para o estudante orientado pelo discurso universitário fala, na psicanálise, do impossível ao qual o saber se dirige. Não se trata de recobri-lo com mais um saber ao qual o estudante é convocado – o que é tomado na via de uma impotência –, mas de incluí-lo como impossível mesmo, cujo manejo não se faz do lugar do saber. (PINHEIRO; DARRIBA, 2010, p. 48)

A psicanálise explora a cena do inconsciente, na qual se trama “o drama subjetivo do saber com a verdade do ser” (FINGERMANN, 2005, p. 16). A verdade é impossível de ser dita em sua totalidade, por isso Lacan a define como não-toda. O que a psicanálise pode produzir sobre o saber inconsciente não é nada além de um semidizer. Segundo Pinheiro e Darriba (2011) na clínica do estágio não há garantias quanto a exploração do campo do inconsciente, pois esta depende da análise daquele que ocupa o lugar de praticante da psicanálise e do caso clínico em questão.

Lacan (1969-1970/1992) coloca o saber no centro da experiência da psicanalítica ao distinguir o saber do discurso universitário – localizado na posição de agente – do saber do discurso do analista – encontrado no lugar da verdade. O saber no discurso universitário incide sobre o objeto para esculpi-lo, é um saber que não permite furo, pois sempre vai remeter a outro sentido qualquer; no discurso universitário, o saber exclui o inconsciente. Em contrapartida, no discurso do analista, o saber encontra-se no lugar da verdade e só é possível de ser dito através de um semidizer, pois a verdade é impossível de ser totalmente dita. Através das manifestações do inconsciente, a dimensão do erro surge no entreditos, revelando o saber não sabido. É a esse enigma que o discurso do analista se dirige através da histerização do discurso do analisando. Em outras palavras, o praticante de psicanálise pode, a partir da clínica, deparar-se com essa dimensão do impossível e deslizar a ideia de que é ele quem deve ter o saber sobre o caso, promovendo vias para que o paciente associe livremente, produzindo um saber sobre seu sintoma – saber este sempre parcial, pois não é possível reduzir todo o inconsciente ao registro do

simbólico. Pinheiro e Darriba (2010) apontam esse fato como uma das singularidades que a psicanálise imprime na clínica; e a intenção do estágio orientado pela psicanálise é de que algo dessa ordem se coloque, para que o(a) estagiário(a) praticante de psicanálise tenha experiência com a dimensão da impossibilidade, distinta da impotência, e consiga suportá-la.

Freud (1925/1996), em *Prefácio à juventude desorientada, de Aichhorn*, destaca a cura, o educar e o governar como profissões impossíveis. Mais tarde, em 1937, ele localiza o analisar nesse lugar impossível de cura. Essas profissões, para Freud, representam diferentes maneiras de tentar contornar o impossível. Freud também considera a tarefa de analisar interminável, mas não no sentido restrito do termo. Por sermos seres de linguagem, o sintoma nos acompanha, por isso ele recomenda que os analistas retornem à análise, pelo menos, a cada cinco anos, para garantir que o processo analítico possa manter “condições psicológicas possíveis para as funções do ego” (FREUD, 1937/1996, p. 267).

Lacan (1969-1970/1992) retoma o texto *Análise terminável e interminável* para pontuar o ato analítico como impossível. Para ele, a relação analítica está fundada no amor à verdade e no reconhecimento das realidades. O Real é, para Lacan, impossível de ser acessado, assim como psicanalisar, governar e educar para Freud. Lacan localiza quatro discursos no recobrimento desses três termos impossíveis em Freud.

Os discursos em apreço nada mais são do que a articulação significativa, o aparelho, cuja mera presença o status existente domina e governa tudo o que eventualmente pode surgir de palavras. São discursos sem a palavra, que vem em seguida alojar-se neles. (LACAN, 1969-1970/1992, p. 177)

O discurso da histérica tem o sujeito dividido no lugar de agente. Esse discurso é fundamental para a experiência analítica, uma vez que, a partir dele, o paciente vai produzir saber sobre o seu inconsciente através do desejo de saber. Entretanto, o saber sobre o sintoma será sempre incompleto e impossível de ser alcançado plenamente, pois há algo do Real que incide sobre a formação sintomática. O que é possível é a produção de uma parte desse saber. Ciaccia (1992) reconhece que o discurso histérico é o discurso de alguém que se coloca dividido enquanto sujeito, sem saber o que o divide, que coloca para trabalhar o mestre produzindo um saber sobre o seu gozo.

Derzi e Marcos (2013) consideram que, no espaço clínico, há um saber da teoria e um confronto com o real da clínica, o saber incompleto, impossível. “A supervisão em

psicanálise na universidade se caracteriza por ser esse espaço privilegiado, já que descompleta um saber, levando à produção de um saber por meio da apuração da existência do inconsciente a partir do caso clínico” (DERZI; MARCOS, 2013, p. 326).

A psicanálise não transmite conhecimento conforme o modelo tradicional da universidade; antes, sustenta uma relação específica com o saber, que toca cada sujeito de forma distinta. Derzi e Marcos (2013) afirmam que, para Freud, a transmissão da psicanálise se dá na experiência singular de cada sujeito, não necessariamente por meio de um ensino formal. Os autores acreditam que a clínica produz um saber que é da ordem do intrínseco de cada sujeito, em que surge a dimensão do singular, o saber próprio de cada um. Dessa forma, a clínica na universidade, orientada pela psicanálise, abre a possibilidade de uma nova relação com o saber.

A aposta da supervisão psicanalítica é de que o(a) estagiário(a) passe a um desejo de saber, posição diferenciada do discurso universitário, no qual o sujeito é levado a uma busca incessante de acúmulo de conhecimentos. A supervisão é um espaço em que é possível apreender que não há técnica rígida na psicanálise, não há instruções diretas para o manejo, pois este é realizado a partir da singularidade de cada caso. O aprendizado que a supervisão possibilita é da ordem da experiência; aprende-se a partir desta, e não de uma técnica profissionalizante.

Derzi e Marcos (2013) compartilham da ideia de que a supervisão em psicanálise na universidade é possível pela via do inconsciente, porém sem abrir mão do conhecimento que se sabe (teórico), pois este é também necessário à suposição de saber, que é o que sustenta e alimenta a psicanálise. Sem dispensar o conhecimento, mas operando com ele, a supervisão inaugura um espaço para o saber inconsciente, permitindo ultrapassar a mera experiência de acumular conhecimentos. “A supervisão na universidade tem como papel possibilitar uma clivagem entre o discurso universitário e o discurso do mestre, e fazer operar o discurso do analista a partir do agente deste discurso, em que a posição do não saber se faz presente” (DERZI; MARCOS, 2013, p. 329).

Lugar de formalização do saber, a universidade promove um espaço para a subversão do discurso do mestre. Quando o sujeito se interroga, o discurso em questão é o histórico. Nele, “o sujeito está sustentado pela verdade de um saber que não se sabe, que não se sabe na medida em que é o não saber que enquadra o saber” (ALBERTI, 2009, p. 127).

Segundo Alvarenga e Romera (2010), a psicanálise produz um conhecimento original sobre o ser humano e sobre o que lhe escapa como saber, e isso é uma grande contribuição para a universidade. A presença da psicanálise nas publicações acadêmicas e nas matrizes curriculares de cursos como filosofia, direito, educação, letras, medicina, entre outros, pode ser considerada uma demonstração dessa contribuição. Esta é também a posição de Freud, quando, em 1919, escreve o artigo “Deve-se ensinar psicanálise nas universidades?”.

Alvarenga e Romera (2010) concordam que é possível transmitir a psicanálise a partir da universidade se as especificidades de sua práxis não forem desconsideradas. A clínica exercida no contexto acadêmico, junto com a supervisão, pode possibilitar apreender um outro lugar, o lugar da impossibilidade, o lugar do saber inconsciente.

Freud (1919/2010) aponta que a universidade só teria a ganhar com a inclusão da psicanálise no currículo acadêmico. Porém, as aulas teóricas permitiriam apenas uma oportunidade muito restrita de experiência prática. Na universidade, um estudante jamais aprenderia a psicanálise propriamente dita. Freud defende a necessidade de uma formação posterior, entretanto, na universidade, haveria uma possibilidade de aprender algo *sobre* e *com* a psicanálise. Aprender algo *sobre e com* a psicanálise é o que pode acontecer em estágios clínicos com orientação psicanalítica.

4 A PSICANÁLISE NA PRÁTICA CLÍNICA DOS(AS) ESTAGIÁRIOS(AS) DE PSICOLOGIA

O curso de psicologia da universidade onde foi realizada esta pesquisa oferece estágio em duas ênfases: “Processo de gestão de pessoas” e “Atenção à Saúde”. Quando o estudante escolhe a ênfase em Saúde, há a opção de estagiar na clínica-escola da universidade, em outra instituição pública de saúde da cidade, como hospitais, ambulatórios ou centro de atenção psicossocial (CAPS).

A Resolução CNE/CSE nº. 5, de 15 de março de 2011, institui as novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em psicologia no Brasil, nas quais é possível identificar a substituição das antigas áreas tradicionais obrigatórias (clínica, escolar, trabalho) por ênfases curriculares. A justificativa para essa mudança é explicitada no artigo 10 da resolução:

Pela diversidade de orientações teórico-metodológicas, práticas e contextos de inserção profissional, a formação em psicologia diferencia-se em *ênfases curriculares*, entendidas como um conjunto delimitado e articulado de competências e habilidades que configuram oportunidades de concentração de estudos em algum domínio da psicologia (BRASIL, 2011, p. 4).

Essa resolução possibilita que a formação do psicólogo siga de forma mais especializada. O artigo 11, parágrafo 3º, determina que “a instituição deverá oferecer, pelo menos, duas ênfases curriculares que assegurem a possibilidade de escolha por parte do aluno” (BRASIL, 2011). O parágrafo 2º do mesmo artigo determina que, a partir da escolha das ênfases curriculares, “o projeto de curso deverá especificar conteúdos e experiências de ensino capazes de garantir a concentração no domínio abarcado pelas ênfases propostas” (BRASIL, 2011, p. 4). As ênfases se resumem em: 1) psicologia e processos de investigação científica; 2) psicologia e processos educativos; 3) psicologia e processos de gestão; 4) psicologia e processos de prevenção e promoção à saúde; 4) psicologia e processos clínicos; e 5) psicologia e processos de avaliação diagnóstica. Entretanto, o artigo 24 institui que o curso de psicologia deve ter obrigatoriamente um Serviço de Psicologia, “com as funções de responder às exigências do psicólogo, congruente com as competências que o curso objetiva desenvolver no aluno e as demandas de serviço psicológico da comunidade na qual está inserido” (BRASIL, 2011, p. 8). Ou seja, a depender do perfil da instituição universitária, a formação clínica pode seguir por um viés distanciado de abordagens específicas como a psicanálise, visto que, depois da resolução de 2011, a grade curricular é formatada a partir da escolha que a

universidade faz das ênfases. As alterações realizadas na resolução visam à inserção dos psicólogos em novos contextos do mercado de trabalho, entretanto todo graduando que se forma em psicologia também tem o direito de atuar como psicólogo clínico. As mudanças apresentadas a partir de 2011 nas diretrizes para a formação de psicólogos apontam para os novos caminhos, que remetem a uma clínica da prática das especialidades. É necessário destacar como se caracteriza a ênfase com foco nos processos clínicos:

Psicologia e processos clínicos, que envolve a concentração em competências para atuar, de forma ética e coerente com referenciais teóricos, valendo-se de processos psicodiagnósticos, de aconselhamento, psicoterapia e outras estratégias clínicas, frente a questões e demandas de ordem psicológica apresentadas por indivíduos ou grupos em distintos contextos (BRASIL, 2011, p. 5).

Além dessa, foi acrescentada uma ênfase específica em processos de avaliação diagnóstica:

Psicologia e processos de avaliação diagnóstica, que implica a concentração em competências referentes ao uso e ao desenvolvimento de diferentes recursos, estratégias e instrumentos de observação e avaliação úteis para a compreensão diagnóstica em diversos domínios e níveis de ação profissional (BRASIL, 2011, p. 5).

Em ambas as ênfases, a capacitação em avaliação diagnóstica se faz presente. O discurso universitário, sendo o discurso hegemônico da contemporaneidade, se desdobra na biopolítica, que reduz a população a uma coleção de seres enquadrados, administrados e disciplinados (ŽIŽEK, 2006). Pode-se realizar uma leitura do discurso universitário como o saber incidindo sobre o objeto; em outras palavras, lapidando, formatando, imprimindo uma verdade no sujeito. Seria essa a lógica que pousa na recente resolução? Concentrar competências a partir de diferentes recursos e instrumentos para realizar avaliações diagnósticas. Diagnosticar para medicar, medicar para normalizar as singularidades/subjetividades – eis a lógica capitalista e biopolítica incidindo nas práticas de saúde mental contemporâneas.

A transformação da natureza e dos corpos, pela medicalização insistente e pela higiene ativa do espaço social, se ordenou como uma das estratégias fundamentais do Estado moderno. (BIRMAN, 2010, p. 66)

Castel (1987) previu o rumo que seria tomado pela psicologia do século XXI:

Uma orientação diferente se desenvolve, a partir de uma outra transformação dos dispositivos médico-psicológicos que, autorizando uma dissociação

radical entre o diagnóstico e o se encarregar, faz balançar a prática terapêutica do lado de uma pura atividade de *expertise*. O saber médico-psicológico torna-se assim o instrumento de uma política de gestão diferencial das populações mais do que o cuidado. (CASTEL, 1987, p. 100-101)

Onde entra a psicanálise nessa discussão? O discurso do analista é o único que visa ao sujeito do inconsciente e opera segundo a lógica do um a um, do caso a caso, produzindo saber a partir da clínica e da singularidade do sujeito, dando importância à causalidade psíquica dos sintomas – “perguntamo-nos em quantos pedaços o objetivismo científico poderá recortar uma pessoa a quem creditávamos, não há tanto tempo, um inconsciente, uma história e um projeto” (CASTEL, 1987, p. 99). A psicanálise trabalha com o diagnóstico a partir da transferência. A citação apresentada a seguir demonstra toda a complexidade que envolve o ato diagnóstico em psicanálise, que se afasta completamente da lógica predominante no discurso universitário:

Em psicanálise, o diagnóstico não se baseia apenas em signos que representam algo para alguém – conforme a definição peirciana de signo –, mas na estrutura da cadeia significante, que também é articulada pela relação entre ordem e classe. E a estrutura da cadeia significante reserva um lugar para a divisão do sujeito, o que autoriza um diagnóstico que se concentra nesse aspecto. No entanto, a relação entre o sujeito e o significante precipita uma economia de satisfação de gozo, o que levanta uma terceira dimensão do diagnóstico em psicanálise. Finalmente, a cadeia significante, o sujeito e o gozo precisam se atualizar em uma relação e em uma fala concretas, chamadas transferência, para que o diagnóstico seja possível. (DUNKER, 2015, p. 237).

No lugar de imprimir um saber no sujeito através da classificação, nomeação do transtorno, o discurso psicanalítico reconhece a divisão do sujeito – que é produzida e excluída pelo discurso universitário – para, a partir disso, permitir que o paciente produza um saber que o auxilie no desembaraço dos sintomas. As categorias diagnósticas psicanalíticas – que na neurose são: histeria, neurose obsessiva, fobia – são detectadas a partir da fala do paciente, não sendo possível definir o modo de gozo do paciente em poucas sessões, pois, a estrutura se mostra a partir do enredo ficcional produzido através das narrativas em uma análise. Não há aqui o endereçamento de uma verdade genérica que explique o sofrimento do paciente, mas a produção da verdade (semi-dizer) a partir do reposicionamento significante na trama simbólica de cada falasser.

Em 2011, o colegiado de psicologia da universidade reordenou os componentes optativos aprovando a extinção de três disciplinas em psicanálise, sendo elas: Tópicos Especiais em Psicanálise IV; Tópicos Especiais em Psicanálise V; e Tópicos Especiais em Psicanálise VI. Atualmente, em 2017, a grade curricular do curso oferta um componente obrigatório em psicanálise no primeiro semestre e apenas três optativos

(Psicanálise e Educação; Psicanálise e Sexualidade; e Tópicos Especiais em Psicanálise
I). Essa baixa reflete-se no relato de muitos (as) estagiários(as), que afirmaram sentir falta de uma base teórica maior em psicanálise.

A minha maior dificuldade é teórica, porque eu tive essa aproximação com a psicanálise durante a graduação, mas foram em momentos pontuais, não foi de uma forma contínua. Então, eu chego ao projeto ainda muito verde em termos teóricos, isso é o que mais pega, eu vou estudando a teoria baseada no que os casos vão demandando, mas, pra falar a partir de um escopo teórico maior, isso ainda me falta.⁵

Apesar de a transmissão não acontecer de forma direta, como foi apontado no capítulo 3 deste trabalho, ofertar disciplinas em psicanálise é fundamental para que o(a) estudantes tenha a oportunidade de se aproximar dos escritos freudianos a fim de instrumentalizar-se para fazer clínico. Além disso, mas não menos importante, ser capaz de construir articulações teóricas que auxiliem no desenvolvimento de uma perspectiva crítica para muito dos problemas e impasses socioculturais contemporâneos.

Este capítulo apresenta algumas discussões sobre o fazer clínico durante o estágio, entre outros temas que foram destacados a partir dos relatos obtidos nas entrevistas com os(as) estagiários(as) e egressos(as) recém-graduados(as) que indicam as contribuições da psicanálise para a formação clínica de psicólogos(as).

4.1 A ESCOLHA DO ESTÁGIO E DA ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA

Antes da prática, todos os entrevistados frequentaram a única disciplina obrigatória em psicanálise, ofertada no primeiro semestre, além de disciplinas optativas. Os itinerários da graduação de cada um são distintos, não há um percurso único, em razão das disciplinas optativas e dos grupos de pesquisa. Os oito entrevistados relataram os motivos para a escolha do estágio clínico com orientação psicanalítica. A seguir, são destacados trechos que, de forma geral, apresentam esses motivos:

Eu acabei sendo fisgado pelo lugar de fala da psicanálise, que para mim é um lugar que vem na contramão de um projeto de ciência mais positivista e que não estava me agradando muito... Acho que as minhas afetações ganharam um campo de acolhimento na psicanálise.⁶

⁵ Estagiária E.

⁶ Egresso D.

A possibilidade de abertura que a psicanálise tem para tratar não só da clínica me despertou interesse. Eu tinha contato com algumas leituras de Maria Rita Kehl, do Vladimir Safatle, fui lendo outras pessoas que tinham psicanálise na sua formação e usavam um pouco dela para tratar de outras questões, que tinham um cunho mais sociológico, mais político, e eu não vi isso nas outras teorias da psicologia. Fora isso, acho que esse escopo teórico da psicanálise, desde a sua formação, por não ter um cunho científico muito positivista que eu via em outras teorias, acabei me interessando mais. Por partir da prática, por partir da literatura, da mitologia, então isso acabou casando com meus interesses pessoais; por exemplo, fiz bacharelado interdisciplinar em artes e essa relação com a linguagem foi o que mais me chamou atenção na psicanálise.⁷

Quando começamos a estudar psicanálise, começamos a ver coisas que estão rodeando a gente, que achamos que é natural e você vai vendo que é muito mais profundo. Eu acho que isso que me atrai na psicanálise, ver algo muito mais além do que está posto, a superfície. Eu vejo outras teorias que trabalham com a questão do aqui e agora, que eu acho funcional também, mas que eu prefiro e acredito que a profundidade leva você a entrar em contato com você mesmo, e é isso que a psicanálise me faz cada a dia mais estudar, e entender mais os meus processos, porque se eu não entender os meus próprios processos fica difícil entender, aliás, não é nem entender, mas manejar os processos do outro. Acho que a psicanálise é mais profunda em relação a outras teorias.⁸

Os trechos citados apresentam as características da psicanálise que chamaram a atenção dos estagiários, fisingando-os para a escolha da orientação. O distanciamento que essa prática mantém do viés positivista, aplicado na clínica por outras correntes teóricas da psicologia, surge como um dos motivos para essa escolha. Esse é um dado que aponta para a importância de os cursos de psicologia ofertarem disciplinas em psicanálise, pois a clínica do sujeito não encontra respostas efetivas com a aplicação de técnicas positivistas. “Ir além do que está posto” – eis um trecho da fala de um(a) dos(as) entrevistados(as) que aponta para o trabalho com o inconsciente. É possível destacar também a implicação ética que convoca a estagiária H a trabalhar-se em análise pessoal para aprimorar a formação clínica. Além disso, foi citada a perspectiva política na esfera social e o uso da linguagem como ferramenta clínica. As especificidades dos motivos destacados – distanciamento do positivismo, ética e política, linguagem e inconsciente – são abordadas em diferentes situações ao longo deste trabalho, junto às implicações que promovem na clínica.

⁷ Estagiária E.

⁸ Estagiária H.

4.2 ESPECIFICIDADES DA PSICANÁLISE NA PRÁTICA CLÍNICA DO ESTÁGIO

Nesta seção são destacadas algumas particularidades da prática clínica no estágio supervisionado a partir das entrevistas. A análise de dados permitiu o delineamento de alguns tópicos que apresentam as particularidades da psicanálise que emergem no contexto do estágio supervisionado

4.2.1 A escuta clínica

A escuta que a psicanálise propõe para a condução dos atendimentos localiza aquele que ouve no lugar de não saber sobre o caso para que nenhum sentido seja antecipado. Essa é uma posição que abre mão da posse da verdade sobre o outro. Para Macedo e Falcão (2005), Freud inaugura o tempo da palavra na clínica, e, através da escuta, a singularidade do sujeito e do sentido de seus enunciados pode revelar o desconhecido de si. Para escutar o outro devemos renunciar a posição de saber/poder para permitir que o discurso do paciente e a experiência de sua trajetória de vida fiquem primeiro lugar.

Era muito comum quando a gente ia atender os pacientes que tentaram suicídio, no ambulatório, eles diziam assim *não, mas eu não quero mais me matar, eu me arrependi do que eu fiz*, na verdade, essa era uma frase que eles sabiam que os médicos esperavam ouvir, era o mínimo que eles podiam falar pros médicos para ter algum tipo de cuidado, para ter um mínimo de respeito. Então a gente precisava mobilizá-los a ponto de dizer, *bom não é isso que a gente espera que você fale, vamos trabalhar sem julgamento, retirando qualquer carga moral*, para que esses pacientes pudessem desenvolver uma narrativa mais coerente com a sua história, com o seu momento, com a própria tentativa de suicídio, dar um espaço legitimado para esse sofrimento que parece que não tinha mais lugar. Eu acho que psicanálise tem um olhar sensível para retirar o julgamento, para dar um espaço a esse sujeito, para dar um espaço ao sofrimento. Fui entendendo que, mais do que construções teóricas e técnicas, era um olhar ético que guiava a escuta. Nesse lugar de sujeito, de entender que não existe bem ou mal.⁹

Distanciar-se do julgamento sobre o caso, sem antecipar o certo ou o errado na conduta dos pacientes, foi uma das recomendações de Freud para promover uma boa associação livre. Esta seria uma posição de escuta ética, uma vez que não se reduz o paciente a um código moral preestabelecido. No relato destacado, há recusa de ajustamento do paciente por parte da estagiária, e há renúncia de uma verdade sobre a

⁹ Egressa A.

tentativa do ato suicida, para poder promoverem-se vias em que o próprio sujeito elabore a situação. Além disso, esse relato apresenta a noção de que não há uma técnica específica a ser seguida na condução clínica.

Não é tarefa simples ocupar um lugar de escuta que permita que a narrativa do sujeito prevaleça na condução dos atendimentos. Muitos dos entrevistados relataram sobre os impasses para sustentar esse lugar frente à pacientes que demandam respostas práticas e soluções rápidas e para os sintomas.

Meu manejo é reforçar o meu papel enquanto uma pessoa que está pretendendo um atendimento de ordem psicológica. Então, quando eu amplio a escuta, eu já estou dando uma determinação de que ali o meu lugar não é de dar respostas. Acredito que o principal é isso, quando eu chego e não sou prescritiva. Isso, por sinal, era até uma dificuldade que eu tinha no início. Principalmente por estar lidando com adolescentes, não me colocar nesse lugar de ser sempre prescritiva, e assumindo um lugar que é diferente do que é suposto ali. Acho que isso é o que vai me ajudando mais. Colocar para as pessoas que elas precisam se implicar, principalmente nos atendimentos individuais, buscar a implicação.¹⁰

Uma demanda que eu tinha a sensação que se repetia muito na clínica é: “me ajude a resolver isso, agora me ajude efetivamente”, ou seja, querer que o outro sempre escolha, faça, crie por ele. E a nossa função é fazer com que o sujeito se responsabilize pelo caos em que ele se encontra. Freud falava sobre isso. Convocar ele a esse lugar é uma tarefa difícil e árdua, mas ela é necessária para que o próprio trabalho de análise aconteça.¹¹

A posição dos praticantes de psicanálise frente aos pacientes não é de ofertar respostas, ou soluções para o sofrimento, em outras palavras, tamponar o furo da fantasia através de técnicas psicológicas que “promovem” o bem-estar, mas convocar o sujeito à trabalhar em análise através da implicação frente aos modos de gozo.

Freud (1912/2010b) cita algumas recomendações para os praticantes de psicanálise quando define a atenção flutuante como uma das principais técnicas para a clínica. Aquele que escuta o paciente não deve intensificar a atenção, fixando-a em algum ponto do relato, pois, dessa forma, outro material importante pode ser eliminado; ao selecionarmos algo como foco da atenção, estamos seguindo nossas expectativas e inclinações, que podem trazer como consequência a impossibilidade de encontrar algo novo através da fala do sujeito. Resumidamente, Freud adverte sobre a importância de posicionar-se no lugar do não saber no momento da escuta, pois, dessa forma, o paciente

¹⁰ Estagiária E.

¹¹ Egressa A.

pode formular novos conteúdos e associações na análise. As associações possibilitam a cura dos sintomas, que até então permaneciam sem elaboração.

O método da associação livre foi proposto por Freud (1915/2010b) como regra fundamental a ser seguida pelo paciente. Inicialmente, inspirado nas ideias de Charcot, Freud utilizava como recurso clínico a hipnose e acreditava que, ao revelar o conteúdo suprimido da consciência ao paciente, este encontraria a verdade do trauma que gerou o sintoma. Entretanto, a clínica com as histéricas demonstrou que os sintomas diluídos através da hipnose retornavam, e este teria sido um dos motivos que conduziram ao abandono dessa técnica na conduta dos pacientes. Em substituição, surge a associação livre como regra fundamental, solicitando-se aos pacientes que renunciem a “todas as ideias intencionais conscientes e a toda crítica” (FREUD, 1915/1010b, p. 88) para promover elaborações através da linguagem e das manifestações do inconsciente (sintomas, sonhos, atos falhos, chistes).

Com a associação livre estabelecida como principal recurso clínico para a dissolução dos sintomas, Freud eleva a categoria da escuta a um ponto de grande importância. A palavra dada ao paciente distancia a psicanálise de um código universal de deciframento, pois o saber sobre o inconsciente é produzido a cada caso clínico..

Alguns estagiários comentam que nem todos os profissionais que se colocam no lugar de escuta estão efetivamente ouvindo os pacientes – esta poderia ser definida como uma “escuta surda” ou como a antecipação do que o outro supostamente está falando antes de ele próprio manifestar tal conteúdo.

Estava atendendo uma paciente que começou a trazer informações como se eu fosse uma enfermeira. Fui e perguntei, e o que mais? Ela não entendeu e eu disse: eu quero saber mais de você. Então, nesse espaço, se o psicólogo não for esse profissional que oferta essa escuta, quem é que vai fazer isso? O médico não vai fazer isso, e sinto que com a psicanálise isso é possível, ofertar essa escuta diferenciada. O médico olha só a parte técnica e o enfermeiro também, então, se o psicólogo não tiver essa escuta, ele está fazendo o que ali? Reproduzir mais do mesmo? Se você não escuta como é que você vai saber? No meu estágio, na minha formação e na minha própria vida, para mim, isso é o que define mais, isso é o que ganha maior destaque, a importância da escuta. A questão não é nem só deixar o outro falar, mas escutá-lo. Há muitos profissionais que até deixam o paciente falar, mas não estão escutando. Então, deixar a pessoa falar e escutá-la é fundamental...Os psicólogos poderiam escutar mais, não sei nem se isso é só da psicanálise, poderia ser uma característica de outra abordagem também, mas acho que podemos dizer que os psicólogos que seguem a psicanálise vão mais à frente em relação a essa escuta. *Eles não vão pegar qualquer informação e lançar um diagnóstico, eles*

*escutam o paciente.*¹²

Nem todo mundo tem uma escuta diferenciada. Acho que ouvir todo mundo ouve, pode acolher, tem essa função do acolhimento dos que chegam. Mas escutar e fazer uma intervenção, no sentido de efeitos terapêuticos, nós estamos nos capacitando pra isso, pois é sobre o que estudamos.¹³

Escutar o paciente sem reduzi-lo a uma classificação diagnóstica, eis uma das contribuições éticas que a psicanálise oferta aos estagiários de psicologia. A psicanálise trabalha com estruturas clínicas – psicose, neurose, perversão – elaboradas por Freud; esses são diagnósticos interpretativos, tratados na clínica através da própria linguagem. O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) não interfere nem influencia a condução dos atendimentos psicanalíticos. Diagnosticar os pacientes, de acordo com o manual, não é objetivo clínico dos(as) estagiários(as) orientados(as) pela psicanálise. Estes conduzem a prática a partir da identificação das tais estruturas clínicas estabelecidas por Freud.

A seguir recortamos o relato de um dos(as) egressos(as) que segue na contramão da prática de avaliação diagnóstica hegemônica contemporânea, demonstrando como o manejo clínico, orientado pela psicanálise, segue a partir da concepção do sujeito como portador de uma história própria, com sua dinâmica específica que o conduz em seu destino:

A perspectiva da psicanálise de que não há diagnóstico possível sem ser na transferência, eu que trabalho na saúde mental, posso dizer que a minha leitura diagnóstica se dá dessa forma. A noção da forma de funcionamento do sujeito, a partir de suas repetições, seus tropeços, nas formas de sofrimento, mas ao mesmo tempo no prazer. Então, o diagnóstico é um pouco nesse sentido, como caminhos que são percorridos pelo sujeito e também de repetição, ao invés de pensar em diagnóstico de transtorno. É que para mim não há como ter um diagnóstico sem ter a transferência, mas como ao mesmo tempo a gente precisa dialogar, a gente precisa, estando nesse campo da interdisciplinaridade, precisamos fazer laço com as outras categorias. Eu faço uso das categorias mais dura, do CID do DSM, enfim, eu faço um uso muito estratégico, *é um uso que não se prende às categorias, é um uso que tem a perspectiva de que o sujeito pode ser várias coisas e não se define apenas por aquele diagnóstico*. A psicanálise me traz na clínica a própria noção do devir, essa noção do devir como uma possibilidade de deslocamentos, a partir desses momentos de olhar, de ver, de compreender, acho que em um contraponto com um diagnóstico mais psiquiátrico. A partir do diagnóstico psiquiátrico isso não seria tão possível, essa noção do devir.¹⁴

Operar na clínica a partir da transferência é o principal recurso para trabalhar com

¹² Estagiária C.

¹³ Estagiária F.

¹⁴ Egresso D.

o sintoma e reduzir o sofrimento. Segundo Dunker (2015, p. 237) “o diagnóstico psicanalítico está para o ato poético assim como o diagnóstico médico está para a gramática ou para a semântica”. O praticante de psicanálise pode obter certos efeitos na clínica com o recurso da linguagem, e, a partir da fala, o paciente tem a chance de encontrar a cura para os sintomas, pois, através da relação entre o sujeito e o significante é possível precipitar a economia do gozo do sujeito, o gozo do sintoma.

Alguns dos entrevistados destacaram a importância da escuta na prática clínica para elevar o paciente à categoria de sujeito. Essa perspectiva é fundamental para não perder de vista os propósitos da psicanálise; além disso, é uma posição difícil de sustentar, pois o ato da escuta convoca o(a) estagiário(a) a retirar-se de si, renunciar o seu eu, sua identidade, para acessar o outro (FREUD, 1926/2014). Se o praticante de psicanálise promove a escuta através desses pressupostos, ele viabiliza a associação livre, mesmo se o contexto de atuação não for um consultório fechado.

A ação de aprender a escutar surge nas entrevistas como uma das principais contribuições da psicanálise para a formação clínica. A atitude de recuar diante do saber sobre o caso surge como um avanço clínico. Saber escutar para melhor atuar nos atendimentos é um fato que acontece depois de algum tempo de experiência.

No ambulatório é diferente, no começo era muito angustiante, eu ficava me sentindo muito desconfortável, apesar de eu estar em análise, ainda sentia muita resistência com algumas coisas. Ficar sozinha com o paciente em um ambiente fechado, ficar 40 minutos escutando, fiquei pensando: *será que eu vou ficar cansada de escutar?* Mas a análise pessoal e a supervisão têm me ajudado com isso.¹⁵

Eu percebo que a minha escuta melhorou pelo fato das minhas intervenções terem melhorado, antes eu não tinha muito recurso, eu ficava muito no campo da entrevista, ou chegava ainda com muitas informações sem saber o que fazer. Na medida em que fui avançando, fui aprendendo a ouvir melhor para poder intervir melhor, isso me ajudou.¹⁶

A gente entra em psicologia achando que temos uma boa escuta, que sabemos ajudar o outro, mas não é a questão de ajudar, eu diria que o profissional não ajuda ninguém, quem se ajuda é o próprio sujeito. A gente apenas direciona, e saber como dar esse direcionamento é fundamental. Primeiro a gente ter uma experiência e se dedicar. Estudar, fazer supervisão e tudo mais. Acho que essa clareza, só fazendo estágio clínico é que foi possível ter. *A gente sempre fala do tripé, mas estar nele e começar a fazer parte dele é que muda completamente tudo. Até nosso entendimento quanto à ética, por exemplo.*¹⁷

¹⁵ Estagiária C.

¹⁶ Estagiária E.

¹⁷ Estagiário G.

Os relatos demonstram que a escuta promovida pela clínica psicanalítica é um recurso que vai sendo aprimorado com a prática. Os(as) estagiários(as) apreendem que para saber escutar é necessário abrir mão de uma suposta verdade sobre o sujeito, característica do discurso universitário que tem o saber incidindo sobre o objeto. Há uma convocação do tripé – supervisão e prática, análise pessoal e estudo teórico – por parte dos(as) estagiários(as) para sustentar esse fazer clínico. Praticar a psicanálise dispendo do tripé como suporte é necessário para uma condução clínica ética, que cumpra os pressupostos psicanalíticos. O domínio da técnica da escuta não é promovido apenas através da experiência prática, mas, imprescindivelmente, acompanhado da análise pessoal. O(a) praticante da psicanálise no momento do estágio não é um(a) analista nem se tornará analista com o término da formação em psicologia. O discernimento dos(as) estagiários(as) sobre a importância e os efeitos da escuta psicanalítica, atenção flutuante, seria uma das contribuições da psicanálise para a condução da clínica psicológica dos(as) formandos(as). Através da escuta, o(a) praticante convoca o paciente, que demanda uma análise, à simbolização de seus processos psíquicos.

4.2.2 A temporalização ofertada pelos(as) estagiários(as) de psicologia

Um dos elementos mais importantes que a psicanálise oferta a seus pacientes é a oportunidade de temporalização da experiência subjetiva. Esse conceito foi trabalhado por Joel Birman no livro *O sujeito na contemporaneidade*. A dimensão temporal tem relação com a capacidade do sujeito de evocar, recordar e fazer elaborações discursivas e narrativas sobre sua própria história. De outro lado, há a dimensão espacial, relativa à imagem, à ação, que impera na configuração da sociedade contemporânea, na qual há uma constante prevalência do ato. A espacialidade, na contemporaneidade, esmaga a dimensão temporal, e o ritmo dos sujeitos é cadenciado pela lógica da atuação, da não elaboração, colocando em evidência “a configuração predominante e progressivamente espacial assumida pela experiência do sujeito na contemporaneidade” (BIRMAN, 2012, p. 11).

O que eu aprendi de fundamental foi ter a sensibilidade para esperar o tempo do sujeito. Se a gente incide muito cedo sobre algo que ele ainda não consegue lidar, a gente pode causar resistência, obstruir o caminho, e aquilo não vai ter continuidade, pois pode criar uma barreira. Aprendi a respirar, controlar a ansiedade e esperar para ver o que surgia. E isso era difícil de sustentar, pois

a equipe te cobra. E aí tendemos a pensar que não estamos sabendo fazer. Mas a questão é que o paciente não está sabendo lidar com aquilo naquele tempo. Você está ali, faz os atendimentos, as intervenções, mas ele não consegue lidar com aquele conteúdo, pois não é o tempo dele. Precisamos respeitar isso.¹⁸

A associação da psiquiatria com as neurociências trouxe consequências para a clínica psicanalítica, que foi perdendo espaço para os tratamentos medicamentosos e as terapias pautadas em exames diagnósticos, com aplicação de testes, exames neurais, etc. Dessa forma, “não se pretende mais a *cura*, no sentido clássico da medicina clínica, mas apenas a *regulação* do mal-estar” (BIRMAN, 1999, p. 42). Isso acarreta no declínio da *talking cure*, em prol do tratamento medicamentoso e imediatista que exclui a dimensão psíquica dos sintomas e o sofrimento subjetivo provocado pelo mal-estar na cultura.

As neurociências pretendem construir uma leitura do psiquismo, de base inteiramente biológica. Com isso, o funcionamento psíquico seria redutível ao funcionamento cerebral, sendo este representado numa linguagem bioquímica. Enfim, a economia bioquímica dos neurotransmissores poderia explicar as particularidades do psiquismo e da subjetividade. Esta transformação epistemológica produziu mudanças terapêuticas imediatas. A psicofarmacologia se transformou no referencial fundamental da terapêutica psiquiátrica, dado que as neurociências pretenderam fundar uma leitura do psiquismo. Com isso, a medicação psicofarmacológica pretende ser a modalidade essencial da intervenção psiquiátrica. Em consequência disso, a psicoterapia tende a ser eliminada do dispositivo psiquiátrico, transformando-se num instrumento totalmente secundário face à intervenção psicofarmacológica. A psicoterapia passa a ser representada como uma peça de museu, sendo colocada como periférica no dispositivo psiquiátrico da atualidade. (BIRMAN, 1999, p. 40)

Com a desvalorização da *talking cure*, a temporalização perde para a espacialidade, e, conseqüentemente, os sujeitos seguem cada vez mais distanciados da produção de narrativas. Na contramão do ritmo espacial contemporâneo, a psicanálise permanece como um campo clínico que fornece elementos para que a temporalização dos sujeitos aconteça na cena analítica. Ofertar lugar de destaque para a narrativa do sujeito é característica da psicanálise freudiana desde *A interpretação dos sonhos*. Nesta obra, Freud (1900) desvincula a análise de um “código preestabelecido – chave dos sonhos” para focar na singularidade do relato daquele que sonha; ou seja, o sonho deveria ser decifrado pelo próprio paciente, o sonhador, e não por um manual de palavras com sentidos fixados e universais: “não existiria subjetivação possível do sonho sem a incidência da dimensão temporal” (BIRMAN, 2012, p. 16), o que quer dizer que não há

¹⁸ Egressa B.

temporalização sem discursividade. A emergência da temporalidade é crucial para esse processo, pois, através do relato, o sonhador organiza sua fala para que o sonho, inicialmente sem sentido algum, ganhe uma lógica própria.

A psicopatologia contemporânea considera que os sintomas psíquicos não são signos de falta de elaboração discursiva, mas indicadores de anormalidade psíquica desencadeada por desequilíbrio neural. Segundo Moretto (1994), os médicos prestam muito pouca atenção ao sofrimento subjetivo do sintoma; o que eles fazem não é nada além de agrupar os sintomas em determinada síndrome ou transtorno, de modo que os discursos na relação médico-paciente são colocados de lado, por conta da “eficácia” dos medicamentos. É importante destacar que os diagnósticos também ocupam um lugar social específico e se traduzem de maneiras afetivas diversas na vida dos sujeitos que os recebem. Dunker (2015) localiza o sintoma como aquilo que vai elevar o portador em uma identificação específica que pode conduzi-lo a uma exceção nomeável, que “responsabiliza e implica os dispositivos de subjetivação como o hospital, o direito, o Estado e a escola” (DUNKER, 2015, p. 34). Essa discussão remete a uma possível alienação do sujeito ao diagnóstico, circunstância que pode ser trabalhada na clínica psicanalítica.

A psicanálise freudiana promoveu uma virada epistemológica ao atravessar a semiologia médica, incapaz de responder aos sintomas psíquicos, legitimando a hermenêutica como instrumento clínico (LEANDRO et al., 2013). É a psicanálise que situa a linguagem como agente principal da sua prática clínica, essa é uma de suas principais características. Freud e Lacan privilegiam o método da associação livre, no qual há possibilidade de o sujeito elaborar suas próprias questões, trabalhando os seus sintomas e seguindo em direção ao seu desejo. O foco na clínica são os significantes mestres produzidos pelos sujeitos, “e que isso chegue a dar em alguma coisa, que se trate de compreender porque qualquer coisa que se faz com este aparelho que eu chamo o significante, isso pode ter efeitos” (LACAN, 1972/2014, p. 9). Acontece que a temporalidade vem perdendo espaço para a dimensão espacial. Há uma predominância do espaço sobre o tempo que vem se “incrementando cada vez mais na nossa tradição, de maneira que a dimensão de dor ocupa cada vez mais um lugar privilegiado no psiquismo em face do registro do desejo” (BIRMAN, 2012, p 29).

Para o sujeito desejar é preciso também que possa fantasmear, sem o que o desejo não se ordena e não se encorpa. A possibilidade de fantasmatização se inscreve no registro psíquico da imaginação, que implica, em contrapartida, a

antecipação e a categoria de tempo na experiência psíquica”. (BIRMAN, 2012, p. 44)

A fantasia é o recurso do sujeito neurótico para interpretar a sua realidade. É através dela que damos sentido a tudo que acontece. Sendo assim, para poder interpretar a realidade psíquica, é necessário debruçar-se sobre a fantasia, dispositivo singular a cada ser falante, no qual cada um amarra sua trama, suas histórias, de modo particular.

Estava começando a ler Lacan, processo de alienação e separação, foi quando eu comecei a pensar o sujeito com um tempo lógico, que cada um tem o seu tempo, cada um tem a sua forma de lidar com as coisas, a gente precisa respeitar e entender isso. Existe uma cobrança muito grande de um tempo cronológico que está o tempo todo correndo, mas tem o tempo do sujeito também, então, quando eu entendi isso, falei: poxa, de fato precisamos pensar nisso, precisamos olhar para a diferença de uma forma muito particular. Então, acho que foi nesse momento que eu me senti fisgada. E pensei que não quero trabalhar com outra coisa, e sim com isso, dessa forma.¹⁹

O tempo lógico exerce um papel legítimo e necessário à dinâmica dos atendimentos feitos sob um viés psicanalítico. Apesar de o tempo cronológico para o atendimento psicológico em um hospital ser diferente daquele que encontramos em um ambulatório ou em consultórios particulares, algo do tempo lógico se faz presente no caso. É importante que o(a) estagiário(a) esteja alerta para essa condição, pois só assim ele conseguirá fazer advir algo do sujeito para a situação em questão.

Com o esmagamento da dimensão temporal sendo uma das marcas da clínica contemporânea, a desvalorização da *talking cure* conduz os(as) estagiários(as) de psicologia orientados pela psicanálise ao desafio constante de sustentar o dispositivo analítico para conceder um lugar legítimo à narrativa dos pacientes. Para poder elaborar, é preciso tempo, e os(as) estagiários(as) de psicologia notam, na prática clínica, a particularidade do tempo de elaboração que cada paciente exerce de forma singular.

Para Birman (2012), o mecanismo de evocação desloca a posição daquele que fala de um lugar passivo para um lugar ativo, possibilitando uma “apropriação psíquica” do que lhe acomete. Sustentar um lugar que ofereça chances de o paciente elaborar suas questões e sintomas, assim como sua própria história, é um dos desafios enfrentados pelos(as) estagiários(as) de psicologia clínica com orientação psicanalítica. Muitas vezes, os discursos dos pacientes ficam estagnados na lógica médica, da consulta com foco no corpo, do remédio como solução, como demonstra o recorte de uma das entrevistas:

¹⁹ Estagiária F.

Lembrei de uma dificuldade que tive durante minha experiência no hospital com os pacientes com dor. Eram pacientes com dor crônica, que chegavam com um discurso muito automatizado sobre a dor. Eu fui muito desafiada, foi uma clínica bem difícil para mim no início, porque esses pacientes não metaforizavam. Eles faziam uma descrição física da dor.²⁰

O caso em questão convocou a estagiária a sustentar a escuta dessa paciente por quase um ano. Com a aposta que a estudante fez na temporalização, depois de alguns meses, a paciente entendeu que durante aqueles atendimentos ela recebia uma escuta que abria espaço para ela falar sobre outras questões além da dor física.

Foi uma tarefa de entender que eu estava em um outro lugar para esses pacientes. E também uma tarefa que eles precisavam entender que eu estava em um outro lugar, porque é como se os outros profissionais só tivessem interessados nisso, na dor física; se os pacientes falassem de outras coisas não tinha espaço... Alguns que tinham tido experiência com psicólogos, ou era uma entrevista para poder protocolar, para diagnosticá-los com depressão, com ansiedade, ou desenvolver um trabalho de qualidade de vida. O que pode, o que não pode, etc., então, eu acho que a psicanálise me ajudou a ocupar um outro espaço para esses sujeitos, um lugar de fala, de narrativa, de subjetivação, de legitimação dessa dor... Eu me lembro que com essa paciente foi quase um ano de trabalho sustentando essa escuta muito repetitiva sobre a dor física. Com o desenrolar do tratamento, ela começa a sessão falando da dor física, depois dizia: mas não é disso que eu tenho que falar aqui, né? E a partir daí ela começava a falar dela, das dores, das perdas, subjetivava.²¹

Muitos pacientes chegam aos atendimentos “mutilados” da capacidade de elaboração: “é o espaço que engole a possibilidade de temporalização da experiência psíquica” (BIRMAN, 2012, p. 51). Presos no aqui e agora, esses sujeitos precisam apreender que é possível e necessário evocar, rememorar, elaborar sua realidade psíquica.

Realizar esse trabalho na instituição não é simples, pois o psicanalista se vê confrontado com pacientes cuja demanda já está modulada pelo efeito de um discurso medicalizado, ou seja, uma demanda que se endereça ao saber médico... O sujeito dirige-se ao ambulatório crendo que será atendido por vários *doutores*, por isso é comum sentir-se confuso quando descobre que o doutor psicólogo não medica, *só conversa*. (VITOR; AGUIAR, 2011, p. 46)

É, portanto, tarefa daqueles que são orientados pela psicanálise possibilitar a emergência de um sujeito temporal, que é descartado em outras esferas da sociedade, como a saúde, o judiciário, a educação, etc.; “se a psicanálise é o discurso que resguarda o lugar do sujeito, é porque ela sustenta que o sujeito tem algo a dizer que ninguém mais poderia dizê-lo em seu lugar” (JORGE, 2005, p. 13).

²⁰ Egressa A.

²¹ Egressa A.

4.2.3 A realidade psíquica

Para Figueiredo (1997), há algumas condições mínimas para o exercício da psicanálise acontecer. A primeira delas é considerar a realidade psíquica do paciente, que “trata-se da única realidade que diz respeito e interessa ao sujeito, a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha; enfim, se põe no mundo e, até mesmo, se desconhece” (FIGUEIREDO, 1997, p. 124). A realidade psíquica é tudo que é possível detectar a partir da fala do sujeito, e é a partir dela que o psicanalista faz intervenções. Esse registro constitui o “núcleo irredutível do psiquismo, registro de desejos inconscientes dos quais a fantasia é a expressão máxima e mais verdadeira” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 224).

Com o estudo sobre a histeria, Freud dirigia atenção para as fantasias das pacientes, pois, ao escutar as histéricas, ele se deu conta de que havia uma realidade psíquica além da factual. Ao solicitar às pacientes um relato sobre a cena traumática, Freud começou a identificar que ali surgiam fantasias imaginárias e que era difícil distingui-las da realidade, pois eram fantasias mascaradas de traumatismo. Para Carreira (2009), “é justamente em função de seu caráter traumático que a verossimilhança dessas cenas, narradas pelas histéricas freudianas, não pôde ser tomada como inverdade, mas como ficção que dá estrutura à verdade” (CARREIRA, 2009, p. 158).

Na *Conferência XXIII – Os caminhos da formação dos sintomas*, Freud (1917/1996, p. 361) afirma que “todos nós somos doentes – isto é, neuróticos, pois as precondições da formação dos sintomas também podem ser observadas em pessoas normais”. É nessa conferência que ele situa a fantasia como uma construção do paciente que não é verdadeira, mas que também não é essencialmente falsa.

As fantasias possuem realidade psíquica, em contraste com a realidade material, e gradualmente aprendemos a entender que, no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva. (FREUD, 1917/1996, p. 370)

Freud cria o conceito de realidade psíquica quando abandona a teoria da sedução e elabora uma teoria sobre o aparelho psíquico a partir do conceito de inconsciente (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 646). A realidade psíquica seria aquela que se distingue da realidade material e é dominada pela fantasia do sujeito. A fantasia seria a realidade imaginária do sujeito neurótico, o recurso necessário à interpretação do mundo e de si. Em *A perda da realidade na neurose e na psicose*, Freud (1924/2010) entende a fantasia

como aquilo que o neurótico produz para substituir a realidade, enquanto na psicose há o delírio.

Com a afirmação de que a realidade psíquica é a realidade decisiva, Freud quer dizer que, em uma análise, não interessa se o que o paciente diz realmente aconteceu ou não, pois suas construções, ficções, direcionam o tratamento para a via do gozo, dos sintomas.

A seguir, recortou-se o trecho de uma das entrevistas para demonstrar como o estágio clínico orientado pela psicanálise possibilitou que uma estudante de psicologia levasse em consideração a dimensão da realidade psíquica do paciente, legitimando sua importância, trabalhando a partir dela e direcionando sua escuta para além da realidade material:

Tinha um caso que a paciente queria ir embora do hospital, era uma paciente que morava em um interior muito distante, ela tinha descoberto a insuficiência renal lá no hospital. Essa paciente veio para a capital sentindo uma outra coisa, descobriu o diagnóstico e precisou ficar internada, acabou ficando mais de um mês, e aí ela queria ir embora de todo jeito, não conseguia lidar com a questão do adoecimento, para ela era como se não estivesse doente, não tivesse nada. A partir daí a equipe faz um pedido de [inter]consulta, pedindo que a psicologia desse um respaldo de que a paciente estava em plenas condições das faculdades mentais, porque, se ela fosse embora, a médica iria se desresponsabilizar do caso, pois ela já tinha feito o que ela considerava o correto. A intervenção da equipe era muito no sentido de culpar a paciente, de considerá-la poliqueixosa, de chegar para a paciente e falar: se você sair, você vai morrer. E a paciente não queria escutar, ela dizia o seguinte: o que os médicos me dizem entra por um ouvido e sai pelo outro. Daí tive que conversar com a médica, entender o ponto de vista dela e depois conversar com a paciente também, entender qual era a posição subjetiva dela em relação ao adoecimento. Foi quando ela trouxe toda a história de vida, e a partir daí eu dei a devolutiva para a médica... O desafio era colocar para a médica a posição da paciente, que ela não conseguia lidar com o processo de adoecimento naquele momento e que ela precisava elaborar essa questão da não adesão ao tratamento, o fato de que ela não queria aderir. E aí, aos poucos – só com uma conversa também você não consegue, tem que ser ao longo do tempo –, a paciente ameaçava ir embora, mas não ia... Indo lá, fazendo esse atendimento, oferecendo essa presença e essa escuta, aos poucos ela foi ficando e acabou não evadindo do hospital. A partir disso a médica começou a entender um pouco minha prática ali e dizia que a paciente estava melhor. Mas até você conseguir fazer eles (a equipe) verem algo de fato acontecendo, demora. O que faz com que eles pensem que sua presença ali não é relevante.²²

Esse recorte demonstra que a escuta da estagiária não é direcionada apenas para a paciente, mas também para a médica que solicitou a [inter]consulta. A praticante acolhe

²² Egressa B.

a demanda da médica, sem respondê-la, para entender qual a melhor forma de proceder com o caso. Uma paciente que iria deixar o hospital por questões subjetivas acaba permanecendo quando encontra um espaço legítimo de escuta para sua realidade psíquica. Esse caso evidencia que o estagiário, quando autorizado a intervir no lugar de psicólogo, consegue identificar e trabalhar a partir do reconhecimento da realidade psíquica do paciente, colocando em exercício a psicanálise no atendimento. Outro ponto interessante é o reconhecimento que a entrevistada faz da necessidade de elaboração do sujeito. No lugar de reduzir a paciente àquela que se queixa, a estagiária oferece a oportunidade de ela simbolizar a necessidade de permanecer no hospital. Note-se que o pedido da equipe era um parecer psicológico para se isentar de qualquer responsabilidade futura com relação à evasão da paciente do hospital; indo na contramão desse pedido, a estagiária apostou no atendimento e conseguiu um outro desfecho para a história. Esse exemplo demonstra como considerar a realidade psíquica do paciente é um ponto crucial para a direção do tratamento, contribuição da psicanálise para a condução clínica de um atendimento psicológico.

4.2.4 A transferência

O manejo da transferência é outro tópico que merece ser destacado, pois, sem esse recurso, não há análise, não há laço com aquele que oferta a escuta e, conseqüentemente, não há desejo de saber sobre o inconsciente por parte do paciente. A transferência é a mola fundamental da prática analítica, todas as operações do inconsciente estão respaldadas nela. A transferência faz laço social, e, para que haja análise, é preciso que exista um amor de transferência, dispositivo artificial produzido em análise (FREUD, 1914/1996), uma suposição de saber ao analista.

Quando o paciente fica no hospital, a gente vai oferecer a escuta, mas não necessariamente ele vai querer ser escutado; mas, a partir dessa oferta, algo pode surgir. Esse lugar tem que ser construído, às vezes o paciente não demanda, muitas vezes a demanda é da instituição, tem que fazer o atendimento porque eles ordenam isso, mas existiam casos em que o paciente não queria e eu fiquei o mês inteiro sem conseguir atender. Ela não queria atendimento psicológico, não queria esse contato. Tem casos de outros pacientes também que dizem: “Ah, eu vou ficar só falando, você não dá uma opinião, não dá um conselho?”. *Tínhamos que esperar para intervir no momento que possibilitasse a transferência surgir. Quando não acontece a transferência é bem difícil de manejar. Às vezes você vai para o atendimento e o paciente não está nem aí. Nessas situações era necessário sustentar a*

*posição para ver se alguma coisa acontecia.*²³

A transferência não está apenas na psicanálise, porém “é a análise que isola, torna evidente a transferência” (CIACCIA, 1992, p. 28). Lacan (1964/2008) considera que a transferência pode existir onde não há analista; entretanto, é na análise que esse dispositivo encontra seus fundamentos estruturais, promovendo a suposição de saber ao inconsciente e ao analista, ou seja, sem transferência a análise não pode levar o sujeito a produzir efeitos sobre os seus sintomas.

A transferência, começando por um significante fora de sentido, instala a suposição de saber. É por isso que ela se manifesta no analisando afetado pelo não-senso do sintoma numa temporalidade de espera: espera do saber que resolverá o furo que produzem os enganos do sujeito, e especificamente do sintoma. É esse saber esperado que de certo modo é transferido para o lado do analista e esperado obscuramente de sua interpretação. (SOLER, 2012, p. 55)

Lacan (1964/2008) situa a transferência como um dos quatro conceitos fundamentais em psicanálise, sendo determinada pela função que tem na práxis analítica; ela dirige o modo de tratar o paciente. Todas as operações do inconsciente estão respaldadas na transferência, e a presença do analista é, ela própria, uma manifestação do inconsciente (LACAN, 1964/2008, p. 125), que é a soma dos efeitos de fala, pois o sujeito é constituído pelo significante. Como a causa do inconsciente é uma função do impossível sobre o qual se funda uma certeza, Lacan define a função da transferência como aquilo que dá acesso, de maneira enigmática, ao inconsciente. Para ele, “a certeza do próprio analista concernente ao inconsciente não pode ser extraída do conceito de transferência” (LACAN, 1964/2008, p. 128).

A condição da transferência em uma análise decorre do fato de o inconsciente ser estruturado como uma linguagem – “o inconsciente é o discurso do Outro” (LACAN, 1964/2008, p. 130). Para Fingermmman (2005), a transferência é o que acontece quando falha a fala e se encontra o silêncio do Outro. A transferência tem sua emergência correspondente com o que ocorre quando se depara com o impossível de ser dito, pois a partir daí abre-se a cena do inconsciente na análise, a partir da instalação do sujeito suposto saber que o paciente vai endereçar ao analista. O paciente supõe que o analista possui um saber sobre o seu inconsciente, sobre “a soma dos efeitos de fala, sobre um

²³ Egressa B.

sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante” (LACAN, 1964/2008, p. 126).

Sem o recurso da transferência, uma análise não pode acontecer, pois, se o sujeito não demanda um saber ao analista ou ao praticante de psicanálise, a hipótese sobre o inconsciente não é instaurada, e o desejo de saber, que conduz o trabalho da análise, não é colocado em exercício. Para hysterizar o discurso do paciente, convocando-o à simbolização, antes, é imprescindível que a transferência tenha sido estabelecida entre aquele que escuta e aquele que fala; além disso, sem esse dispositivo, há o risco de o discurso do paciente permanecer na queixa, sem implicação ou elaboração das questões que demandam cura.

Há um questionamento sobre a legitimidade de eu estar ali no CAPS, inclusive porque dentro do serviço público, do atendimento na saúde pública, há muito essa consideração de que você é médica, algumas pessoas costumam te considerar médica, por mais que você fale que é psicóloga, te colocam nesse lugar diferente. E aí tem o fato de, por exemplo, quando a pessoa chega no serviço de psicologia ela tem mais ou menos uma ideia sobre o que é uma psicoterapia, sabe mais ou menos como se portar, e lá no CAPS eu percebo que isso não está tão colocado. Eu fico ainda me questionando, tá, mas será que esse lugar do suposto saber não é uma coisa muito discrepante do que está se dando aqui?

Fico me perguntando por que via a transferência está acontecendo, sabe? Pela via da pessoa achar que eu sou médica e por isso vou saber resolver as coisas, ou se ela sabe que eu estou em um lugar de estagiária de psicologia e tudo mais. E isso que me faz questionar como manejar, eu me vejo lidando com esses conceitos na prática.²⁴

Freud (1915/2010a) entende o manejo da transferência como um dos principais desafios para o iniciante na psicanálise. Como não há um conjunto de regras e técnicas a serem seguidas, o praticante deve ser criativo no manejo para possibilitar que a transferência se instaure – no caso da oferta de atendimento psicológico, como acontece em hospitais e centros de atenção psicossocial –, dando início ao tratamento. Nesse processo, há o desafio de propor o dispositivo ao paciente sem fazer uma pedagogia da psicanálise.

A transferência, quando ocorre – seja no consultório particular, no Caps, em um hospital ou ambulatório –, funciona como mola fundamental da análise e, quando estabelecida, mobiliza o paciente a trabalhar por meio da fala, mesmo quando aquele que

²⁴ Estagiária E.

escuta é um estudante sem diploma de psicologia ou sem formação prévia em psicanálise. Esse é um fato que evidencia a eficácia da oferta clínica dos estágios clínicos em psicologia tanto para os estudantes em formação quanto para as pessoas que buscam ou são encaminhadas aos atendimentos para uma escuta qualificada do seu sofrimento. Com o estágio, o estudante tem a oportunidade de vivenciar atendimentos que o inserem em uma nova lógica de laço, que lhe proporciona uma outra forma de aprender com a clínica e, sobretudo, com seu não saber. Sustentar esse novo lugar e manejar a transferência, porém, é um desafio constante para aqueles que experimentam o estágio clínico:

É um desafio, eu pensava muito isso. Às vezes eu sabia em que ponto queria tocar, mas não sabia como formular uma pergunta que fosse adequada para que isso tivesse efeito para o sujeito.²⁵

Eu ficava um pouco angustiada e ansiosa me perguntando o que é que eu podia fazer para ajudar de alguma forma, fazer esse paciente ressignificar a história dele, o momento que ele estava passando, e aí era muito angustiante.²⁶

É fundamental, nesse caso, poder suportar uma transmissão, derivada da supervisão e da prática, que se dá para além da reprodução ou mesmo produção de conhecimentos estáticos, pois o manejo da transferência é inventado e reinventado a cada situação. Fazer interpretações ou criar condições para elaborações é um desafio constante, que se atualiza a cada novo caso clínico. Há uma parte da ação dos que conduzem análises que fica velada. Os(as) estagiários(as) ainda não se dão conta dessa dimensão impossível da prática e se angustiam. Além disso, eles ocupam um novo lugar ao emprestar sua pessoa para a instalação da transferência.

Para Lacan (1959-1960/2008, p. 341), o analista paga para ocupar a sua função, paga com as interpretações e com sua própria pessoa, pois na transferência “ele é literalmente despossuído dela”.

É preciso que ele pague com um certo julgamento no que diz respeito à sua ação. A análise é um juízo. Alhures isso é exigível em toda parte, mas se pode parecer escandaloso enunciá-lo aqui é provavelmente por alguma razão. E a razão é que, por um certo aspecto, o analista tem muita consciência de que não pode saber o que faz em psicanálise. Há uma parte dessa ação que lhe resta, a si mesmo, velada. (LACAN, 1959-60/2008, p. 341-342)

Para Ciaccia (1992), Lacan avança a concepção de Freud sobre a transferência em relação à perspectiva do real. A transferência passa a ser “o amor que se interessa pelo

²⁵ Egressa A.

²⁶ Egressa B.

saber” (CIACCIA, 1992, p. 33). O(a) estagiário(a) pode sustentar a transferência porque ela se inscreve na relação entre praticante de psicanálise e paciente, não afetivamente, mas metaforicamente. Para Lacan (1964/2008), no inconsciente há um saber que não tem conclusão, por isso o acesso ao impossível de ser dito acontece apenas através do postigo²⁷, a partir de um atalho restrito e limitado. O analista apela à reabertura do postigo para que algo do inconsciente escape da dimensão do não dito, permitindo o trabalho clínico com o sintoma psíquico através da transferência.

A mola propulsora para a sustentação do discurso do analista é a transferência, um dispositivo artificial, como o próprio Freud o designa (1914/1996), fundamental para que o discurso do analista possa emergir. É ela quem mantém o praticante da psicanálise no lugar de suposto saber, e cabe a este não encarnar o lugar de mestre (discurso do mestre) nem de alguém dominado pelo acúmulo de conhecimentos (discurso universitário) ou pela sedução (discurso histérico). O comando daquele que trabalha na clínica através da psicanálise só pode acontecer por meio da transferência, uma vez que ele deve localizar-se como agente causa de desejo para que o analisando produza um saber sobre o seu inconsciente (ALMEIDA, 2010).

Os relatos das entrevistadas, apresentados nesse tópico, demonstram o esforço frente ao manejo da transferência e a implicação ética com o fazer clínico. No primeiro recorte, nota-se que a transferência é colocada como condição obrigatória para o manejo clínico, pois, sem esse laço, não há implicação do paciente. No relato da estagiária E, há a demonstração de uma conduta ética ao não se apropriar do imaginário do paciente sobre ela ser “a médica que vai resolver as coisas”; diante disso, ela se questiona sobre a melhor forma de manejar o caso para instaurar o dispositivo clínico proposto pela psicologia orientada pela psicanálise sem encarnar a posição de mestre.

4.2.5 A supervisão

A supervisão e a análise ajudavam muito a sustentar a prática.²⁸

As supervisões eram extremamente necessárias, supervisões semanais... mas a gente sempre é pego de surpresa, até porque a supervisão é a posteriori... A

²⁷ Significado da palavra *postigo* no dicionário Houaiss: “Pequena porta secundária, aberta numa muralha, fortificação; janelinha em portas ou janelas, que permite olhar quem bate sem ter que abri-las; uma pequena janela que permite um acesso parcial ao conteúdo da janela principal sem precisar que essa esteja aberta”.

²⁸ Egressa B.

supervisão é também é um ponto delicado, porque a gente costuma pensar que atender é o mais difícil, e aí pensando em uma coisa bem abrangente, eu em alguns momentos me sentia constrangida na supervisão, pois era como retornar a um ponto que eu achava que podia ter feito de outra maneira. Então era descrever isso de novo, com uma possibilidade primeira de me escutar e pensar, poxa, eu podia ter feito diferente, de ter um retorno da supervisora com algum comentário ou outro, o compartilhamento com esses colegas, porque era uma supervisão em grupo, e por isso era um lugar aprendizagem, pois era possível também escutar os colegas, o atendimento do outro também era uma forma de refletir sobre o seu atendimento, dessa caminhada que é começar a atender, dos conflitos, principalmente os pacientes que te testam, tinham muitos pacientes que testavam, convocavam os estagiários.²⁹

A supervisão pode trazer um olhar para “questões relativas ao sintoma, às fantasias, às passagens ao ato, etc... É ainda o lugar do praticante de psicanálise se confrontar com seu desejo de curar, seu desejo de reconhecimento, de responder à demanda” (NUNES; SARAIVA, 2007, p. 53). O supervisor não ocupa lugar de mestre ou de professor no momento da supervisão, ele proporciona um espaço para reflexão sobre o encontro entre a experiência clínica e o estudo teórico.

A supervisão é o único dispositivo da formação do analista que traz em si uma dimensão estritamente didática. Todavia, trata-se de uma didática muito singular, na qual se deve mostrar que o saber precisa ser jogado fora na experiência analítica, pois esta é uma experiência de apreensão da verdade em seu *estado nascente*, e não de referência a um *saber sabido*. (MENDES, 2012, p. 54)

As manifestações transferenciais podem ser identificáveis durante as sessões de atendimento ou durante a supervisão. Segundo Eizirik e colaboradores (2003), é frequente que um praticante de psicanálise só perceba o conteúdo transferencial na hora de relatar o caso na supervisão, e isso “indica um potencial para o supervisionando para ir apreendendo a perceber e entender a transferência” (EIZIRIK et al., 2003, p. 305).

Nunes e Saraiva (2007) produziram uma revisão de literatura sobre o tema da supervisão em psicanálise e, em um dos pontos levantados, abordam o papel/função do supervisor. Os autores destacam que uma das principais funções do supervisor é auxiliar o supervisionando a tolerar a angústia diante do não saber que a prática clínica revela. O supervisor pode, então, auxiliar o analista em formação a ter paciência diante da impossibilidade da clínica “para que ocorra revelação-elaboração dos processos

²⁹ Egressa A.

inconscientes, sem que haja a inserção de um saber defensivo por parte do analista/supervisionando no campo” (NUNES; SARAIVA, 2007, p. 263).

Entretanto, se o supervisor encarnar o papel de mestre, tamponando a angústia do praticante diante do novo na clínica, pode acontecer uma paralisação do processo analítico (NUNES; SARAIVA, 2007). Essa paralisação ocorre quando o supervisor encarna a posição de quem detém o saber sobre o caso, ofertando uma resposta; dessa forma, ele pode impedir que o(a) estagiário(a) se localize como sujeito suposto saber e crie recursos para sustentar esse novo lugar. É importante ressaltar que não tamponar a angústia não é sinônimo de deixar o praticante totalmente isolado em seu impasse. A recomendação para não dar a resposta pronta ao não saber do praticante diante do novo do caso clínico remete ao cuidado do supervisor em não encarnar o mestre, pois, dessa forma, aquele que se inicia na psicanálise tem a possibilidade de apreender a dimensão do impossível da clínica. Em algumas situações específicas, porém, o supervisor pode orientar o praticante indicando algumas direções que podem ser tomadas em circunstâncias que exigem uma postura mais delicada:

Sem supervisão eu não conseguiria estar ali, por mais que tivesse análise, a supervisão também é necessária, pois na análise estou trabalhando minhas próprias questões e na supervisão estou levando as questões do paciente. A supervisão foi fundamental, pois a gente se deparava, quando a gente relatava um caso, a gente se escutava e percebia que tinham coisas que podiam ser feitas de forma diferente. Houve muitas mudanças. E também se reconhecer no lugar de sujeito, de poder se angustiar mesmo e em alguns momentos a gente teve um suporte para essa angustia na supervisão. Então tinham dias que eu estava muito angustiada, não era dia de supervisão e tinha uma paciente que queria se jogar da janela do hospital, e a supervisão só ia acontecer na outra semana. Eu tive que recorrer a supervisora, nós marcamos e conversamos e foi fundamental, pois senão ia ser muito mais difícil. E era a todo momento, a cada supervisão a gente ia se vendo e entendendo o que estávamos fazendo. A supervisão era em grupo, no início eu ficava pensando que poderia não ser bom, mas depois quando você começa a participar e escutar os outros casos entende que é bom, uma dica que foi dada a outra pessoa é uma orientação que também serve para você levar para a sua própria prática. Então é tão rico como estagiar no hospital. Com esse momento era possível refletir sobre a prática, o que não acontecia durante o processo no hospital, pois não tínhamos tempo, era muito demanda, então não percebíamos muitas vezes o que estávamos fazendo de fato. A supervisão era o momento para respirar e ver o que estava sendo feito, o que poderia ajustar o que não pode... e com isso a gente vai amadurecendo ao longo do percurso. E também tinha uma exigência de esse estágio ser no mínimo de um ano, acho que esse processo é que nem a análise, você vai caminhando, e caminhando você vai aprendendo.³⁰

³⁰ Egressa B.

Em alguns casos, a voz de comando do supervisor pode acontecer sem tamponar a divisão do(a) estagiário(a), mas incitando-o para o desafio da prática. Quando o praticante convoca o supervisor ao lugar de mestre, este último tem a oportunidade de driblar a demanda, convocando o(a) estagiário(a) a um desejo de saber sobre o caso que o remeta à impossibilidade, conduzindo-o a encontrar saídas efetivas para a situação em questão em vez de impotência.

Para Barros e Oliveira (2003), a supervisão é o lugar privilegiado na universidade para aprender *a partir* da psicanálise. A supervisão é um dos pilares que sustentam o tripé da formação analítica, por ser elemento necessário à transmissão da psicanálise. Ao romper com a Associação Internacional de Psicanálise (IPA), em 1964, Lacan reformula a proposta da supervisão. Mendes (2012) afirma que, na escola lacaniana, a supervisão não se enquadra como prática de controle. O trabalho da supervisão prescinde de carga horária obrigatória e de restrições ou regras para a escolha de um psicanalista-supervisor. A supervisão, para Lacan, se impõe como um dever ético que se distancia do controle (outro nome para supervisão) para centrar-se no inconsciente (MENDES, 2012, p. 52).

Derzi e Marcos (2013) acreditam que o supervisionando e o supervisor têm uma transferência com o saber inconsciente, a partir da constatação de um saber produzido na singularidade da relação do sujeito com o seu desejo. Aponta-se, assim, para uma via oposta ao discurso do mestre, e universitário que “opera pelo saber, pela sugestão e impede a transferência do saber inconsciente” (MOREIRA; NETO, 2010, p. 58).

A postura que o supervisor exerce na supervisão é de extrema importância, uma vez que isso afeta diretamente sua relação com o supervisionando. A escolha do supervisor pelo supervisionando(a) vem acompanhada da transferência e da suposição de saber. Por isso, é importante e necessária a reflexão sobre a postura do supervisor, na medida em que ele tem o papel de possibilitar a construção de um estilo próprio naquele que é supervisionado diante dos impasses da clínica. Para isso, o supervisor não direciona para uma imitação, mas possibilita a ascensão de uma condução clínica ética e singular.

4.3 OS IMPASSES DOS (AS) ESTAGIÁRIOS (AS) PARA A SUSTENTAÇÃO DO DISPOSITIVO ANALÍTICO

Volto aos discursos e seus giros para tratar dos desafios enfrentados pelos(as) estudantes de psicologia ao encarar uma prática que segue orientações clínicas e éticas específicas.

Em todas as entrevistas realizadas houve relatos sobre a angustia ao sustentar o lugar de praticante de psicanálise em situações diversas: frente aos pacientes; com a equipe multiprofissional; ou, diante da instituição (clínica-escola, CAPS, ambulatório, hospital). Para Marcos (2011), nesse encontro inaugural com clínica, o(a) estudante depara-se com o fato de que não há um modo de interpretar específico, nem um conjunto de regras técnicas a serem exercidas, contrariando, em certa medida, a lógica do discurso universitário, onde um saber remete a outro saber, sustentado por significantes mestres.

O(a) estudante que segue orientado pelo discurso universitário durante sua graduação, encontra a oportunidade, no estágio clínico supervisionado, de fazer um giro, indo para o discurso histórico, ou para o discurso do analista, deparando-se com um novo lugar que até então não conhecia. Consideramos que o discurso histórico se presentifica quando o(a) estagiário(a) convoca uma análise pessoal, ou quando leva questões sobre os atendimentos à supervisão, pois esse é o discurso do desejo de saber, é o discurso que tem o saber no lugar da produção. Em suas análises, os(as) estagiários(as) buscam um saber sobre o seu inconsciente, e no momento da supervisão, um saber sobre o caso. O discurso do analista emerge durante os atendimentos quando eles(as) conseguem sustentar um lugar que possibilita que o paciente simbolize suas próprias questões e sintomas, indo na contramão do discurso do universitário e do discurso capitalista.

A tarefa do analista consiste em oferecer ao sujeito uma possibilidade de tematizar, ressignificar e elaborar sua “miséria”, até onde for possível para tomar uma outra posição frente a toda essa desgraça da vida cotidiana da qual, até certo ponto, não fazemos parte” (FIGUEIREDO, 1997, p. 94).

Não é tarefa fácil sustentar o lugar de suposto saber para promover oportunidades de elaboração ao paciente, ou agir de acordo com a ética da psicanálise, que não responde às demandas do discurso médico, ou institucional. Para o(a) estagiário(a), que ainda é estudante, o desafio é ainda maior:

Houve noites em que eu não dormia preocupada com o que fazer no outro dia, com a situação do paciente, ou com o que eu ia ter que falar para equipe, sem quebrar o sigilo, respeitando a própria ética da profissão e principalmente a ética do desejo, que era o que a psicanálise me trazia. Fazer com que a equipe compreendesse isso, olhando aquele sujeito de uma outra forma e não como um paciente poli queixoso... lidar com a equipe era o mais angustiante, pois a equipe te convoca o tempo todo, te coloca em um lugar difícil. A gente tem a nossa ética, mas ao mesmo tempo, estamos em uma instituição e precisamos

respeitar algumas regras, então, não pode estar totalmente dentro da lógica hospitalar, mas, ao mesmo tempo, não pode estar fora. Era preciso mediar isso para poder atuar dentro do hospital.³¹

Como conduzir uma intervenção sem encarnar o mestre, detentor de uma verdade sobre o sujeito? Como estabelecer o diálogo com a equipe multiprofissional sem responder, necessariamente, à demanda que lhe é dirigida? Essas são algumas das questões sem respostas prontas que geram angústia nos que exercem a atuação clínica guiada pela psicanálise.

4.3.1 A angústia que convoca ao tripé

Quando o saber – S2 – está no lugar de agente do discurso, há produção de um sujeito dividido, angustiado. Esse é um dos aspectos do discurso universitário. Seria esse o perfil da angústia de que padece os (as) estagiários (as)?

Acho que precisa ter uma série de ferramentas nas quais eu marcaria com certeza o trabalho pessoa de análise, meu próprio trabalho de análise para poder me separar, minimamente, da dor desses sujeitos, até porque a clínica tem um nível de responsabilidade muito grande. Um pouco do que a própria formação em psicanálise demanda, esse tripé, enfim, é uma demanda muito mais como profissional, mas acho que como estudante eu já tentava contemplar isso, no trabalho de análise, na supervisão, e na base teórica. Então isso me dava alguma base para poder desenvolver, agora isso não tirava de forma alguma a minha angústia.³²

Sustentar um lugar em que não há regras para serem seguidas nos atendimentos, onde sua própria subjetividade precisa se ausentar para promover a clínica do sujeito, na qual o paciente estabelece a transferência através de um suposto saber, pode ser angustiante para muitos. Seria essa angústia que remete à impotência ou ao impossível? A impotência como produção do discurso do discurso universitário remete ao saber que incide sobre o objeto, que nunca é totalmente apreendido, e pode, muitas vezes, ser traduzida como impotência de não saber o suficiente, de não dar conta de toda a teoria. A angústia que surge nos(as) estagiários(as), quando tentam sustentar o discurso do analista, é de outra ordem, aqui falamos da impossibilidade. Há uma convocação inédita aos estagiários frente ao dispositivo psicanalítico, uma vez que, o discurso do analista traduz-se como discurso do um a um, da reinvenção a cada caso, da criatividade no manejo, de

³¹ Egressa B

³² Egressa A

não ceder à lógica dominante do bem-estar, de não tamponar a falta. Em um estágio clínico com supervisão em psicanálise o estudante tem a oportunidade de talvez conseguir:

Suportar responder de um lugar que o saber não informa, que só se sustenta nos termos de uma ética que inclui esta dimensão do impossível, repudiada pelo saber universitário e pela técnica, que se prestam justamente a obturá-la (PINHEIRO; DARRIBA, 2011, p. 101).

Não é por acaso que, ao deparar-se com a angústia do impossível, os praticantes recorrem à análise pessoal. O comprometimento que os (as) estudantes de psicologia demonstram na condução dos atendimentos clínicos é outro tópico que merece ser destacado das entrevistas. Mesmo sem a obrigatoriedade da análise pessoal, os (as) estudantes assimilam que, sem esse acompanhamento, não é possível conduzir a clínica de modo efetivo e ético. A angústia dos (as) estagiários (as) convoca o tripé da formação:

Foram muitas situações difíceis e que a supervisão auxiliou muito. Eu acho que esse tripé, supervisão, análise e teoria, é importante para gente poder sustentar esse lugar. Eu vi colegas que não conseguiram sustentar, eles pediram para sair do estágio. Então, acho que é muito importante o tripé.³³

A minha dificuldade maior é de uma paciente da mesma idade que eu. Para mim o manejo tem sido mais difícil, pois há alguns pontos que são parecidos com as minhas próprias questões que trabalho em análise, e na hora da escuta há um choque. Teve um atendimento mesmo que eu parei e acabei perdendo a escuta dela, fiquei pensando em mim, depois me dei conta e voltei a escutá-la, fiz a separação, pois ali era o tempo dela. Dos meus três casos, esse é o que mais demanda a minha análise pessoal, pois não é que a paciente parece comigo, mas há nela alguns pontos que eu ainda estou trabalhando na minha própria análise, então talvez isso tenha chocado na hora que eu escutei ela. *Eu sinto que eu preciso trabalhar mais essas coisas em análise pessoal para não prejudicar o atendimento, e é aí que eu vejo o quanto a supervisão a análise e o atendimento estão interligados e é fundamental*, pois, se eu não tivesse minha análise pessoal, sinto que não poderia atendê-la, as coisas iam ficar misturadas.³⁴

A análise pessoal não é recurso obrigatório para o estágio clínico supervisionado, não há nenhuma diretriz na universidade que a determine imprescindível para o fazer clínico, sendo assim, muitos iniciam o estágio sem essa experiência. São os supervisores que recomendam a análise aos estagiários, para que possam seguir adiante na clínica de forma mais efetiva e ética, além disso, a condução dos atendimentos, no estágio, acaba

³³ Egressa B

³⁴ Estagiária C

convocando os alunos à buscarem suas próprias análises devido aos impasses pessoais que surgem durante a prática clínica. Muitos entrevistados, durante os momentos de angústia e impasses, convocam o tripé analítico: supervisão, análise pessoal e estudo teórico. É comum relatos de que a análise pessoal é essencial para sustentar esse novo lugar que a clínica convoca.

Há aí a instauração de uma relação específica com a psicanálise e seu modo característico de operar: aquele que convoca cada sujeito a se responsabilizar por seus atos, não apenas em sua vida pessoal como, e principalmente, na condução do trabalho clínico (PINHEIRO; DARRIBA, 2011, p. 102).

No discurso do analista, o saber ocupa o lugar da verdade, indicando que, do lado do praticante, o saber encontra-se como um *saber-fazer*. “O psicanalista se dirige ao outro de uma forma radicalmente nova na cultura: tomando-o como sujeito falante, capaz de produzir os significantes primordiais fundadores sua própria história” (JORGE, 2002, p. 30). Atuar desse novo lugar não é uma tarefa simples, fazer um giro que possibilite a saída do discurso universitário para o do analista requer que o praticante de psicanálise aposte no saber inconsciente do paciente, separando-se de suas próprias questões para possibilitar que o sujeito produza sua própria verdade na análise. Esse processo demanda ao praticante de psicanálise o trabalho em análise pessoal e acompanhado da supervisão clínica.

4.3.2 O silêncio

Minha escuta mudou bastante, principalmente com relação a silêncio, poder suportar o silêncio, saber que ele também é importante. A questão de começar a fazer análise que foi crucial. Essa troca de lugar, trocar de cadeira.³⁵

Sustentar o silêncio na clínica psicanalítica é essencial para possibilitar que o sujeito simbolize sua própria história. Com a interrupção da fala, o paciente tem a oportunidade de retomar seus ditos, refletir sobre sua própria narrativa, e encontrar novas questões que demandam significação, “o silêncio denuncia territórios nos quais evitamos pisar e promove, assim, uma abertura para a emergência do inconsciente” (PADRÃO, 2009, p. 93). Bancar o silêncio na clínica surge como um desafio no relato de alguns entrevistados:

³⁵ Estagiário G

O silêncio, no começo os pacientes demandam que você fale alguma coisa. Eu tenho essa impressão ainda hoje, de que o silêncio precisa ser uma coisa construída. Porque o sujeito chega muito demandante e você responde zero a essa demanda, é muito difícil sustentar esse trabalho. Então eu me questionava muito sobre esse lugar do silêncio, quando fazer, como fazer. Você vai, com o tempo, não só compreendendo o lugar e a função do silêncio, mas se autorizando a silenciar, ou se autorizando a falar. Até isso também, se autorizar a falar. Então, essa era uma das minhas dificuldades, me autorizar a falar ou a silenciar, e ter uma sensibilidade para entender a função e o momento de ambos.³⁶

O autorizar-se de si mesmo não é um movimento que acontece de forma instantânea. Não é possível encarnar o discurso do analista imediatamente na experiência clínica, esse lugar emerge gradualmente. A autorização para o fazer clínico acontece a partir de um processo contingencial, entre repetição e diferença, promovido pela própria experiência da análise pessoal vinculada com o fazer clínico supervisionado.

No início eu ficava preocupada não era nem com a escuta, mas em sustentar o silêncio. Porque como o paciente não podia falar muito, as coisas aconteciam muito no silêncio. E o silêncio é uma coisa que me incomoda muito, pois eu falo muito. Então eu preciso escutar alguém falando também. E o silêncio para mim é o que angustia, nem o choro me impacta como o silêncio. O choro não é uma coisa que me desestabiliza. Agora, encarar o paciente em um silêncio absoluto é difícil. O que é que eu faço enquanto psicóloga praticante da psicanálise, o que é que eu faço com esse silêncio? Eu acredito que através da minha análise pessoal eu consegui atravessar essa questão, me fez entender porque o silêncio me angustiava. Eu não queria ficar no vazio, não pensar em coisas me angustiava.³⁷

Quando o praticante de psicanálise não recua diante de um paciente silencioso, o nível significativo do silêncio pode ser colocado em destaque. Para Padrão (2009) acolher o silêncio significa oferecer uma escuta analítica, é preciso saber manejar o silêncio para que a clínica psicanalítica trabalhe com o sintoma.

Estou atendendo um caso agora muito difícil, porque é um caso de um adolescente com muito retraimento social, e eu tenho que ficar buscando a fala dele através da minha fala. Então, eu tenho que ficar o tempo todo estimulando a fala dele, coisas fora do contexto com total informalidade. E isso para mim é muito cansativo, pois, tem horas que ele não está afim de responder e deixa muito claro isso. Ele fica no silêncio dele e aí eu paro e penso, não, calma, eu tenho que sustentar esse silêncio, não preciso ficar o tempo inteiro no meu desejo que ele fale. Ele não quer ficar no silêncio? Então, deixa ele ficar no silêncio dele um pouco também.³⁸

³⁶ Egressa A

³⁷ Estagiária C

³⁸ Estagiária H

Há três tipos de silêncio do lado do analisando, o primeiro advém do imaginário, é o silêncio da censura, da inibição, da vergonha, o segundo seria o silêncio do simbólico, do recalado, “sobre aquilo que não se sabe que sabe” (FREITAS, 2015, p. 201) que remete ao sintoma, o terceiro, o silêncio real que nenhuma significação alcança. Do lado do analista “o silêncio aponta para a regra da associação livre” (FREITAS, 2015, p. 200), ou seja, o praticante de psicanálise silencia para dar voz ao sujeito do inconsciente.

4.4 A EXPERIÊNCIA DOS(AS) ESTAGIÁRIOS(AS) FRENTE A UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Até a década de 70, o campo de atuação da psicologia brasileira resume suas atividades em atendimentos em clínicas particulares e em atividades desenvolvidas em hospitais de saúde mental. A atuação nesses hospitais foi orquestrada pelo saber médico psiquiátrico. A partir de 1980, a saúde pública incluiu a participação da psicologia para efetivar uma ampliação aos cuidados primários. Com isso, os psicólogos e assistentes sociais passam a atuar em um contexto mais amplo e os tratamentos ofertados aos pacientes nos serviços públicos deixam de ser exclusividade da medicina (VITOR; AGUIAR, 2011).

O futuro vislumbrado por Freud (1919/1996) em Viena – de que a psicanálise poderia ser aplicada em campos que vão além do consultório clínico particular, participando de instituições de saúde pública – faz-se presente em nosso contexto. A condição estabelecida para a extensão da prática psicanalítica foi a de que esta não seguisse em uma direção tendenciosa, mas que promovesse sua atuação de forma estrita, ou seja, os princípios psicanalíticos que configuram sua ética deveriam ser respeitados e mantidos.

A psicanálise, no Brasil, participa da saúde pública através da atuação de alguns psicólogos e psiquiatras que se identificam com a sua práxis e direcionam seus atendimentos a partir de seus pressupostos teóricos e ético. Essa seria a única via de acesso da psicanálise às instituições públicas de saúde, pois o psicanalista não tem profissão regulamentada no Brasil.

A presença da psicanálise na saúde pública brasileira encontra diversos desafios. Alguns deles ocorrem quando o psicólogo inicia o trabalho com uma equipe

multiprofissional. Quando quem assume o papel de psicólogo é ainda um estudante de psicologia, orientado pela psicanálise, a luta para legitimar sua voz na equipe ganha um obstáculo adicional a ser superado: autorizar-se a falar a partir do lugar de estagiário(a). O projeto interdisciplinar, nesse caso, é o modelo de trabalho. O psicólogo opera nesse conjunto a partir de uma perspectiva clínica, através do que emerge com a escuta do paciente, e também, com os efeitos de suas intervenções (FIGUEIREDO, 2010). Essas intervenções surgem depois que é estabelecida a transferência com o paciente. O dispositivo da transferência é possível de ser instaurado a partir de um tempo de escuta que não é específico em sua duração, pois vai depender de cada caso e do contexto de atuação.

Figueiredo (2010) aponta para o desafio do psicólogo, ou psicanalista, ao atuar em uma equipe por conta da perda do suposto controle sobre o caso. O “saber-poder” disputado entre os diversos atores do campo da saúde gera uma atmosfera na qual o diálogo torna-se adverso, suscitando uma perda de fôlego. Não há saber desvinculado da prática discursiva, e toda prática discursiva define-se pelo saber que ela forma (FOUCAULT, 2008, p. 205). Saber e poder estão vinculados em uma espiral que se retroalimenta infinitamente, colocando em exercício uma rede sutil de discursos.

Um saber é, também, espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso, ... nesse sentido o saber da medicina clínica é o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão, que podem ser exercidas pelo sujeito do discurso médico. (FOUCAULT, 2008, p. 204)

Segundo a Figueiredo (2010), a formação da equipe promove disputas imaginárias entre os membros, que se revela na incapacidade dos profissionais em manter um colóquio interdisciplinar efetivo. O discurso médico segue suas próprias leis e “impõe sua coerção tanto ao médico quando ao doente” (MORETTO, 1994, p. 43).

Lacan questiona o que o médico poderia opor aos imperativos do poder:

O médico é requerido em sua função de cientista fisiologista, mas ele está submetido ainda a outros chamados. O mundo científico deposita em suas mãos o número infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos. Ele os coloca à disposição do público e pede ao médico, assim como se pede a um agente distribuidor, que os coloque à prova. Onde está o limite em que o médico deve agir e a quem deve ele responder? A qual que se chama demanda? (LACAN, 1966/2001, p. 3)

Identificar a demanda que o paciente faz ao médico apenas como uma demanda de cura não diz muita coisa. Entre a demanda e o desejo há um hiato, uma falha. No momento em que há demanda de algo, não necessariamente isso implica que o desejo vá

na mesma direção. Lacan (1966/2001), localiza, então, duas balizas: a demanda do doente, e o lugar do gozo do corpo. A ética da psicanálise é aquela que vai além da dimensão da demanda e segue em direção ao gozo. Dessa forma, a psicanálise com Freud “inventou aquilo que deveria responder à subversão da posição do médico pela ascensão da ciência” (LACAN, 1966/2001, p. 5).

O saber-poder médico incide sobre o corpo do paciente excluindo a dimensão inconsciente do sujeito. Há uma constante desconsideração com a singularidade de cada caso a partir de uma justificativa ancorada na urgência da cura. A alta demanda da população de baixa renda aos serviços é considerada como um dos disparadores dessa urgência. Para Silva (2004), o critério de eficiência de um serviço da saúde pública é confundido com o número de atendimentos prestados, e os efeitos produzidos no sujeito e na coletividade são colocados em segundo plano. Uma das consequências desse imediatismo pouso no paciente que “como sujeito de suas ações, muitas vezes se encontra em tal situação que não tem como se fazer ouvir ou fazer valer as suas próprias soluções” (FIGUEIREDO, 2010, p. 6).

Tem muito essa questão no hospital, da gente precisar marcar para quê estamos ali. As vezes os profissionais não entendem o porquê de estarmos ali, parece um lugar pouco simbólico. Quando eles observam a mudança, quando percebem que algo mudou, ou acontecem, eles passam a valorizar. Então, não é que a gente fique tentando mostrar isso, mas de alguma forma é como se a gente precisasse marcar esse lugar para que eles pudessem entender e reconhecer a necessidade de um atendimento psicológico ali na unidade. Tinha muito isso, quando a equipe via que os atendimentos estavam fazendo algum tipo de efeito, diziam: a paciente está melhor, mas muito mais por ver o resultado, só com a conversa não adiantava. Eles continuavam tratando a paciente da mesma forma com a mesma rigidez.³⁹

Na contramão do discurso institucional, que busca resultados quantitativos, e do discurso médico, que muitas vezes anula a dimensão subjetiva uma vez que toma o corpo do paciente como um objeto (S2 – a), o profissional que atua na saúde pública como psicólogo-psicanalista, ocupa, de antemão, o lugar do “não-saber” sobre o caso. Acolhe a demanda sem responde-la, e, a partir da escuta, trabalha com o que for possível em uma via que segue em direção ao desejo. Para Lacan (1966/2001), o desejo existe porque algo de inconsciente, algo da linguagem que escapa à consciência, se faz presente.

A perspectiva que o(a) psicólogo(a), orientado(a) pela psicanálise, oferta à equipe multiprofissional é crucial para a legitimação dessa dimensão do desejo, pois a construção

³⁹ Egressa B

do caso acontece “*a partir* dos elementos fornecidos pelo sujeito, e não da convergência de saberes múltiplos dos profissionais que, no máximo produzem um saber *sobre* o sujeito” (FIGUEIREDO, 2010, p. 4). O saber sobre o sujeito, nesse contexto, é uma redução de sentido dos diversos enunciados que o paciente faz àquilo que é possível ser definido através do discurso médico, dessa forma, “o médico se apropria do discurso do sujeito e transforma os significantes de sua fala em signos, em sinais médicos” (MORETTO, 1994, p. 50).

Validar a posição do psicólogo em uma equipe multiprofissional é um desafio tanto para os profissionais da área, como para estagiários(as) de psicologia que atuam nos serviços públicos. Compartilho outro recorte de fala da ex-estagiária:

Fazer que eles (a equipe) entendessem que existia a subjetividade dos pacientes, que eles tinham uma história de vida, que a gente não estava lidando apenas com um corpo, tinha um sujeito ali, e era diferente porque a ética da psicanálise é uma, a ética médica é outra, a ética da instituição é outra também e aí o corpo para medicina é de um jeito, enquanto para psicanálise é outro. Fazer com que esses saberes dialogassem era bastante desafiador. Mas ao mesmo tempo muito interessante quando conseguíamos fazer o diálogo acontecer.⁴⁰

Escutar o que o sujeito tem a dizer e não a doença, eis o vetor que guia os atendimentos dos(as) estagiários(as) orientados pela psicanálise. “No momento em que o discurso médico exclui as posições subjetivas, ele abre espaço o psicanalítico. A ordem médica constitui pelo negativo aquilo que a ordem psicanalítica irá tratar” (MORETTO, 1994, p. 53). O foco na construção do caso clínico é fundamental para que o diálogo com a equipe multiprofissional possa ser efetivado possibilitando o advento de um saber a partir do sujeito em questão, respeitando sua singularidade e dando espaço para o seu desejo.

As equipes interdisciplinares que são marcadas pelo discurso médico “tendem a preferir terapias psicológicas focadas no ajustamento de comportamentos e emoções do paciente, para que este responda de maneira adequada ao tratamento médico ao qual estiver submetido” (VITOR; AGUIAR, 2011, p. 43). O (a) estudante que tem a oportunidade de atravessar um estágio clínico orientado pela psicanálise, pode romper com a perspectiva de regular o paciente a um ideal qualquer, conduta refletida em outros campos da psicologia.

O psicanalista, para fazer funcionar a elocução, deve estar preparado para atravessar as diferentes modalidades de tratamento sem perder-se na terapia

⁴⁰ Egressa B

ou na pedagogia. Afirmção temerária quando se espera que, no serviço público, curar e educar sejam as principais ferramentas. (FIGUEIREDO, 1997, p. 72-73)

As psicoterapias trabalham com o intuito de capacitar o paciente em se equipar com os conselhos do terapeuta para superar as dificuldades e angústias, e poder responder de maneira adequada ao tratamento de sua patologia proposto pela equipe (VITOR; AGUIAR, 2011, p. 44). O impasse, para a psicanálise, surge com a ideia do “adequado”. A conduta de ajustar o paciente à demanda da equipe para o tratamento pode conduzir à anulação do desejo do sujeito, ocasionando consequências diversas. Esse ponto pode ser evidenciado no relato de uma estagiária do hospital universitário:

Fica parecendo que o psicólogo tem que resolver a questão do paciente de imediato. Quando o paciente não está aderindo ao tratamento, então o psicólogo tem que fazer ele aderir. E muitas vezes alguns psicólogos reproduzem isso. Eu sinto que psicólogos da abordagem da psicanálise não fazem isso. Só que os outros reproduzem, não sei se é pela teoria ou se por achar que a voz do médico é superior e que não vai adiantar discutir. Não sei, mas fica parecendo que não vão interferir muito porque acham que não vai adiantar. Mas eu vejo os psicólogos que seguem a abordagem psicanalítica questionar, se interrogam o que está por trás do caso, e por isso que eu me sinto assim influenciada pela psicanálise e gosto desse tipo de trabalho.⁴¹

A resposta que a prática psicanalítica oferta à demanda dos pacientes é uma convocação à associação livre. Há uma diferença entre a prática do psicólogo orientado pela psicanálise com os de outras abordagens, e isso é destacado nos relatos dos(as) estagiários(as). Esse é um ponto que remete à ética da psicanálise, tópico que será abordado no capítulo 5 deste trabalho.

4.5 CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A FORMAÇÃO CLÍNICA SEGUNDO OS (AS) GRADUANDOS (AS) EM PSICOLOGIA

Nesta seção recorto trechos das entrevistas que demonstram contribuições da psicanálise para a formação clínica dos(as) graduandos(as) em psicologia. Alguns dos entrevistados relataram que muitos chegam ao curso de psicologia com a ideia de que sabem ouvir e que seria tarefa de toda e qualquer abordagem da psicologia promover a

⁴¹ Egressa B

escuta na clínica. A contribuição da psicanálise, nesse aspecto, seria de afastá-los do discurso do senso comum sobre o ato de escutar, promovendo uma implicação ética e a compreensão das diferenças nas diversas abordagens da clínica psicológica.

Acho que a principal contribuição da psicanálise diz respeito a essa ética do sujeito, mas para além disso, acho que a psicanálise traz alguns marcadores importantes que é pensar Freud lá no século 19, no lugar de neurologista faz esse convite ao outro para falar, falar livremente, que ele passou a chamar de associação livre: falar tudo que vier a mente. Essa ideia que parece ser muito simples a priori, muito óbvia, principalmente pensar que a psicologia trabalha com isso, pra mim não é nada óbvio, pra mim passou a não ser óbvio a partir do momento em que eu comecei a ter contato com outras abordagens.⁴²

O relato do egresso demonstra que com a experiência da graduação o ato da *escuta*, que parecia ser a característica óbvia da psicologia, ganha um outro lugar ao perceber que nem todas as abordagens seguem na clínica com esse foco. Castel (1987) destaca que esse declínio da *talking cure* na clínica psicológica seria produto da transformação da marcha terapêutica que segue, cada vez mais, em direção ao positivismo:

Em vez da pesquisa de uma totalidade sensata – encontrar, além do episódio patológico, o sentido de uma trajetória individual em relação à história da pessoa ou o sentido de sua inscrição em seu meio social – se perfila uma totalidade nova, que não seria mais do que a soma de tantos pontos de vista sobre o homem quanto possa existir de saberes positivos que a parcelam. (CASTEL, 1987, p. 99)

A história de vida do paciente, seus traços singulares que marcam os modos de gozo, perdem relevância frente à vasta lista de diagnósticos criados para os sintomas psíquicos da vida cotidiana. A aplicação de testes e a modulação do comportamento, são recursos breves com resultados, muitas vezes, imediatos e sedutores, frutos do discurso da praticidade e cientificidade. Outros entrevistados pronunciaram o descontentamento e a falta de identificação com a postura de alguns psicólogos de outras abordagens que recebem o paciente apenas para a aplicação de testes psicológicos para cumprir a demanda de um diagnóstico que direcione a condução do tratamento. A psicanálise seria uma alternativa às práticas que seguem técnicas rígidas, produzidas pelo discurso universitário, que supõem um saber prévio sobre o caso clínico. Esse saber prévio pode ser caracterizado como uma suposição, que muitas vezes surge como certeza, sobre motivos que levaram o paciente a desenvolver determinados sintomas psíquicos. Esses

fatores determinantes dos sintomas podem ser fundamentados nos aspectos biológicos do cérebro (desequilíbrio no circuito dos neurotransmissores) ou nos “padrões comportamentais” estabelecidos pelo sujeito em seu enredo de vida, o que abre espaço para os famosos “aconselhamentos” ou “condicionamento do repertório comportamental”.

O estágio clínico supervisionado, com orientação psicanalítica lacaniana, também pode proporcionar algumas viradas subjetivas nos estudantes. Esse foi um dos pontos destacados nas entrevistas:

Antes do estágio eu tinha a ideia de que o bonzinho era o psicólogo e demonizava o médico. Eu pude vivenciar os dois lados. Vi que realmente existem médicos que não estão nem aí, mas ao mesmo tempo, existem outros que traziam um discurso sobre como a rotina do médico é muito cruel. Eles diziam que as pessoas depositam neles uma esperança de salvar vidas, então eles precisam ser o mais técnico possível. Isso mudou a perspectiva que eu tinha desse lado médico desumano, com a prática eu pude ver que não é bem assim, e que sempre há os dois lados. Se eu partisse do pressuposto de que não há o lado deles, algo não iria funcionar. Antes eu até pensava no médico como aquele grande detentor de saber, e a psicanálise foi desconstruindo essa forma de perceber as coisas. A psicanálise me ensinou a escutar independente de que saber estivesse falando. Na UTI você conversa o tempo todo com a equipe, no começo eu ficava sem saber se eu podia falar também, depois de um tempo consegui me autorizar mais. Eu ficava preocupada também pela posição de estagiária, mas depois entendi que ali era o espaço para treinar minha atuação mesmo.⁴³

É interessante notar o giro discursivo no relato dessa praticante. O médico, figura que carrega a autoridade do saber científico e da verdade sobre o corpo humano, não é estigmatizado como um vilão cruel que exclui a dimensão subjetiva dos pacientes por qualquer motivo, mas também não é elevado à categoria de mestre detentor do saber absoluto. O interesse em escutar toda a equipe, independente dos cargos, surge como uma das contribuições da psicanálise para a prática dessa estagiária. Ouvir de um lugar anterior ao saber, sem portar a verdade, nem valores, possibilitando a identificação das particularidades de cada um dos discursos para promover novas formas de mudança. Outro ponto curioso desse relato é a autorização para atuar na equipe a partir do lugar de estagiária, afastando-se da impotência gerada pelo discurso universitário, para circular através do desejo de saber do discurso histórico, como pode ser exemplificado a partir do trecho: “Eu ficava preocupada também pela posição de estagiária, mas depois entendi que ali era o espaço para treinar minha atuação mesmo”.

⁴³ Estagiária C

O respeito à singularidade dos pacientes também foi um dos pontos de destaque dos relatos de todos os entrevistados

A psicanálise não me deixa esquecer que há um sujeito, que há um singular. Eu pensei muito nisso aqui no CAPS, porque trabalhamos com o coletivo aqui, somos muito convocados a pensar o coletivo, e ainda mais nesses tempos, o coletivo fica muito em destaque. Acho que as vezes o individual vai se perdendo, a gente não pensa tanta atenção à singularidade. É um grande desafio: como pensar o individual no coletivo, dentro do coletivo? Acho que é isso, esse é o maior ensinamento que eu levo para vida, não perder de vista o sujeito. Eu não consigo pensar na sociedade, na transformação social, não consigo pensar políticas públicas se não pensar antes no sujeito, no singular. Então, a psicanálise me ajuda nesse sentido. A leitura que eu faço do mundo primeiramente pautada no sujeito.⁴⁴

Estar advertido das diferenças, tomar cada caso como único, eis o vetor que orienta a prática clínica psicanalítica. A estagiária F ainda comenta que em sua prática, teve a oportunidade de direcionar o atendimento de um jovem adolescente de forma diferente da equipe, pois ela aprendeu a respeitar o tempo do paciente e, se ele não queria falar, como praticante deveria respeitava o silêncio. Com a experiência teve a chance de compreender que não adianta forçar o paciente a falar quando este não quer, o tempo do sujeito e o seu desejo devem prevalecer na clínica.

Para concluir, recorto um trecho que explicita a implicação ética do psicólogo orientado pela psicanálise:

Estar mais atenta e sensível para algumas questões, principalmente respeitar o tempo do sujeito, pois a vezes ficamos ansiosos em ver algum resultado que não percebemos os efeitos. Pensamos que o paciente continua do mesmo jeito e a gente está ali todo dia, mas nada muda, ele não resignifica, não faz o que a psicanálise chama de retificação subjetiva, então pensava que eu não estava sabendo atuar. Entender o tempo do sujeito, não desejar pelo sujeito foi um aprendizado. Porque as vezes a gente fica querendo tanto que dê certo, que acabamos desejando demais e não damos espaço para o próprio paciente estar desejando, pode-se também interromper demais, colocar palavras onde não existe...acho que isso foi a mudança principal, pois eu também sou ansiosa e pensava que não estava acontecendo nada. Com esse aprendizado pude separar que a questão não era da minha atuação, mas do tempo do paciente. Então é importante controlar a angústia para não atrapalhar as coisas no atendimento, foi um aprendizado que eu considero fundamental para minha prática hoje.⁴⁵

Não desejar pelo sujeito, nem antecipar resultados, utilizando diagnóstico ou técnicas imediatistas, é um desafio, entretanto, através do tripé, o iniciante pode sustentar

⁴⁴ Estagiária F

⁴⁵ Egressa B

a angustia que surge diante da suposta ineficiência, e promover um trabalho clínico que segue os pressupostos psicanalíticos. Dessa forma, o paciente ganha a oportunidade de simbolizar seu próprio enredo, desatando nós de sintoma através da *talking cure*.

5 ÉTICA DA PSICANÁLISE NA FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO

A psicanálise constitui-se como uma ética que visa a singularidade do sujeito desejante. Essa ética promove aos estagiários uma possibilidade de atuação política, política do sintoma real. Conduzir os atendimentos advertidos da singularidade dos pacientes é dar voz ao inconsciente. Os(as) estagiários(as) não praticam, de modo estrito, a psicanálise em intenção, esta só é possível a partir de uma formação clínica prolongada, entretanto, ao conduzirem a prática advertidos e orientados pela ética psicanalítica, eles colocam em exercício a psicanálise em extensão, promovendo circulação discursiva e mudanças subjetivas nos pacientes. Essas mudanças acontecem a partir do encontro com as contingências – o que cessa de não se escrever – acompanhada das elaborações promovidas em análise.

Nesse capítulo abordamos a psicanálise em uma perspectiva política com o objetivo de situa-la como uma ética. O que fisga os(as) estagiários(as) para uma orientação psicanalítica? Nos relatos coletados nas entrevistas é possível destacar como cada um dos formandos, de modo particular, demonstram uma preocupação em escutar o sujeito, afastados de valores morais ou saber prévio sobre o caso. O foco na singularidade é o que conduz os praticantes que foram entrevistados, pois esse é um dos principais direcionamentos proposto pela ética da psicanálise.

Me aproximar da psicanálise me deu a oportunidade de fazer uma virada epistemológica. Eu percebo que a psicanálise convoca a caminhar na contramão, é um caminho contra hegemônico de um saber positivista, que na minha perspectiva é ingênuo. É uma tentativa de objetividade perigosa e que tende a homogeneizar e a buscar generalizações que para mim são quase que utópicas.⁴⁶

Acho que a psicanálise foi bem importante no sentido de me mostrar como é que eu poderia entender a dinâmica daquele sujeito. Porque tem uma singularidade. É um trabalho que pode se dizer coletivo quando acontece com uma equipe multidisciplinar, pois tem um grupo de pessoas trabalhando com um único sujeito, mas nós, guiados pela psicanálise, precisamos reconhecer e valorizar a singularidade.⁴⁷

Para mim a psicanálise faz sentido na valorização do sujeito, isso é o ponto chave. Não importa se ele é esquizofrênico, se ele não quer falar em determinado momento, etc., a psicanálise me ofertou isso, entender que há um sujeito ali.⁴⁸

⁴⁶ Egresso D

⁴⁷ Egressa B

⁴⁸ Estagiária C

É interessante como o distanciamento que a psicanálise faz do positivismo fisga o praticante, que, em uma perspectiva crítica, reflete sobre a ingenuidade dos saberes técnicos ao reduzirem as diferenças em conceitos generalistas. Trabalhar a partir da singularidade, até mesmo quando o trabalho acontece em uma equipe multiprofissional com diversos saberes dialogando sobre o caso clínico em questão, permite que o sujeito – com sua história particular, seus modos de gozo, sua dinâmica – não seja escamoteado através dos outros discursos.

5.1 A PSICANÁLISE EM UMA PERSPECTIVA POLÍTICA

As pessoas confundem, e há até uma certa ojeriza em alguns espaços, quando a pessoa fala que tem uma orientação da psicanálise, como se isso fosse sinônimo a não estar atento a questões do social, mas fazendo esse retorno à Freud, eu acho que toda subjetividade ela é social, não há subjetividade fora do social, porque o social é o tecido do qual a gente se constitui, então é sobre esses equívocos que eu falo, sobre essa cisão entre um campo e outro, mas eu acho que a psicanálise tem essa tarefa, de se fazer entender, de dialogar, de sair desse lugar confortável e sedutor dos consultórios, do saber.⁴⁹

Birman (1994) disserta sobre a crítica que o stalinismo fez à psicanálise, com argumentos de que esta seria um discurso de falsa consciência, promovendo o individualismo, desvirtuando a classe trabalhadora da luta em prol do coletivo. Segundo o autor, é Althusser (1918-1990) que reconsidera a importância da psicanálise para o marxismo, localizando-a como um campo de inovação epistemológica que lhe confere um caráter crítico. A tradição stalinista contraporia as categorias de “indivíduo” e “meio social”, tratando-as como absolutas e não dialógicas, enquanto supõe que conceder realce ao núcleo do indivíduo implica na desvalorização do cerne meio social.

Um dos méritos do discurso freudiano foi o de procurar superar esta dicotomia esquemática, dialetizando as relações entre “indivíduo” e “sociedade” e assinalando as marcas indeléveis que a ordem cultural produz necessariamente na constituição de qualquer subjetividade (BIRMAN, 1994, p. 102).

O sujeito para a psicanálise freudiana é um ser de conflito entre a natureza e a cultura. O mal-estar é o único destino possível graças à impossibilidade de uma articulação completa entre as questões da natureza e a ordem da cultura, “boa parte da culpa por nossa miséria vem do que é chamado de nossa civilização” (FREUD, 1930, p. 30). O sujeito está fadado a padecer do que Lacan chamou de o pior, ou do mal-estar nas palavras de Freud, que lhe é destinado pela sua permanência na cultura. É nessa

⁴⁹ Egresso D

perspectiva que Birman (1994, p. 102) localiza uma clareza política da psicanálise freudiana, quando declara que há uma “impossibilidade de harmonia absoluta entre o sujeito e a cultura, relação esta sempre destinada ao conflito para o sujeito”.

A contribuição política da psicanálise transpassa a concepção do mal-estar inerente a todo ser cultural. A teoria e clínica freudiana propicia, à segunda metade do século XX, uma ruptura ao ideal da moral civilizatória – sexual e social – encaixado pelo discurso da degenerescência. Foucault (1988) institui uma crítica à psicanálise, localizando-a como um dos aparelhos que nutrem a “vontade de saber – *scientia sexualis*”. Essa crítica representa um dos riscos que Freud correu “quando tentou pensar o aparelho psíquico de maneira indissociável do mal-estar produzido na modernidade” (OLIVEIRA, 2016, p. 63).

Segundo Birman (1994), oferecer salvação ao sujeito nunca foi meta da psicanálise freudiana. A psicanálise não promete a felicidade, nem a chave de todos os problemas que acometem o ser de linguagem. Não há projeto de regeneração ou de adequação social. A psicanálise caminha no *entre*, uma vez que não ancora no cenário social como possibilidade de salvação da humanidade. Por outro lado, isso não significa que ela se caracterize como apolítica. A psicanálise freudiana conduz possibilidades do sujeito, ser social, enfrentar seus impasses e desafios impostos pela cultura. Ela incide sobre o conflito inerente e interminável do sujeito “contra as imposições de ordem cultural” (BIRMAN, 1994, p. 107).

Há uma dimensão, nomeada por Dominique Fingermann, como *O pior*, que incide sobre todo ser de linguagem, independente das condições que configuram sua realidade material. O pior como causa do sujeito não remete a uma substância maligna, cruel, vilã, mas, a uma operação lógica que figura a ausência de significante no Outro: “a ausência da essência precede (e determina) a existência” (FINGERMAN, 2005, p. 43). É a dimensão do erro, do que não funciona, o que Lacan chamou de real. Há como um dos registros do ser falante o real, que direciona seus caminhos e descaminhos em direção ao campo do gozo.

A referência polivalente ao termo “pior” delimita um campo, portanto não indica uma dimensão única ou unívoca. Trata-se de um campo para além do bem e do mal, um campo de força, campo de jogo, campo de guerra, aquele que Lacan chegou a designar como campo lacaniano – campo de *das Ding* (no seminário 7), campo de gozo (no seminário 17) (FINGERMAN, 2005, p. 43).

É com esse pior que a psicanálise opera. O discurso analítico é o único que visa o sujeito (a – \$), o sujeito do inconsciente. Esse é um dos aspectos que distingue a psicanálise das psicologias.

Podemos pensar o ato psicanalítico como efeito político? Birman (1994) advoga que o ato do psicanalista pode produzir efeitos políticos, uma vez que busca colocar o sujeito frente aos impasses que lhe constituem enquanto ser falante. Além disso, o discurso psicanalítico diverge das ideologias elementares da sociedade contemporânea, como a lógica da medicalização em massa e da categorização/classificação dos sujeitos em síndromes e diagnósticos infundáveis. Essa divergência possibilita uma ética que segue em direção ao que há de mais singular no sujeito, na prática clínica do um a um. Como não há prescrição de um ideal de cura, abrem-se diversas possibilidades de soluções para o sujeito em seu enredo subjetivo.

Não há padrões, normas ou caminhos pré-estabelecidos para serem seguidos pelo analista na condução de uma análise, “a figura do analista está entregue à mesma contingência diante da figura de qualquer analisante, vale dizer, sem normas absolutas que definam a sua prática e a sua técnica” (BIRMAN, 1994, p. 108). O praticante de psicanálise não possui saber absoluto sobre a realidade psíquica de seu paciente e não há nenhum discurso normativo que direcione sua prática, qualquer discurso totalizante é colocado em questão com a experiência psicanalítica.

Essa maneira de encarar a clínica foi umas das contribuições de Lacan à psicanálise. Lacan renova a clínica no que diz respeito à sua técnica, ao seu alcance, e aos seus objetivos. A técnica recebe uma abertura no tempo da sessão – que deixa de ser fechado – e no uso das palavras para a condução da análise; o alcance refere-se ao não recuo diante das psicoses, e os objetivos seguem na direção de uma ética estritamente psicanalítica, nomeada como ética do bem dizer (DUNKER, 2011).

Seria a produção da singularidade o vetor político da psicanálise? Para Dunker (2011) na psicanálise lacaniana encontramos uma exigência radical de produção de singularidade no modo de conduzir a análise dos pacientes, e uma aspiração universal de prestar contas das ações clínicas que evita o confinamento do analista. Há quatro aspectos, que, segundo o autor, configuram o programa clínico de Lacan. O primeiro deles seria a *autonomia clínica aliada à universalidade psicopatológica*. O diagnóstico psicanalítico não deve ser entendido como doença orgânica, ou desvio de moral, mas como “um diagnóstico das formas de relação do sujeito com o outro” (DUNKER, 2011, p. 592). A

semiologia também lhe é própria, não existe um manual ou dicionário que classifique os sintomas, estes são recortados da própria fala do analisando. O método de intervenção não se constitui como um conjunto de regras e normas técnicas a serem seguidas. Isso não significa que a clínica do inconsciente se associe a uma irracionalidade, ela se vale de uma autonomia na qual oferece “seus próprios fundamentos segundo o crivo da razão e em acordo com critérios de cientificidade, justificação e transmissão que lhe seriam atinentes” (DUNKER, 2011, p. 593).

O segundo aspecto definido pelo autor é a *crítica das formas terapêuticas de poder e alienação*. Este é um ponto que conduz a psicanálise em direção oposta à pedagogia, ou ortopedia da alma. Não há na clínica psicanalítica um direcionamento da consciência para objetivos de adaptação ou conformismo. É o que Lacan (1969-1970/1992) adverte quando indica que o analista deve evitar operar na clínica a partir do discurso do mestre.

Encontramos no terceiro aspecto do programa clínico de Lacan o *cuidado de si como aventura ética da verdade*. A experiência psicanalítica constitui-se como um percurso dialético que propicia ao sujeito uma busca singular, facilitando a produção de novas condições de existência e subjetivação. A psicanálise, com a associação livre, permite novas descobertas pelo sujeito através da “reconstituição simbólica do desejo” (DUNKER, 2011, p. 594). Este saber não cura o sujeito, já que o inconsciente nunca deixa de existir, entretanto, isso não impede que do processo surjam efeitos terapêuticos que reduzem o sofrimento psíquico dos pacientes. Outro aspecto interessante levantado por Dunker é que a psicanálise lacaniana não consiste em uma experiência de autoconhecimento. Conhecer-se a si mesmo ou tomar-se como objeto é um movimento alienante, pois ao definir-se, ou traduzir-se, é inevitável que o sujeito tropece em uma fixação de sentido. Sendo assim, “a psicanálise tem mais que ver com *cuidar de si* do que com *conhecer a si*” (DUNKER, 2011, p. 594).

O quarto aspecto corresponde ao *realismo dos limites da experiência*, uma vez que é impossível acabar com o mal-estar da civilização. O que a psicanálise propõe é uma redução do sofrimento vinculada à dissolução de sintomas.

A partir desses pontos que caracterizam a clínica lacaniana, notamos a existência de uma política particular ao método psicanalítico que se traduz em uma ética específica à psicanálise.

5.2 A PSICANÁLISE COMO UMA ÉTICA

Na contemporaneidade há uma tendência ao imediatismo, aos resultados emergenciais, à necessidade de uma ausência absoluta de sofrimento, ou angústia. As terapias medicamentosas alimentam o imaginário da cura instantânea atingindo consequências diversas, como o advento de pacientes dependentes e sem resultados efetivos em suas vidas pessoais. Segundo Dunker (2015), depois da reforma psiquiátrica, a política da saúde mental brasileira passa a privilegiar os tratamentos medicamentosos no lugar da clínica baseada na palavra. “Curar” instantaneamente através de coquetéis de psicotrópicos que embotam os sintomas da queixa inicial (insônia, tristeza, stress, ansiedade, etc.), enquanto produzem outros (sonolência, fadiga, dificuldade de concentração), contornados através de novos medicamentos, dando marcha ao ciclo interminável de consumo de substância químicas, seria o foco, pois “a maneira mais barata e acessível de manter milhares de pacientes sob atenção em saúde mental baseia-se em protocolos simples de diagnósticos e medicalização” (DUNKER, 2015, p. 28).

Segundo Kehl (2002), a psicanálise vem sendo questionada por defensores das neurociências e psicologias comportamentais e cognitivas. Isso tem relação com o tempo de tratamento, que difere completamente entre a psicanálise e outras abordagens. Nas psicologias há um objetivo de diminuir os sintomas do sofrimento psíquico o mais rápido possível.

A sociedade contemporânea pensa a cura desse sofrimento como eliminação de todo o mal-estar, de toda angústia de viver. As terapias exclusivamente medicamentosas, as técnicas de auto-ajuda e as novas formas de espiritualidade, partem do pressuposto de que o psiquismo pode se libertar dos incômodos efeitos do inconsciente e servir às finalidades de um eu soberano, pragmático, feliz, ajustado às aspirações dos membros da cultura do individualismo e do narcisismo (KEHL, 2002, p. 8).

Ferretti (2011) afirma que a cura para o sofrimento psíquico é ofertada através da venda dos medicamentos. Há uma rápida prescrição de remédios que prometem a solução para os sintomas, e, conseqüentemente, acabam por tamponar o vazio do sujeito. Esse enredo sempre tende ao fracasso, pois não é possível dominar o inconsciente, o resultado são pessoas embotadas, sem brilho, e dependentes de substância química.

Freud (1930/2010) adverte sobre uso de substâncias tóxicas para prevenir o sofrimento psíquico nomeando-as como “afasta-tristeza”, além disso, alerta que apesar de subtraírem a pressão colocada pela realidade, em alguns casos “são culpados pelo

desperdício de grandes quantidades de energia que poderiam ser usadas na melhoria da sorte humana” (FREUD, 1930/2010, p. 23).

Em *O mal-estar na civilização*, comenta que a humanidade tem como objetivo de vida a busca da felicidade, as pessoas desejam se tornar e permanecer felizes. Seria o princípio do prazer estabelecendo a finalidade da vida. A felicidade só seria possível a partir de episódios pontuais, pois “nossas possibilidades de felicidade são restringidas por nossa constituição” (FREUD, 1930/2010, p. 21). A sublimação das pulsões possibilita a alegria da criação, a arte produz um “alheamento às durezas da vida” (p. 25) que tem por característica ser passageiro, pois “não é forte o bastante para fazer esquecer a miséria real” (p. 25). Há uma impossibilidade de o ser humano sentir-se pleno na cultura. A relação do homem com a sociedade é o que ele chama de terceira fonte de sofrimento, sendo a prepotência da natureza e a fragilidade de nossos corpos as outras duas primeiras. A nossa constituição psíquica é de natureza indomável e isso impossibilita a felicidade absoluta dos seres de linguagem (FREUD, 1930/2010).

Os relatos a seguir destacam o aspecto ético da psicanálise na prática dos(as) estagiários(as):

Eu fui entendendo que mais do que construções teóricas e técnicas, era um olhar ético que guiava minha conduta, nesse lugar de sujeito, de entender que não existe bem ou mal. A própria questão do suicídio é uma questão muito polêmica de se entender o que é o bem ou o que é o mal do sujeito. Se o sujeito tem que viver ou não. Tem algumas coisas que me guiam muito. Primeiro esse lugar do sujeito, reconhecer o outro no lugar de sujeito e mesmo nessa clínica, mesmo não, principalmente nessa clínica com pacientes que tentaram suicídio, que eu acho que as pessoas tendem ou a crucificar muitos esses indivíduos, ou a vitimizar. Então, reconhecer o outro no lugar de sujeito é um ponto de partida. Uma outra coisa que me ajuda a pensar é sobre isso que Lacan traz sobre a ética do desejo e eu acho que há percalços, quando a gente entra nessa busca para sustentar esse desejo, que desejo é esse?⁵⁰

Eu gosto mais da forma como a psicanálise trabalha no hospital, eu acho mais humana e foca mais no singular do sujeito. O psicólogo da abordagem da psicanálise no hospital é mais cuidadoso com algumas coisas, ele enxerga mais o sujeito. Os psicólogos que seguem outras abordagens, sem querer generalizar, aplicam muito testes, sabe? E eu não sei se é essa psicóloga que eu gostaria de ser dentro do hospital?⁵¹

A ética da psicanálise não oferece garantia de felicidade justamente por conta da característica indomesticável do inconsciente. O caminho que o sujeito percorre em busca da felicidade é marcado pela barra do recalque, o que impossibilita que ele tenha acesso

⁵⁰ Egressa A

⁵¹ Estagiária C

ao prazer de forma completamente satisfatória. Dessa forma, não há garantias que o sujeito siga em direção ao seu desejo por um bom caminho, em direção ao seu bem, pois há contingências imprevisíveis no percurso que podem interromper o caminho do prazer (BISCO e COUTO, 2011).

Freud (1915/2010a, p. 220) ao escrever sobre o manejo da transferência, adverte sobre a inovação que o psicanalista deve praticar a cada caso clínico, já que ele não encontra “modelos na vida real” para o caminho que deve seguir ao conduzir a análise. A psicanálise não é um conjunto de técnicas fechadas a serem seguidas ou aplicadas, pois cada inconsciente é único e a linguagem, recurso imprescindível à existência do inconsciente, é marcada por contingências específicas que acontecem no roteiro do sujeito. Isso não significa que a práxis psicanalítica possa ser conduzida de qualquer maneira, como foi pontuado anteriormente neste trabalho, para uma boa condução do atendimento, a associação livre, o bom manejo da transferência, e a imparcialidade da escuta são alguns dos direcionamentos que o analista não deve abrir mão na direção do tratamento.

Podemos afirmar que a psicanálise seria, em primeiro lugar, uma ética? Alguns nomeiam a ética da psicanálise como ética do desejo. O desejo, para a psicanálise lacaniana, é metonímico. Essa é a sua principal e mais importante característica. O desejo como metonímico nos remete à impossibilidade de plena satisfação, uma vez que ele desliza constantemente devido à impossibilidade de encontro com o *objeto a*, sua causa.

O desejo nada mais é que a metonímia do discurso da demanda. É a mudança como tal. Insisto – essa relação propriamente metonímica de um significante ao outro que chamamos de desejo, não é o novo objeto, nem o objeto anterior, é a própria mudança de objeto em si. (LACAN, 1959-1960/2008, p. 344)

O desejo do ser falante é o desejo de desejar. Se há um deslizamento constante do desejo, e uma impossibilidade de encontrar o objeto que o causa, encontramos aí uma implicação ética na clínica que nos conduz na contramão de tamponar o desejo do analisando, direcionando sua demanda a algum objeto concreto da realidade, ou como diz Lacan no seminário *A Ética da Psicanálise*, em busca de algum bem, ou ideal burguês. “Constituir-se como garante de que o sujeito possa de qualquer maneira encontrar seu bem, mesmo na análise, é uma espécie de trapaça” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 355).

Nesse seminário Lacan afirma que não se trata de negar o campo dos bens (material ou estado de felicidade), pois esses existem, estão na cultura. O caminho da psicanálise não é deserta-los, mas fazer uma virada na perspectiva do que seria o *bem* o

qual visa uma análise, “não há outro bem senão o que pode servir para pagar o preço ao acesso ao desejo —, na medida em que esse desejo, nós o definimos alhures como a metonímia de nosso ser” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 376). Nessa perspectiva, podemos diferenciar a psicanálise dos outros campos da psicologia, pois o bem o qual visa uma análise não exclui a dimensão do pior, ou do mal-estar da cultura. A aposta que o analista faz é que, na análise, possa surgir a produção de um saber que ajude o analisando a lidar com o mal-estar produzido pela cultura e pela impossibilidade de satisfação plena.

A impossibilidade de cura total, ou de garantia de felicidade, direciona a psicanálise para uma política do sintoma. O sujeito que tem a oportunidade de temporalizar sua própria história pousa em um processo que oferta possibilidades de aprender a lidar com o seu gozo, e, conseqüentemente, esvaziar o sofrimento causado por ele.

5.2.1 A política do sintoma real

Nos dois recortes de narrativas citados a seguir, pode-se constatar uma visão política da psicanálise por partes dos egressos. Não conduzir o tratamento através da promessa de felicidade ao paciente, ou, a partir da aplicação de técnicas fechadas e genéricas, são dois pontos que surgem no relato dos entrevistados como aspectos da psicanálise com os quais eles se identificam. Oferecer garantias de felicidade na clínica é um engodo que deve ser evitado, uma vez que o inconsciente não pode ser fechado em uma redoma, nem ser adestrado de acordo com ideais da cultura.

Acho que poder descobrir que a gente sempre acha um lugar para se maltratar, a gente vai sempre rodear, porque nem sempre a gente sustenta encontrar nosso desejo também. Então, eu acho que tem algo da contradição do ser humano muito viva na clínica, é um sujeito que quer mas não quer, um sujeito que vai mas não vai, porque eu acho que isso também ajuda a gente a desconstruir um lugar de que o psicólogo tem que ser aquele a ajudar o outro a ser mais feliz, sabe? Que eu acho que a psicologia acaba perpetuando muito esse valor, do profissional como aquele que vai te ajudar a ser mais feliz. Então essa eu acho que é uma coisa que a ética da psicanálise me ensina.⁵²

Quando eu falo de uma ética, é para além de uma técnica. Claro que há conceitos técnicos que me orientam muito, mas falando isso para pontuar o que me fisgou, eu escolho falar dessa ética, e acho que nessa virada que ela

⁵² Egressa A

me propõe, de um posicionamento em relação ao outro, essa ideia de que o saber está do lado do sujeito, e não no lado acadêmico, ou do analista, do pesquisador, é o que me convoca, porque uma clínica ou uma pesquisa, enfim, uma práxis que tenha um objetivo de transmissão, de anular o outro, de partir de um pressuposto que o conhecimento está apenas no lado da ciência, não me interessa muito. E na psicanálise há possibilidade de estar com o outro, de estar aberto para escutar o que vem, sem muitas regras, sem muitas premissas, é apenas estar com o outro.⁵³

A partir do discurso do mestre o ser de linguagem é inaugurado no discurso, advindo no laço social. O sujeito que acessa o discurso é aquele que atravessou o processo estruturante do psiquismo, chamado por Freud de complexo de castração, e por Lacan de trauma da linguagem, pois ao aprendermos a falar somos marcados, há consequências. É com o advento do supereu, da noção de que há uma lei que barra seu gozo, que o sujeito é dividido. Essa operação de divisão produz um resto, uma falta, nomeada por Lacan como *objeto a*. Encontramos no matema do discurso do mestre o resumo dessa operação.

O laço social do discurso do mestre tem relação com o ato de governar. Se tomarmos o significante mestre na conjuntura do gozo fálico, gozo do sentido, significante que governa o desejo do sujeito, “lugar do que é em consciência designado pelo falasser como poder” (LACAN, 1975-1976/2007, p. 55), podemos dizer que no discurso do mestre o sujeito encontra-se alienado ao desejo do Outro. Essa alienação ilude o sujeito, que supõe ter o dever de responder à demanda desse Outro (*Che Vuoi?*). A tarefa da psicanálise consiste em criar formas de possibilitar a separação do sujeito dessas demandas imaginárias, permitindo que ele trace um percurso em busca do seu desejo via simbólico. O caminho para isso é através do trabalho com o sintoma analítico.

A política do real conduz a direção do tratamento com foco no sintoma analítico. O sintoma é a “única coisa que conserva um sentido no real” (LACAN, 1977, p. 02). Segundo Fernandes (2011, p. 102), a articulação do sintoma com o real é o que produz a incidência política da psicanálise, que opera seguindo a lógica do um a um, uma vez que há uma “orientação política que se recusa a aceitar um tom tranquilizador do inconsciente”. Para Ferretti (2011, p. 71), Lacan faz uma guinada com relação à política da psicanálise, pois “ele subverte a dimensão prática da política, em termos de organização do poder, ao destacar o aspecto subjetivo do poder do significante”.

O Outro – tesouro das palavras – fornece significantes ao sujeito que são insuficientes para representa-lo enquanto tal, pois “o significante representa o sujeito para

⁵³ Egresso D

outro significante” (LACAN, 1968-1969/2008, p. 54). Essa formulação de Lacan indica que o sujeito não pode ser representado por um significante, pois há algo de irrepresentável em sua constituição: *das Ding*. Dessa forma, o sujeito encontra-se *entre* significantes, e o inconsciente em suas formações – metáfora e metonímia – produz saber através da linguagem.

O sintoma, formação do inconsciente, diz algo sobre o sujeito enquanto carrega uma parcela real, inefável. Por isso a verdade não pode ser toda dita. Essa ausência de significação é o que vai conduzir o ser falante em suas escolhas e desvios durante a vida. A impossibilidade do Outro em fornecer um significante que represente o sujeito é o que permite a separação deste em relação à alienação de seu desejo.

Ao destacar o aspecto subjetivo do poder do significante, Lacan conduz a psicanálise em direção a uma ética que não promete a felicidade. A *contradição do ser humano*, citada por um dos entrevistados, nos remete a essa condição do sujeito que é assombrado pelo real enquanto causa.

Como em toda patologia psíquica, o centro causal é a perda de experiência, aquilo que Freud chamava de trauma, enfatizando as dificuldades de lembrar e subjetivar a experiência, e que Lacan chamava de Real, enfatizando seu caráter repetitivo e refratário a nomeação. Essa experiência impossível, que não cessa de se repetir – sem se inscrever perfeitamente –, que retorna de modo traumático, trágico e falho, representa a figura conceitual da gênese do mal-estar. (DUNKER, 2015, p. 34)

O fracasso do tratamento medicamentoso consiste justamente na ausência de tempo e espaço para a temporalização por parte dos pacientes. Tamponar os sintomas com remédios, ou com sentidos diversos que o expliquem e apaziguem o sofrimento, não evita que o real retorne no enredo ficcional dos pacientes, o real insiste por trás dos ditos, a repetição o atualiza a cada emergência da *tiquê*.

A *tiquê*, segundo Lacan (1964/2008), é o encontro do real que está para além do sentido. A *tiquê* é da ordem da contingência, acontece por acaso, escapa do registro simbólico e manifesta-se como trauma, erro ou falha. O seu retorno indica que nada pode ser apreendido totalmente, algo escapa à significação. O traço unário, signo de uma ausência, marca a repetição que tem por objetivo “a produção do sujeito dividido e sua colocação em exercício” (SOLER, 2011, p. 17).

Segundo Ferreti (2011), a clínica psicanalítica colocou em evidência a impotência de significação do sintoma, uma vez que, encerrá-lo em um sentido não o impede de retornar exigindo novas significações, “a persistência do sintoma é a sua política”

(FERRETI, 2011, p. 74). Isso aponta para o real na formação do sintoma, pois ele não pode ser esgotado pela via do sentido. O próprio Freud situou o sonho, formação do inconsciente, como impossível de encerrar-se em uma única significação. Há o que ele nomeou de umbigo do sonho, o ponto de real que é impossível de ser simbolizado.

“A psique dos pacientes histéricos é cheia de pensamentos que produzem efeito, mas são inconscientes, deles procedem todos os sintomas” (FREUD, 1912, p. 250). Se há uma impossibilidade de esgotar o sintoma pela via do sentido, o que faz a clínica psicanalítica? O que os(as) estagiários(as) e egressos(as) proporcionam àqueles que vão ao seu encontro em busca de uma escuta? Há um efeito, produzido via transferência, que faz os pacientes retornarem, que levam os sujeitos a falarem sobre suas próprias questões. A política do real, quando encarnada na clínica, produz mudanças na vida dos pacientes. O real é aquilo com o qual nos deparamos nas contingências, o que é impossível de ser dito, mas que produz efeitos. Freud (1912/2010a) afirma que o inconsciente é *eficiente*. Não faço aqui uma analogia entre o conceito de inconsciente e real, mas tomo emprestada a ideia de eficiência, da ação produzida pelo real – pelo o que não pode ser simbolizado – na ficção construída pelo ser falante através de suas fantasias. Dessa forma, há uma aposta de que quando o praticante de psicanálise consegue instaurar o dispositivo analítico na prática clínica, algo do real se presentifica produzindo efeitos, mesmo que os próprios estagiários não se deem conta dessa operação. O efeito de uma análise não pode ser rastreado por antecipação, ele acontece a posteriori e é fruto do vínculo transferencial entre paciente e praticante de psicanálise. Os(as) estagiários(as), orientados pela psicanálise, que seguem na contramão dos discursos técnicos hegemônicos sobre as subjetividades, criam espaço para que a fala se torne protagonista no processo de cura dos sintomas psíquicos vinculada à redução de sofrimento, possibilitando que a política da psicanálise circule em outros contextos além da clínica em intenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou o percurso formativo em psicologia clínica de estudantes orientados pela psicanálise, com o objetivo de identificar as contribuições que esta faz à prática dos estagiários que atuaram em contextos distintos: clínica-escola, hospital, ambulatório e CAPS. Foi realizada uma leitura dos discursos lacanianos como operadores na clínica. As formas de transmissão da psicanálise na universidade foram discutidas a partir de uma leitura sobre a especificidade do saber na psicanálise. Além disso, a teoria dos discursos contribuiu para elaborações sobre a especificidade da ética psicanalítica.

A partir da análise dos dados, podemos confirmar que o estágio clínico supervisionado é um espaço privilegiado para a transmissão da psicanálise aos graduandos em psicologia. Como observamos no capítulo III, a transmissão não acontece de forma direta, uma vez que “o saber passa em ato” (LACAN, 1970/2003, p. 310. Com a experiência clínica, acompanhada de supervisão e análise pessoal, os(as) estagiários(as) podem, a partir das contingências promovidas nesse circuito, fazer rupturas com certos modos de atuação para promover a condução clínica de forma estritamente ética.

A ética da psicanálise – que visa ao sujeito em sua singularidade – surge nos relatos dos entrevistados como uma das principais contribuições para a formação em psicologia clínica. Os resultados dessa pesquisa demonstram que quando o(a) estagiário(a) de psicologia clínica atua orientado pela psicanálise, ele(a) tem a chance de se aproximar da realidade psíquica dos pacientes, promovendo espaço e escuta para que a singularidade do ser falante não se perca na alienação dos outros discursos (mestre, universitário e capitalista). Os praticantes têm a chance de apreender que o tempo do sujeito não é cronológico, que o ato da escuta não é uma tarefa simples e que este depende do seu próprio trabalho de análise.

Outra contribuição da psicanálise para o percurso dos(as) recém-formados(as) – e talvez uma das mais importantes, pois é a partir dessa experiência que a competência para prática se desenvolve – é a noção de que, para atuar na clínica, é necessário trabalhar-se em análise pessoal acompanhado(a) de supervisão. Os(as) estagiários(as) de psicologia orientados pela psicanálise são advertidos pelos supervisores que a análise pessoal é um recurso insubstituível para a condução da clínica de forma ética e efetiva, e até a própria angústia que surge na prática frente à dimensão impossível da psicanálise conduz os estagiários(as) ao recurso da análise pessoal como imprescindível à formação clínica. Como foi visto a partir dos dados apresentados no capítulo IV deste trabalho, escutar o

outro a partir de um lugar esvaziado de valor moral e afastado de um saber/verdade sobre o sujeito não é uma experiência qualquer. Há toda uma complexidade (lógica/psíquica e social/cultural) que gera impasses e dificuldades para sustentar essa posição. Além disso, muitos dos conteúdos trazidos pelos pacientes angustiam os(as) estagiários(as), o que faz da análise pessoal um recurso crucial para que o psicólogo possa se instrumentalizar para a prática clínica como profissional.

O ato de escutar, que parece uma característica óbvia da psicologia, como foi dito por um dos entrevistados no capítulo IV, muitas vezes perde lugar, nas práticas psicológicas, para técnicas fechadas de avaliação diagnóstica ou para uma clínica da escuta na qual o terapeuta ocupa uma posição de aconselhamento, na tentativa de tamponar a demanda produzida pelo mal-estar., entretanto, como foi visto no capítulo V, não é possível fechar o inconsciente em uma redoma. A psicologia da autoajuda nada oferece de efetivo aos pacientes, apenas embota, disfarça ou adia o verdadeiro impasse produzido pelo sintoma psíquico. Os(as) estagiários(as) e egressos(as) que foram entrevistados seguem advertidos que a escuta não deve antecipar nenhuma verdade sobre o sujeito, que o papel deles na clínica é de implicar o paciente nos modos de gozo, ao contrário da prática de aconselhamento, e que o manejo deve ser conduzido com foco na singularidade, respeitando o tempo de elaboração de cada um. A orientação clínica psicanalítica oferece aos estagiários(as) e recém graduados em Psicologia uma nova posição frente ao saber.

No Brasil, o psicólogo iniciante já está autorizado a atender clinicamente assim que recebe o diploma e solicita a carteira de identidade profissional no Conselho Regional de Psicologia. Não há nenhuma diretriz que recomende a análise pessoal como recurso importante para o trabalho clínico desses profissionais. Esse dado conduz muitos psicólogos recém-formados, que nunca passaram por um processo de análise, a autorizar-se a atender outras pessoas em consultórios particulares ou em instituições públicas de saúde. Essa é uma questão delicada, que não foi trabalhada nesta pesquisa mais especificamente por motivos de tempo, mas que mereceria atenção maior. Entretanto, esse trabalho demonstra a importância e a função da análise pessoal para a formação clínica.

Os cursos de psicologia brasileiros, a partir de 2011, receberam uma nova resolução. Com o argumento de que psicólogos se formavam sem competência para atuar, a resolução determina que os três grandes eixos tradicionais e obrigatórios dos cursos – clínica, escolar, organizacional – deveriam ser substituídos por ênfases curriculares

específicas. As instituições de ensino superior que ofertam formação em psicologia devem, então, escolher, no mínimo, duas ênfases que vão determinar a configuração da grade curricular. É curioso observar a avaliação diagnóstica ganhando destaque absoluto em uma das ênfases. Essas são questões que mereceriam uma maior dedicação.

A formação em psicologia no Brasil contemporâneo corre o risco de fomentar práticas por meio das quais a maquinaria tecnicista de avaliação diagnóstica pode crescer de maneira cada vez mais alarmante, reduzindo os sujeitos a um rótulo qualquer de transtorno mental, que os determine enquanto seres sociais frente a regimes de poder como o direito, o judiciário, a pedagogia, a medicina, obliterando a dimensão intrínseca da cultura, nomeada por Freud de mal-estar. “O discurso universitário é o mais propício aos desvios em relação ao discurso do psicanalista... é que esse discurso se caracteriza muito especialmente por objetificar o outro a partir do saber” (JORGE, 2002, p. 31). Objetificar os sujeitos, diagnosticando-os a partir de um saber técnico de experts, não resolve a demanda colocada em circulação pelo sintoma-metáfora. Este argumento não indica que a psicanálise exclua os diagnósticos, há diagnóstico em psicanálise, mas este “se completa na estrutura da transferência” (DUNKER, 2015, p. 237) estabelecida entre paciente e praticante. A clínica lacaniana não utiliza o Manual de Transtornos Diagnósticos. Freud reconheceu as estruturas psíquicas entre psicose, neurose e perversão, e recomendou que o manejo clínico fosse articulado a partir das particularidades dessas classificações. Entretanto, na contemporaneidade, essas nomenclaturas foram picotadas em inúmeros CIDs (Código Internacional de Doenças) que conduzem a uma prática diagnóstica em saúde mental sem muitos critérios, desconsiderando a condição singular dos pacientes, uma vez que todo e qualquer comportamento que desvie do ideal produtivo, qualquer afeto indesejado ou que cause estranhamento, pode ser classificado, categorizado, ajustado, diagnosticado, levando à uma anulação do sujeito do inconsciente.

O discurso analítico é o único discurso que visa ao sujeito do inconsciente. Esse fato indica que a psicanálise trabalha com o sintoma psíquico pela via da palavra, pois este tem estrutura de metáfora significativa. A transferência, mola fundamental da análise, suposição de saber ao analista, é o que permite que o analisando trabalhe produzindo saber sobre o seu inconsciente a partir da fala. Através da histerização do discurso, o sujeito acessa o desejo de saber sobre o inconsciente e, conseqüentemente, sobre seus sintomas. Para trabalhar com os sintomas psíquicos, a partir da linguagem, é necessário

tempo. Essa é uma das características mais singulares da clínica psicanalítica. O tempo é crucial para o processo de evocação, memorização, produção e elaboração de narrativas sobre o sintoma. Esta pesquisa verificou que os estagiários(as) orientados pela psicanálise oferecem aos pacientes a chance de temporalizar sua própria história a partir das narrativas sobre os sintomas.

Enquanto isso, o mundo contemporâneo segue em um ritmo acelerado em que a produção e o consumo são os determinantes que fundamentam o imaginário de um ideal de produtividade. A medicalização dos sintomas psíquicos torna-se o recurso principal para ordenar e normalizar aqueles que apresentam “desvios comportamentais ou emocionais”. Consequentemente, a *talking cure* vem, cada vez mais, perdendo espaço para outras terapias psicológicas e psiquiátricas positivistas e imediatistas. Para cumprir objetivos econômicos e políticos, as práticas de poder são exercidas através do saber de *experts* (discurso universitário), que, inevitavelmente, incide sobre o corpo dos sujeitos para lapidar, controlar, docilizar. Um fato curioso é que esse enredo não é traçado de forma hierárquica, do centro para a periferia. Os modos de subjetivação contemporânea também demandam a semelhança, é muito comum encontrarmos pacientes que desejam a medicação, ou terapias breves, para poder se enquadrar na norma produtiva, social, ou para se distanciar do sofrimento causado pelo encontro com o sem sentido do sintoma.

A alienação ao Outro faz com que os sujeitos tracem seus destinos na direção de cumprir uma demanda de desejo imaginária que, ironicamente, não tem resposta nem essência. Lacan, no *Seminário 11*, adverte que o estatuto do inconsciente é ético, e não ôntico, por isso a psicanálise trabalha com o objetivo de implicar os sujeitos para que estes façam uma separação que os permita desenlaçar-se dos modos de gozar do sintoma, em um processo de desidentificação, reordenamento significativo, a partir da subversão da demanda de bem-estar para o desejo em sua diferença máxima (FINGERMANN, 2005).

Carimbar os sujeitos em classificações diagnósticas que são distribuídas no DSM, *Manual de Transtornos Diagnósticos*, torna-se um recurso mais prático, fácil e econômico. Entretanto, a história do sujeito, seu enredo ficcional, sua singularidade, são colocados em segundo plano, quando não excluídos. Nomear o sofrimento a partir de uma classificação diagnóstica não resolve o grande impasse do ser falante: o mal-estar na cultura. O processo brutal de patologização dos “comportamentos desviantes” a que assistimos na contemporaneidade corresponde ao que o Vladimir Safatle⁵⁴ afirma quando

⁵⁴ SAFATLE, V. Descobrir outras formas de gozo pode quebrar nossos tabus e dogmas. Coluna publicada no Jornal Folha de São Paulo no dia 15/09/2017. Disponível em: <http://folha.com/no1918608>.

diz que a psiquiatria nunca foi tão normativa quanto hoje. As práticas *psi* contemporâneas acabam por alimentar essa lógica massiva do ato diagnóstico. É preciso repensar essas atuações para que a ética não sucumba ao reino da moral, da norma. A psicanálise, como campo clínico que situa a linguagem como principal recurso para o tratamento, oferta aos estagiários(as) de psicologia clínica uma outra relação com o saber, além do discernimento de que devem convocar os pacientes a implicar-se em seu próprio enredo, evocando sua própria história, valorizando sua narrativa, para ter a chance de mudar de posição subjetiva diante dos sofrimentos.

A ética da psicanálise – trágica, mas efetiva – pode contribuir para a formação de psicólogos clínicos, visto que não reduz os sujeitos a um tipo de personalidade específica, não tampona a demanda do paciente com promessa de bem-estar, mas o convoca a trabalhar a partir de uma narrativa sobre seu sofrimento. Na contramão do discurso patologizante, que retira a responsabilidade do sujeito, o manejo clínico orientado pela psicanálise convoca o paciente a implicar-se nos modos de gozo do sintoma. A proposta não é excluir a dor a qualquer custo, mas atravessá-la, cada um no seu próprio tempo, a partir da singularidade, para encontrar um novo modo de gozar, traçando novos caminhos e descaminhos.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. Psicanálise e universidade e a instauração de discursividade. In: DORIS, R; JORGE, M (orgs.), *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário*, livro 17, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. p. 43-52.

ALBERTI, S. Transferência de trabalho e a universidade. *Psicologia USP*, Rio De Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2004. p. 55-70.

ALBERTI, S. O discurso universitário. *Trivium*. Rio de Janeiro: UVA. ano 1, n. 1, 2009, p. 118-129.

ALMEIDA, R. Psicanalista: profissão impossível. *Psicanálise & Barroco em revista*, Rio de Janeiro: UNIRIO. v. 7, n.1, 2009.

ALMEIDA, R. O discurso do analista e a invenção de uma escola em movimento. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza: Universidade de Fortaleza. v. 10, n. 3. 2010. p. 887-911. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000300009>. Acesso em: 9 ago. 2016.

ALVARENGA, U; ROMERA, M. O ensino da psicanálise na universidade: do legado de um impossível à invenção de possibilidades. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo: Universidade Federal de Uberlândia. v. 43, 2010. p. 187-199 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352010000200014>. Acesso em: 4 mai. 2015.

BARROS, R; OLIVEIRA, G. Efeitos analíticos da supervisão na universidade. *Revista da Escola Letra Freudiana*, ano 22, n 32, Rio de Janeiro, 2003.

BIRMAN, J. *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

BIRMAN, J. A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias do bem-estar da atualidade. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 2, n. 1, 1999, p. 35-49.

BIRMAN, J. *Entre cuidado e saber de si: Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

BIRMAN, J. *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

BISPO, F; COUTO, L. Ética da psicanálise e modalidades de gozo: considerações sobre o *seminário 7* e o *seminário 20* de Jacques Lacan. *Estudos de Psicologia*. v. 16 n. 02, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n2/v16n2a02.pdf>>. Acesso em: 03 de junho de 2017.

BRASIL, Ministério da Educação; Conselho Nacional de Educação; Câmara de educação superior. *Resolução n. 5 de 15 de março de 2011*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o

projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Publicada no Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BREUER, J. Representações inconscientes e representações inadmissíveis à consciência – divisão da mente. In: FREUD, S. *Estudos sobre a histeria* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 2) Rio de Janeiro: Imago, 1983/1996.

CARREIRA, A. Algumas considerações sobre a fantasia em Freud e Lacan. In: *Psicologia USP*. Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, v. 20, n. 2, 2009. p. 157-171.

CARVALHO, M. C. O sujeito na psicanálise. *Stylus: sujeito e gozo*. Rio de Janeiro: Associação fóruns do campo lacaniano, n. 8, 2004. p. 28-34.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1987.

CASTRO, J; FERRARI, I. O desejo do psicanalista e sua implicação na transferência segundo o ensino de Lacan. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro. v. 25, n. 11, 2013. p. 53-72.

CIACCIA, A. *A transferência: a escola de Lacan hoje*. Salvador: Fator, 1992.

COELHO DOS SANTOS, T; TEIXEIRA, M. A. Violência na teoria psicanalítica: ruptura ou modalidade de laço social? *Psicol. Rev.* Belo Horizonte, v. 12, n. 20, 2016, p. 165-180.

DERZI, C; MARCOS, C. Supervisão em psicanálise na universidade. *Psicologia em estudo*. Maringá: Pontifícia Universidade Católica de Belo Horizonte. v. 18, n. 2, 2013. p. 323-331 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200013>. Acesso em: 4 mai. 2013.

DUNKER, C. Aspectos históricos da psicanálise pós-freudiana. In: VILELA, A; FERREIRA, A; PORTUGAL, F (orgs.). *História da Psicologia: rumos e percursos*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2007.

DUNKER, C. Arqueologia da psicanálise: o problema da cura. In: SAFATLE, V; MANZI, R (orgs.) *A filosofia após Freud*. São Paulo: Humanitas, 2008, p. 223-234.

DUNKER, C. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica – uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011.

DUNKER, C. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2015.

EIZIRIK; NUNES; ZASLAVSKY. A supervisão psicanalítica: revisão e uma proposta de sistematização. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul. 2003. p. 297-309. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n2/v25n2a06.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

ELIA, L. O “Averso da Psicanálise” e a formação do psicanalista. In: DORIS, R; JORGE, M (orgs.), *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário*, livro 17, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. p. 33-42.

ESCARS, C. O leitor suposto. Elementos para pensar a transmissão da psicanálise na universidade. In: BIANCO, A. *Freud não explica: a psicanálise nas universidades*. 2006, p. 9-19.

FERNANDES, A. O real do sintoma: sua política na clínica. *Stylus 22: A política do sintoma I*. Rio de Janeiro: Escola de Psicanálise dos fóruns do campo lacaniano, 2011. p. 101-108.

FERRETTI, M. Considerações sobre a ética e a política na psicanálise. *Revista A Peste*. São Paulo, v. 3 n. 1, 2011. p. 69-76.

FIGUEIREDO, A, C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relumme-Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, A. C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: _____. *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba: Editora CRV, 2010.

FINGERMANN, D; DIAS, M. *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2005.

FLISFEDER, M. *Between the symbolic and the sublime: Slavoj Zizek in filme studies... and out*. Tese. Reyserson University and York University, Toronto - Canada, 2010.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica* (1980). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7 ed. 2017.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7 ed. 2008.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FREITAS, I. O silêncio é um carregador. In: SILVA, J. (org.) *Topologia da fala*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2015. p. 190-203.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II) (1914). In: _____. *O caso Schreber e artigos sobre técnica* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 12) Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 161-174.

_____. Algumas observações sobre o conceito de inconsciente na psicanálise (1912). In: _____. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), Artigos sobre técnica e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, v.10, 2010a, p. 255-267.

_____. Recomendações ao médico que pratica a psicanálise (1912). In: _____. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”)*, *Artigos sobre técnica e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, v.10, 2010b, p. 148-162.

_____. Sobre o início do tratamento (1913). In: _____. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”)*, *Artigos sobre técnica e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, v. 10, 1913/2010. p, 163-192.

_____. Observações sobre o amor de transferência (1915). In: _____. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”)*, *Artigos sobre técnica e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, v.10, 2010a, p. 210-228.

_____. A repressão (1915). In: _____. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, v. 12, 2010b. p. 82-98.

_____. Uma dificuldade da psicanálise (1917). In: _____. *“O homem dos lobos” e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, v. 14, 2010. p. 240-251.

_____. Os caminhos da formação dos sintomas (1917). In: _____. *Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise (Parte III)* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 16) Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 361-378.

_____. Deve-se ensinar a Psicanálise nas universidades? (1919) In: _____. *“O homem dos lobos” e outros textos*. (Trad. Paulo César de Souza, v. 14). São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 377-381.

_____. Linhas de progresso na terapia analítica (1919). In: _____. *Uma neurose infantil e outros trabalhos*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 17) Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 171-184.

_____. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). In: _____. *O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos*. (Trad. Paulo César de Souza, v. 16). São Paulo: Companhia das Letras, 1924/2010. p. 193-199.

_____. Prefácio a juventude desorientada de Aichhorn (1925). In: _____. *O ego o Id e outros trabalhos*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 19) Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 305-310.

_____. A questão da análise leiga: diálogo com um interlocutor imparcial (1926). In: _____. *Inibição, sintoma e angústia; O futuro de uma ilusão e outros textos*. (Trad. Paulo César de Souza, v. 17). São Paulo: Companhia das Letras, 1926/2014. p. 124-230.

_____. O Mal-estar na civilização (1930). In: _____. *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos*. (Trad. Paulo César de Souza, v. 18). São Paulo: Companhia das Letras, 1930/2010 p. 13-123.

_____. Análise terminável e interminável (1937). In: _____. *Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 23) Rio de Janeiro: Imago, 1937/1996. p. 225-274.

GERBASE, J. *A hipótese lacaniana*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2011.

GORI, R; VOLGO, M. A ética: uma renovação da clínica nas práticas de saúde. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*. ano 11, n. 12, 2003. p. 69-88.

JORGE, M. Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: DORIS, R; JORGE, M (orgs.), *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. p. 17-32.

JORGE, M. Ninguém é substituível. In: FINGERMANN, D; DIAS, M. *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2005. p. 11-14.

JUNIOR, M. O desejo em questão: ética da psicanálise e desejo do analista. *Psychê*. São Paulo. ano 11, n. 21, 2007. p. 183-196.

KEHL, M. *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

LACAN, J. A instância da letra no inconsciente (1957). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 496-536.

_____. O lugar da psicanálise na medicina (1966). *Opção Lacaniana*, n. 32. Trad. Marcus André Vieira, 2001. Disponível em:<
http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40786415/Lacan-O-Lugar-da-Psicanalise-na-Medicina.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1492622239&Signature=VbWKz%2BUTyFHQhtakxxxxTYh6vkc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFoto_de_pagina_inteira.pdf>. Acesso em: 15 de abr. de 2017.

_____. *O seminário livro 7: a ética da psicanálise (1959-1960)*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. *O seminário livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967 (1967). In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2013. p.

_____. *O seminário livro 16: de um ao Outro (1968-1969)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. *O seminário livro 17: o avesso da psicanálise (1969-1970)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. Alocução sobre o ensino (1970). In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

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

_____. *O seminário livro 20: mais, ainda* (1972-1973). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. *O seminário livro 23: o sintoma* (1975-1976). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

_____. *Do discurso psicanalítico* (1972). Conferência na universidade de Milão: Lacan na Itália. Recife: La Salamandra. Tradução: Joana de Barros da Costa, 2014.

_____. *Televisão* (1974). Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

_____. *O triunfo da religião, precedido de Discurso aos católicos* (1974). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. *Conferência em Genebra sobre o sintoma* (1975). Disponível em: <<http://www.campopsicanalitico.com.br/media/1065/conferencia-em-genebra-sobre-o-sintoma.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. *L'insu-que-sait de l'une-bévue s'aile a mourre* (1977) Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Trad. Jairo Gerbase. Seminário de 15 de mar. de 1977. Disponível em: < <http://www.campopsicanalitico.com.br/media/1040/as-identificacoes.pdf>>. Acesso em: 11 de jun. 2017.

LEANDRO, M; COUTO, D; LANNA, M. Da realidade psíquica ao laço social: a função de mediação do conceito de fantasia. *Cadernos de psicanálise*. Rio de Janeiro, v. 35, n. 28, 2013. p. 27-48. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v35n28/a02.pdf> >. Acesso em: 20 de abr. de 2017.

MACHADO, M; CHATELARD, D. A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. *Revista Ágora*. Rio de Janeiro. v. XVI, n. 1, 2013. p. 135-150.

MARCOS, C. Reflexões sobre a clínica-escola, a psicanálise e sua transmissão, *Psicologia clínica*. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. v. 23, n.2, 2011. p. 205-220 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010356652011000200013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 4 mai. 2015.

MACEDO, M; FALCÃO, C. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Psychê*. São Paulo. Ano 9, n. 15, 2005, p. 65-76.

MARCOS, C. Reflexões sobre a clínica-escola, a psicanálise e sua transmissão, *Psicologia clínica*. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. v. 23, n.2, 2011. p. 205-220 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010356652011000200013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 4 mai. 2015.

MAURANO, D. A psicanálise e sua ética. In: _____. *Para que serve a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

MENDES, E. Sobre a supervisão. *Reverso*, Belo Horizonte. Ano 34. 2012. p. 49-56. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952012000300007>. Acesso em: 13 ago. 2016.

MOREIRA, J; NETO, F. A pesquisa em psicanálise na universidade: reflexões a partir da teoria lacaniana dos discursos. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*. v. 11, n. 1. 2010, p. 55-65. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702010000100007>. Acesso em: 14 ago. 2016.

MORETTO, M. L. *O que pode um analista no hospital?* 1994. 207 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

NETO, J; PENNA, L. Ética, clínica e diretrizes: a formação do psicólogo em tempos de avaliação de cursos. *Psicologia em estudo*. v. 11, n. 2, 2006. p. 381-390.

NUNES, M; SARAIVA, L. A supervisão na formação do analista e do psicoterapeuta psicanalítico. *Estudos de Psicologia*, Rio Grande do Sul, 2007. p. 259-268. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n3/a08v12n3.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

OLIVEIRA, C. Freud, a sexualidade perverso-polimorfa e a crítica ao discurso da degenerescência: revisitando tensões entre a psicanálise e psiquiatria. *Ágora*. Rio de Janeiro. v. 19, n. 1, 2016. p. 53-67.

OLIVEIRA, C. Biopolítica, soberania e tanatopolítica: ensaio sobre as ideias de Foucault e Agamben. *Revista EPOS*; Rio de Janeiro, v. 7, 2016, p. 5-27.

PADRAO, C. Considerações sobre o silêncio na clínica psicanalítica: dos primórdios aos dias atuais. *Cadernos de Psicanálise*. Rio de Janeiro, ano 31, n. 22. 2009, p. 91-102.

PINHEIRO, N; DARRIBA, V. A clínica psicanalítica na universidade: reflexões a partir do trabalho de supervisão. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro. v. 22, n. 2, 2010. p. 45-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652010000200004&script=sci_arttext>. Acesso em: 2 nov. 2015.

PINHEIRO, N. DARRIBA, V. Elementos para interrogar uma clínica possível a partir da psicanálise na universidade. *Interação em Psicologia*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. n. 15, 2011. p. 99-103. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/viewFile/25382/17009>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

QUAYLE, J. Reflexões sobre a formação do psicólogo em psicoterapia: estado da arte e desafios. *Psicologia: Ensino & Formação*. n. 1. 2010. p. 99-110.

QUINET, A. *Um olhar a mais: ver ser visto na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

QUINET, A. interpretação: uma arte com ética. *Stylus 25: A lógica da interpretação II*. Rio de Janeiro: Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano, 2012, p. 53-58.

RINALDI, D. *Ética e Desejo: da psicanálise em intensão à psicanálise em extensão*. Intersecção Psicanalítica do Brasil. s.d. Disponível em: <www.interseccaopsicanalitica.com.br/int...rinaldi/Doris_Rinaldi_Etica_desejo.doc>. Acesso em: 05 jan. 2017.

ROUDINESCO, E; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SILVA, I. *A clínica psicanalítica e as instituições de saúde pública: um encontro possível*. Trabalho apresentado na Jornada da Clínica de Psicologia da UNIJUÍ, 2004. Disponível em: <<http://www.unijui.edu.br/arquivos/clinicapsicologia/informativos/falandonisso19/ensaio.pdf>>. Acesso em: 11 abr. de 2017

SOLER, C. Interpretação: as respostas do analista. *Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 13, 1995. p. 20-36.

SOLER, C. Estatuto do significante mestre no campo lacaniano. *A peste*. São Paulo, v. 2, n. 1, 2010, p. 255-270.

SOLER, C. O discurso capitalista. *Stylus 22: a política do sintoma I*. Rio de Janeiro: Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano, n.22, 2011a. p. 55-68.

SOLER, C. Repetição e Sintoma. *Stylus 23: a política do sintoma II*. Rio de Janeiro: Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano, 2011b. p. 15-38.

SOLER, C. *Lacan, o inconsciente reinventado*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2012.

SOUZA, A. *Os discursos na psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

VITOR, R; AGUIAR, F. A clínica psicanalítica na saúde pública: desafios e possibilidades. *Psicologia ciência e profissão*, n. 31, 2011. p. 40-49.

TEIXEIRA, A. A incompletude do Saber. In _____. TEIXEIRA, A. *O saber do psicanalista*. Campos psicanalítico, 2002a.

TEIXEIRA, A. O discurso do psicanalista: topologia e clínica. *Stylus 5: o real da clínica*. Belo Horizonte: Associação Fóruns do Campo Lacaniano, 2002b. p. 92-106.

TEIXEIRA, A. *A violência no discurso capitalista: uma leitura psicanalítica*. Tese: Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

TORRES, R. Problemas cruciais para a formação do analista na atualidade: o sujeito suposto saber em questão. *Stylus 33: psicanálise e atualidade*. Rio de Janeiro: Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano, 2016. p. 11-30.

ŽIŽEK, S. *Eles não sabem o que fazem: o sublime objeto da ideologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

ŽIŽEK, S. *Jacques Lacan's Four Discourses*, 2006. Disponível em:
<<http://www.lacan.com/zizfour.htm>> Acesso em: 01 de setembro de 2017.