Psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Documento publicado em 22.04.2017

A CLÍNICA PSICANALÍTICA EM CONTEXTO DE SERVIÇO-ESCOLA

Estágio Profissionalizante em Psicologia e Saúde realizado
no Serviço Integrado de Psicologia da Universidade Potiguar – SIP/UnP

2016

Rodrigo de Menezes Gomes
Psicólogo e Bacharel em Psicologia pela Universidade Potiguar – UnP (Brasil)
Mestrando em Psicobiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN (Brasil)

E-mail de contato:
rodrigomenezes13@gmail.com

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar, documentar e discutir as atividades realizadas e experiências vivenciadas no âmbito do Estágio Profissionalizante em Psicologia e Saúde (I e II), realizado ao longo dos dois semestres do ano letivo de 2016 no contexto do Serviço Integrado de Psicologia da Universidade Potiguar (SIP-UnP). Além de uma breve caracterização da instituição, abrangendo tanto sua estrutura física quanto a dimensão interna de sua dinâmica organizacional de funcionamento, serão apresentados também dados gerais dos atendimentos realizados tomando-se como base teórico-prática a Psicanálise e sua clínica, além da justificativa pessoal, uma breve problematização acerca da abordagem escolhida no contexto do campo de estágio, e a análise de um caso clínico atendido no mesmo.

Palavras-chave: Estágio profissionalizante, serviço escola, Psicanálise.

Copyright © 2017.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

---

1. OBJETIVOS

1. Espera-se delinear a importância da experiência do estágio profissionalizante para a formação em Psicologia, no sentido de proporcionar simultaneamente um espaço para a consolidação dos saberes teóricos discutidos ao longo do percurso acadêmico e uma oportunidade de vivenciá-los na prática, constituindo assim um importante momento de integração e preparação para o exercício profissional;

2. Para além disso, espera-se também apontar para a relevância do exercício da clínica, particularmente da clínica psicanalítica, no contexto do serviço-escola no qual o estágio profissionalizante foi desenvolvido, apresentando tanto sua riqueza quanto seus desafios particulares enquanto área de atuação da Psicologia.

2. JUSTIFICATIVA

Em primeiro lugar, a escolha pessoal pela área clínica deu-se ao longo da jornada acadêmica no curso de Psicologia de forma gradual, enquanto pude estabelecer contato com as diversas áreas de atuação da profissão não apenas no contexto das disciplinas teóricas, mas também nos chamados estágios curriculares básicos. Pude vislumbrar a clínica não apenas como uma dentre as diversas áreas de atuação atualmente existentes em Psicologia, mas como um modo particular de exercê-la no qual uma escuta diferenciada do sujeito em sua demanda e singularidade encontra-se no cerne de sua prática, para além de discursos que ainda hoje insistem em tomá-la como um paradigma individualizante a ser superado.

De fato, a expansão da presença do profissional da Psicologia no sistema público de saúde, nas escolas, no sistema penitenciário, nas instituições jurídicas, nas organizações, etc., exigiu a elaboração de novos conhecimentos, novas teorias e novas abordagens que pudessem balizar a atuação do psicólogo em ambientes cuja complexidade excede àquela experimentada no interior dos consultórios psicológicos. Entretanto, a clínica, enquanto metodologia de trabalho que precede a Psicologia enquanto ciência e profissão, e cuja origem é tributária à Medicina (MOREIRA *et al.*, 2007), é ainda hoje um campo de inestimável valor à prática e à pesquisa em Psicologia, em decorrência da oferta de um espaço privilegiado de fala no qual o sujeito pode elaborar seu próprio sofrimento psíquico e ressignificá-lo, fornecendo ao profissional clínico, simultaneamente, a chance de não apenas verificar, testar e comprovar empiricamente as ideias,

técnicas e bases teóricas que norteiam e dão suporte ao seu trabalho, mas também de revisá-las, complementá-las e expandi-las.

No caso específico da Psicanálise, esse processo retroalimentar entre teoria e prática (clínica) é particularmente importante, pois segundo Elia (1995) "[t]oda psicanálise é, simultaneamente, teoria e prática, sendo a prática (a clínica), nesse contexto, antes o lugar de produção do que de aplicação do saber elaborado teoricamente (...)" (p. 18-19). Outrossim, segundo o autor, "(...) a clínica, na psicanálise, é uma exigência, não uma contingência; não se trata de aplicar o saber na prática; trata-se de um saber que se enraíza na clínica (...)" (ELIA, 1995, p. 21).

Além disso, ultrapassando a relevância que assume no contexto específico do exercício da Psicanálise, a clínica em Psicologia pode ser entendida não como uma forma particular de trabalho limitada a um determinado *setting* terapêutico, mas como uma forma particular de lidar com a escuta do sujeito que pode estar presente em empresas, nos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial, em creches, organizações não governamentais (ONG's), e nos mais diversos locais e setores nos quais o psicólogo é atualmente convocado a empregar seu saber enquanto ferramenta para a promoção de saúde. Assim, de acordo com essa perspectiva e conforme apontam as reflexões de Teixeira (1997) a partir de Lo Bianco *et al*. (1994), "a clínica não é consultório; é Psicologia de qualquer lugar que necessite de promoção de saúde, sendo caracterizada não por uma área de atuação e sim pelo *olhar* do psicólogo sobre o fenômeno." (TEIXEIRA, 1997, p. 56).

Já no que concerne à escolha pela abordagem psicanalítica, esta se deu igualmente de forma gradativa ao longo do curso, desde meu primeiro contato com seus conceitos fundamentais no âmbito da disciplina Abordagens Psicodinâmicas, ministrada pela prof. Karina Veras na quarta série do curso, no segundo semestre letivo do ano de 2013. Esse momento constitui-se como essencial para o despertar do meu interesse pela Psicanálise no sentido de ter-me proporcionado uma abertura para a compreensão do ser humano enquanto um ser desejante cuja vida psíquica é animada e determinada por uma instância que até aquele momento era-me nova: a do inconsciente. Movido pelos conhecimentos adquiridos no decorrer da disciplina, segui com a leitura de alguns textos psicanalíticos que me despertaram ainda mais o interesse pelos conceitos formulados por Sigmund Freud.

Posteriormente, em 2015, na sétima série do curso, entretanto, escolhi a Esquizoanálise como ferramenta teórica para a construção de meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que versou sobre processos de subjetivação e produção de saúde em pessoas transexuais e travestis partindo de conceitos que enfocavam a construção da subjetividade sob uma lógica divergente e em muitos pontos avessa àquela encontrada na Psicanálise. Impossibilitado de trabalhar os discursos dos sujeitos em sua singularidade e especificidade, pela própria lógica teórica dos

autores pós-estruturalistas com os quais trabalhei na construção da pesquisa e na escrita do artigo científico dela decorrente, vi-me instigado a vislumbrar meu foco de pesquisa sob outras lentes que não as escolhidas por mim naquele momento do percurso acadêmico.

Trabalhar a partir de um lugar que privilegiasse as narrativas e os sentidos produzidos pelos próprios sujeitos, como o faz a Psicanálise, atraiu-me por proporcionar a chance de colocar o sujeito no centro da discussão acerca de suas demandas, suas angústias e seu próprio sofrimento psíquico, ao invés de focar sua subjetividade apenas sob um viés social e externo que, embora importante de ser considerado, não dá conta da complexidade dos mecanismos intrapsíquicos inerentes ao ser humano.

Além disso, minha escolha particular pela abordagem psicanalítica, em detrimentos das outras abordagens psicológicas estudadas durante o curso, deu-se a partir da apreciação do trabalho pioneiro de Freud enquanto teórico e pesquisador da mente humana. Nessa perspectiva, compartilho do sentimento e do ponto de vista de Nasio (1999) a respeito do legado freudiano em sua seguinte afirmativa:

> O que mais me impressiona em Freud, aquilo em sua obra que me remete a mim mesmo e que, portanto, assim transmite à obra sua atualidade viva, não é a teoria dele, [...] nem tampouco seu método [...]. O que me encanta quando leio Freud, quando penso nele e lhe dou vida, é sua força, sua loucura, sua força louca e genial de querer captar no interior do outro as causas de seus atos, de querer descobrir a fonte íntima que anima um ser. (NASIO, 1999, p.12)

3. FUNDAMENTOS BÁSICOS DA CLÍNICA PSICANALÍTICA

Psicanálise é a denominação dada a um conjunto de teorias psicológicas e psicoterapêuticas, e técnicas associadas, criadas pelo médico austríaco Sigmund Freud durante o final do século XIX e início do século XX (BIANCO, 2003). Uma de suas premissas básicas é a assunção de que o desenvolvimento psíquico do sujeito é determinado por eventos recalcados da infância, e não apenas por fatores puramente biológicos. Além disso, na perspectiva psicanalítica, consideram-se as atitudes e experiências humanas como sendo largamente influenciadas por impulsos irracionais que encontram suas raízes no inconsciente, que se configura como o conceito e objeto fundamental da clínica psicanalítica (HONDA, 2013).

Nesse sentido, um dos objetivos iniciais do trabalho terapêutico psicanalítico, no período de sua constituição, era transpassar a resistência psicológica manifestada na forma de mecanismos de defesa com o intuito de trazer os referidos impulsos irracionais (inconscientes) à luz da

consciência. Atualmente, para além disso, a clínica psicanalítica direciona-se, de forma ampla e geral, à apropriação, pelo próprio sujeito (analisando ou analisante), de seu própria sintoma, abrindo vias para a dissolução de seu sofrimento psíquico através do processo de relação transferencial (o tipo específico de relação que se dá entre analista e analisante no contexto analítico). Sobre tal libertação proporcionada pela experiência analítica, Rocha (2008) afirma alegoricamente que

> [e]nquanto os demais seres da natureza nascem determinados para ser aquilo que são e têm definida a trajetória de sua evolução, o homem é aquilo que ele próprio faz de sua existência. E isto só é possível porque ele é um ser livre. Todavia, numerosas são as formas de escravidão que procuram continuamente despojá-lo do dom de sua liberdade. Essas forças de escravidão tanto vêm de fora, quanto nascem de dentro do próprio homem, sem que disto ele tenha consciência. A psicanálise, enquanto experiência libertadora, procura livrar o homem desses grilhões, que ele mesmo se fabrica e se impõe no desenrolar de sua história. (ROCHA, 2008, p. 108)

Com base em todos esses pressupostos, podemos afirmar que a concepção psicanalítica de sujeito não se encontra centralizada nem no indivíduo nem no "eu", ou seja, a Psicanálise subverte a concepção cartesiana de sujeito racional, consciente e pensante (sujeito da razão) para dar lugar à concepção de um sujeito do inconsciente, cuja vida psíquica é movida por impulsos que ele mesmo desconhece (VORSATZ, 2015).

Já em relação à questão do diagnóstico, a clínica psicanalítica apoia-se no conceito de *estrutura*, diferenciando-se da nosologia psiquiátrica clássica focada na sintomatologia das afecções mentais, e fundamentando-se essencialmente em três constituições qualitativamente distintas: a *neurose*, a *psicose* e a *perversão*. Maurano (2006), a respeito da singularidade do processo de diagnóstico psicanalítico, afirma o seguinte:

> (...) a questão do diagnóstico em psicanálise tem um caráter muito particular. É verdade que a psicanálise toma de empréstimo termos utilizados na psiquiatria. Neurose, histeria, psicose, etc., não foram palavras inventadas por Freud. Entretanto, tais termos ganham na psicanálise um novo sentido. Primeiro, o diagnóstico, seja ele qual for, não é senão uma hipótese que orienta nosso trabalho e não define uma doença, mas sim revela uma modalidade de defesa privilegiada pelo sujeito. (MAURANO, 2006, p.38-39)

Assim, em Psicanálise, as estruturas psíquicas são constituídas a partir do posicionamento que o sujeito assume diante da lei de castração em seu processo de subjetivação. De forma

sucinta, o neurótico estrutura-se psiquicamente pelo sofrimento gerado pela submissão à lei, embora sonhe em transgredi-la e tornar-se pleno. O psicótico, por sua vez, não se apercebe dos limites da lei e a transgride não em virtude de uma atitude deliberada, mas em decorrência de um processo diferenciado de subjetivação e relação com o Outro. O mesmo não acontece com o perverso que, contrariamente ao psicótico, conhece a lei mas goza em transgredi-la (em oposição ao neurótico, que sofre com a transgressão dos limites da lei).

4. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O Serviço Integrado de Psicologia da Universidade Potiguar (SIP-UnP) é um serviço-escola pertencente ao curso de Psicologia da instituição inaugurado em 17 de fevereiro de 2003 primeiramente no campus da Av. Sen. Salgado Filho. Posteriormente, em 15 de março de 2010, o serviço foi transferido e passou a localizar-se no atual campus da Av. Engº Roberto Freire, situado no bairro de Capim Macio, nº 1684, CEP: 59082-902, Zona Sul do município de Natal/RN, podendo o contato com a instituição ser realizado através de meio eletrônico (e-mail: sip@unp.br) ou telefônico (tel: 84 3216-8607).

Ofertando uma gama de serviços psicológicos não apenas ao público interno (alunos e funcionários), mas também a toda a comunidade externa, o serviço-escola foi concebido como um espaço e campo de estágio em que os alunos do curso de Psicologia pudessem colocar em prática os saberes e ferramentas aprendidos durante o curso, proporcionando um aperfeiçoamento da prática profissional e o desenvolvimento de habilidades e competências mediante o contato, dentro da própria Universidade, com as demandas psicológicas de sujeitos reais. Além disso, a implementação do serviço teve como objetivo ampliar as atividades de pesquisa e extensão no curso de Psicologia, associando-as às atividades de ensino-aprendizagem.

Enquanto serviço, e não apenas uma clínica-escola, o SIP oferta diversas modalidades de atendimento em Psicologia que vão desde o atendimento psicoterápico individual até o desenvolvimento de grupos terapêuticos, passando por atividades como Plantão Psicológico, Aconselhamento, Avaliação Psicológica, Orientação Profissional e à Queixa Escolar, dentre outras. Além disso, o SIP também conta atualmente com dois núcleos especializados em áreas e demandas específicas: o Núcleo de Avaliação, Trabalho e Organizações (NATO) e o Núcleo de Psicologia Social e Comunitária (NUPSC).

O serviço funciona durante o período letivo da Universidade de segunda a sexta em três turnos (matutino, vespertino e noturno), nos horários de 7h30 às 12h30, 13h30 às 18h30 e 18h30 às 21h30, sendo a última hora dos turnos matutino e vespertino dedicadas às reuniões de equipe. Sob a atual coordenação da prof. Maria Aparecida de França Gomes, a gestão do SIP funciona de

maneira integrada à Direção do curso, sendo a nomeação do coordenador realizada de forma conjunta pelo corpo docente para o mandato de 2 (dois) anos, permitindo-se a recondução. A Coordenação do Serviço também atua de forma integrada à Coordenação de Estágios, atualmente sob a responsabilidade da prof. Antonimária Bandeira de Freitas Oliveira.

Contando em seu quadro de funcionários com dois agentes administrativos (Fátima de Melo e Jean Carlos) e quatro tutores de práticas (Fernanda Rebouças, Susana Silveira, Ana Cândida e Ana Luíse), que se revezam entre os diversos turnos, o SIP atende demandas de todas as faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos e idosos) de origem espontânea (iniciativa própria) ou provenientes de encaminhamentos de outras instituições da rede pública e privada (escolas, Centros de Referência da Rede de Atenção Psicossocial como CRAS e CREAS, Conselhos Tutelares, dentre outros).

Já em relação à sua estrutura física, o serviço conta com um espaço total de 452,36 m^2 subdivididos em uma recepção com sala de espera, três salas de núcleo observatório, uma sala de ludoterapia também com núcleo observatório, 6 (seis) salas de atendimento individual, 2 (duas) salas destinadas ao núcleos (NATO e NUPSC), uma sala de estagiários, uma sala de supervisão, uma sala de reunião, uma sala de vídeo, uma sala de coordenação, um almoxarifado, uma sala de arquivo e dois banheiros adaptados para portadores de deficiência física (um masculino e um feminino).

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO

O Estágio Profissionalizante em Psicologia e Saúde, correspondente ao quinto e último ano de formação do curso de Psicologia e realizado em duas etapas, na 9ª e 10ª série, tem uma carga horária semanal total de 18 horas distribuídas entre 15 horas de plantão (três turnos semanais de 5 horas cada), 2 horas de supervisão acadêmica e 1 hora de leitura teórica, totalizando uma carga horária total de 360 horas ao final de cada semestre (720 horas totais no ano letivo).

O estágio teve início no dia 22/02/2016 e as atividades no campo tiveram início no dia 21/03/2016, com um dia de capacitação para os novos estagiários do serviço (da 9ª série), no qual foram apresentadas as normas e os procedimentos institucionais, a dinâmica e rotina do serviço, seu quadro de colaboradores, as atividades realizadas, seus núcleos componentes (NATO e NUPSC), dentre outros pontos pertinentes ao estágio como código de vestimenta, sistema de advertências, etc. A abertura do campo à comunidade interna e externa deu-se a partir do primeiro dia do calendário acadêmico (22/02/2016), quando o agendamento de triagens (plantões psicológicos) e as demais atividades desenvolvidas foram iniciadas, e o encerramento do serviço

deu-se no dia 09/12/2016, com um intervalo de um mês (julho) entre os semestres, correspondente ao recesso acadêmico.

A dinâmica de atendimento do serviço segue uma sequência de etapas na qual a porta de entrada do usuário é o Plantão Psicológico. Uma vez recebido pelo Acolhimento, na recepção, o paciente tem seus dados pessoais registrados em um prontuário, assina um termo de autorização e consentimento (no caso de menores de 18 anos, o termo é assinado por um responsável legal) e é atendido por um dos plantonistas da 8ª série, que cumprem a disciplina de Plantão Psicológico. Em caso de não haver nenhum plantonista no momento, o paciente é atendido por um estagiário da 9ª ou 10ª série que se encontre disponível. Ao final do turno, na reunião de equipe com o tutor de práticas, os casos atendidos são debatidos coletivamente e são realizados os encaminhamentos necessários, seja para retorno, Aconselhamento Psicológico, Psicoterapia Individual, Ludoterapia, Grupo Terapêutico ou de Orientação à Queixa Escolar, Avaliação Psicológica, etc.

A seguir, serão apresentadas e brevemente descritas cada uma das várias atividades realizadas no contexto do estágio profissionalizante no Serviço Integrado de Psicologia da Universidade Potiguar.

5.1 Acolhimento

A atividade de Acolhimento é realizada pelos estagiários da 9ª e 10ª série e consiste no suporte à recepção no recebimento e cadastro de pacientes, na rotina organizacional do serviço e na condução da reunião de equipe ao final do turno. Funcionando através de um sistema de escala, a atividade de Acolhimento inclui o preenchimento da ficha cadastral do paciente, verificação da documentação necessária do mesmo (RG e comprovante de residência), abertura de prontuário ou resgate de prontuário em arquivo no caso de pacientes já atendidos anteriormente pelo serviço, e preenchimento e assinatura da ata de reunião de equipe.

5.2 Plantão Psicológico

O plantão é uma modalidade de intervenção psicológica que, segundo Doescher e Henriques (2012, p. 718), “(...) acolhe a pessoa no exato momento de sua urgência, ajudando-a a lidar melhor com seus recursos e limites.” Em concordância com essa concepção geral, e alinhando-se ao conceito de urgência psicológica, a prática do Plantão Psicológico em serviço-escola visa proporcionar à comunidade um espaço em que a população possa ser acolhida em

suas demandas em atendimento psicológico num espaço em que o plantonista, além de prontidão, deve estar aberto a uma escuta atenta e livre de julgamentos.

Como já mencionado anteriormente, a prática do Plantão Psicológico no contexto do SIP é realizada prioritariamente pelos plantonistas da 8ª série do curso, podendo ser realizada pelos estagiários das 9ª e 10ª séries no caso da eventual ausência de plantonistas disponíveis. Uma vez realizado o atendimento, o plantonista deve elaborar uma síntese a ser assinada pelo tutor de práticas e anexada ao prontuário do paciente, além de relatar o caso atendido na reunião de equipe ao final do turno e alimentar a planilha de registro e controle de triagens do serviço com os dados sociodemográficos do paciente. Na reunião, juntamente com o tutor e os demais plantonistas e estagiários, são definidas as queixas e demandas identificadas no atendimento bem como seus devidos encaminhamentos.

5.3 Sala de Espera

A Sala de Espera consiste em uma atividade realizada por um ou mais estagiários no próprio ambiente de recepção do serviço, normalmente com crianças durante o período em que o responsável se encontra em atendimento individual ou enquanto a mesma espera para ser atendida. Através dos recursos lúdicos disponíveis, como lápis coloridos, papel, giz de cera, gibis, livros de colorir, brinquedos, etc., é possível realizar uma observação do comportamento da criança e da sua interação com o outro no contexto do pré-atendimento.

5.4 Reunião de Equipe

A Reunião de Equipe é um momento onde todos os estagiários, pertencentes a diversas áreas e sendo academicamente supervisionados sob diferentes abordagens teóricas, podem compartilhar e construir saberes acerca dos casos atendidos no plantão do turno, visando o melhor encaminhamento para a demanda de cada sujeito que procura o serviço em busca de suporte psicológico. Além disso, a reunião de equipe é o espaço de sugestões, críticas e avisos sobre normas institucionais, atividades e eventos promovidos pelos núcleos, eventuais entraves ou mudanças na rotina e dinâmica organizacional do serviço, etc.

Ao longo do estágio, a reunião de equipe tornou-se, pessoalmente, um espaço privilegiado para a escuta de outros casos, além dos meus próprios casos fixos e dos casos dos meus colegas de supervisão acadêmica. Nesse sentido, configurou-se como um momento de constante convite ao aprimoramento do estudo e debate teóricos, uma vez que a diversa complexidade das

múltiplas demandas recebidas pelo serviço diariamente suscitava em mim, frequentemente, uma percepção mais aguçada dos limites de minha abordagem teórica e da necessidade de diálogo entre não apenas as abordagens em si, mas também entre as diferentes áreas de atuação do psicólogo, representadas no serviço pelos diferentes núcleos. Enfim, a reunião destacou-se como um momento em que a necessidade de um olhar não fragmentado sobre o sujeito tornava-se imperiosa para a determinação do melhor encaminhamento de cada caso em particular, tendo em vista sempre uma visão não reducionista a respeito da subjetividade e da saúde do sujeito.

5.5 Psicoterapia Individual

O processo psicoterápico no Serviço Integrado de Psicologia da Universidade Potiguar dá-se através do pagamento de uma taxa simbólica por sessão que varia em função da renda individual do paciente ou da renda per capita da família no qual o mesmo encontra-se inserido (renda familiar total / número de pessoas corresidentes na família) de acordo com a seguinte tabela:

Categoria	Faixa salarial per capita	Valor da sessão
A	Até R$ 100,00	Isento
B	De R$ 100,01 a R$ 250,00	R$ 2,00
C	De R$ 250,01 a R$ 400,00	R$ 5,00
D	De R$ 400,01 a R$ 550,00	R$ 8,00
E	De R$ 550,01 a R$ 650,00	R$ 12,00
F	De R$ 650,01 a R$ 750,00	R$ 15,00
G	De R$ 750,01 a R$ 850,00	R$ 18,00

Tabela 1: Valores das Sessões de Psicoterapia.

No caso de a renda familiar per capita ultrapassar o teto de R$ 850,00, o paciente é encaminhado para psicólogos parceiros egresso da Universidade, uma vez que o um dos objetivos do serviço é proporcionar atendimento psicológico à população de baixa renda que muitas vezes não possui condições financeiras de ter acesso a esse tipo de atendimento.

As sessões ocorrem semanalmente em dia e horário previamente acordados com o paciente através de contato telefônico e o pagamento é realizado ou ao final de cada sessão semanal ou mensalmente, sendo registrado em uma ficha de controle assinada pelo estagiário e pelo paciente, que também recebe um recibo datado de pagamento. As sessões têm duração média de 30

minutos e ocorrem em salas fixas previamente reservadas na planilha de atendimentos da recepção.

A psicoterapia é realizada de forma contínua ao longo do semestre letivo, exceto em dias de feriado, e toma-se como abandonado o processo em que o paciente falta três vezes consecutivas sem aviso prévio ou justificativa. Uma vez ultrapassado esse limite, e no caso de não obtenção de contato com o paciente através de telefone ou carta, o prontuário é arquivado e o estagiário pode ter acesso a outro prontuário da fila de espera por psicoterapia do serviço.

Cada estagiário deve atender um quantitativo mínimo de 5 (cinco) pacientes e o acompanhamento do processo de andamento e evolução da psicoterapia é realizado através do registro das sínteses de todas as sessões realizadas, que são lidas e assinadas semanalmente pelo supervisor acadêmico e posteriormente anexadas aos prontuários dos pacientes. Nos documentos de síntese dos atendimentos constam um breve relato do discurso do paciente na sessão, a metodologia utilizada (escuta clínica, recursos lúdicos, associação livre, etc.), o planejamento para o próximo atendimento e as observações do estagiário. Além disso, durante as supervisões, os casos dos sujeitos sendo acompanhados em psicoterapia são discutidos através de relatos, transcrições de atendimentos e discussões teóricas.

5.6 Supervisão Acadêmica

A Supervisão Acadêmica é o momento semanal de encontro com o supervisor acadêmico com o intuito de discutir casos fixos, realizar discussões teóricas de textos previamente indicados pelo supervisor, dirimir eventuais dúvidas acerca da condução da análise com os pacientes e pôr em dia a assinatura de documentos necessários (sínteses das sessões de atendimento, registro das faltas dos pacientes e fichas de frequência e controle da carga horária do estágio).

Através da alternância entre discussões teóricas e discussões de casos, as supervisões constituíram um dos momentos mais enriquecedores do estágio por proporcionarem um espaço de construção coletiva de conhecimento no qual cada estagiário pôde expor suas dificuldades e inseguranças, buscando o aperfeiçoamento técnico e profissional dentro da abordagem escolhida. Além disso, as discussões dos casos deram-se a partir da transcrição, elaborada por cada estagiário, de uma sessão de atendimento previamente escolhida pelo mesmo (em geral, daquela que gerasse maior mobilização, inquietação ou dúvida). Tal prática de transcrição permitiu, dentre outros fatores, o esforço e trabalho de lembrança e reelaboração inconsciente dos discursos trazidos pelos pacientes nas sessões, ajudando a exercitar a técnica de atenção flutuante e a escuta clínica.

5.6.1 Atividades Específicas: Plantões e Casos Fixos

• *Casos Fixos:*

PRONTUÁRIO: 427/2014

Iniciais: M. S. M. S.

Sexo: Feminino.

Idade: 40 anos.

Queixa: Conflitos familiares.

Encaminhamento: Psicoterapia.

Justificativa: A paciente apresenta um grande sentimento de angústia decorrente dos conflitos com o marido alcoolista e deste com os filhos.

PRONTUÁRIO: 017/2016

Iniciais: V. R. R. V.

Sexo: Feminino.

Idade: 19 anos.

Queixa: Sintomas de ansiedade e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), segundo a paciente.

Encaminhamento: Psicoterapia.

Justificativa: A paciente sofre prejuízos em suas ações cotidianas devido ao sofrimento psíquico causado pela ocorrência de pensamentos e comportamentos repetitivos.

PRONTUÁRIO: 021/2016

Iniciais: F. M. M. S.

Sexo: Masculino.

Idade: 33 anos.

Queixa: Sintomas de ansiedade e depressão.

Encaminhamento: Psicoterapia.

Justificativa: O paciente apresenta recorrência de sintomas ansiogênicos e sentimentos de culpa e eventualmente tristeza, característicos de quadro depressivo.

PRONTUÁRIO: 068/2016

Iniciais: R. P. G.

Sexo: Masculino.

Idade: 26 anos.

Queixa: Sintomas de ansiedade e episódios de pânico, segundo o paciente.

Encaminhamento: Psicoterapia.

Justificativa: Os sintomas de ansiedade têm prejudicado a vida acadêmica e o sentimento geral de bem-estar do paciente.

PRONTUÁRIO: 453/2016

Iniciais: E.F.G.

Sexo: Feminino.

Idade: 44 anos.

Queixa: Depressão e síndrome do pânico, segundo encaminhamento psiquiátrico.

Encaminhamento: Psicoterapia com urgência.

Justificativa: A paciente encontra-se em grande sofrimento psíquico decorrente de divórcio e conflitos familiares, relatando tanto ideação quanto tentativa de suicídio.

PRONTUÁRIO: 753/2016

Iniciais: J.L.D.

Sexo: Masculino.

Idade: 22 anos.

Queixa: Hipótese de Transtorno Depressivo Recorrente (CID 10 - F33) e Transtorno Afetivo Bipolar (CID 10 - F31), segundo encaminhamento psiquiátrico.

Encaminhamento: Psicoterapia.

Justificativa: Além de apresentar quadro de melancolia caracterizado por baixa de humor e falta de apetite, o paciente também apresenta quadro de insônia e tem tido tanto suas relações interpessoais quanto sua vida acadêmica prejudicadas em função dos sintomas depressivos.

- *Plantões:*

PRONTUÁRIO: 380/2016

Iniciais: A. L. A. A.

Sexo: Feminino.

Idade: 11 anos.

Queixa: Sintomas de ansiedade.

Encaminhamento: Psicoterapia.

Justificativa: Os sintomas de ansiedade têm prejudicado a vida escolar da paciente, que vem faltando aulas e avaliações em decorrência dos mesmos.

PRONTUÁRIO: 420/2016

Iniciais: M. L. S.

Sexo: Feminino.

Idade: 6 anos.

Queixa: Comportamento de irritação e medo excessivo, segundo a mãe.

Encaminhamento: Ludoterapia.

PRONTUÁRIO: 452/2016

Iniciais: M.P.C.

Sexo: Feminino.

Idade: 66 anos.

Queixa: Sofrimento psíquico em decorrência de luto e sintomas de ansiedade.

Encaminhamento: Psicoterapia com urgência.

Justificativa: A paciente tem apresentado quadro de insônia e hipertensão em decorrência dos sintomas de ansiedade.

PRONTUÁRIO: 455/2016

Iniciais: A.M.G.F.

Sexo: Masculino.

Idade: 31 anos.

Queixa: Sofrimento psíquico em decorrência de divórcio e sintomas de ansiedade e depressão.

Encaminhamento: Psicoterapia.

Justificativa: Os sintomas de ansiedade e depressão têm prejudicado os relacionamentos interpessoais do paciente e seu desempenho no trabalho.

PRONTUÁRIO: 480/2016

Iniciais: R.B.K.F.S.

Sexo: Masculino.

Idade: 8 anos.

Queixa: Déficit de atenção segundo encaminhamento pediátrico e suspeita de dislexia segundo encaminhamento da escola.

Encaminhamento: Avaliação Psicológica e Grupo de Orientação à Queixa Escolar.

Justificativa: O paciente vem apresentado baixo rendimento escolar por ter dificuldades em ler e escrever.

PRONTUÁRIO: 514/2016

Iniciais: M.C.

Sexo: Feminino.

Idade: 10 anos.

Queixa: Medo de perder os pais.

Encaminhamento: Ludoterapia.

Justificativa: A paciente apresenta sintomas de ansiedade na ausência dos pais, o que tem prejudicado suas relações interpessoais e sua vida escolar.

PRONTUÁRIO: 534/2016

Iniciais: M.F.

Sexo: Feminino.

Idade: 35 anos.

Queixa: Timidez, segundo a paciente.

Encaminhamento: Psicoterapia.

Justificativa: A timidez da qual a paciente se queixa tem prejudicado suas relações interpessoais na vida pessoal e no trabalho.

PRONTUÁRIO: 758/2016

Iniciais: J.G.L.R.

Sexo: Masculino.

Idade: 4 anos.

Queixa: Dificuldade de sociabilização, agressividade e atraso no desenvolvimento da linguagem.

Encaminhamento: Ludoterapia com urgência.

Justificativa: O paciente teve um nascimento fisiologicamente traumático, segundo relato da mãe, que pode ter comprometido seu desenvolvimento psicossocial.

6. PROBLEMATIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

A prática clínica de psicoterapia em contexto de serviço-escola é balizada por uma série de normas dispostas pelas regras institucionais já mencionadas, tais como o tempo médio de sessão de 30 (trinta) minutos, o pagamento de uma taxa simbólica de acordo com a faixa salarial per capita ou isenção de pagamento, um determinado número de faltas permitidas, e a descontinuidade do atendimento durante os períodos de recesso previstos no calendário acadêmico. Cabe ao estagiário, portanto, manejar e articular as especificidades da abordagem teórica sob a qual está sendo supervisionado e adaptá-las, na medida do possível, às regras do serviço.

No caso da clínica psicanalítica, por exemplo, a lida com a questão do dinheiro tem um significado específico que diz respeito à capacidade de o sujeito investir no tratamento de seu próprio sintoma. Sobre esse aspecto, Freud afirma que

> (...) poderosos fatores sexuais estão envolvidos na apreciação do dinheiro. (...) [As] questões de dinheiro são tradadas pelos homens civilizados de modo semelhante ao das coisas sexuais, com a mesma duplicidade, falso pudor e hipocrisia. (FREUD, 1913/1976, p. 81)

Nessa perspectiva, de acordo com o que foi postulado por Freud, o pagamento assume um papel importante na dinâmica de análise e uma reflexão pode ser feita a respeito da prática da clínica psicanalítica em serviço-escola, cuja premissa básica, dentre outras, baseia-se na prioridade de atendimento à população de baixa renda. Sobre essa particularidade, que no caso do serviço-escola manifesta-se na isenção de pagamento para pacientes em condições de impossibilidade econômica de investir em seu próprio tratamento, o próprio Freud afirma a

possibilidade de flexibilização da regra de pagamento ao observar que "(...) ocasionalmente [encontram-se] pessoas valiosas que não têm culpa de seu desamparo, na quais o tratamento gratuito não esbarra nesses obstáculos e obtém resultados felizes." (FREUD, 1913/1969, p. 82).

Cabe observar, entretanto, que em alguns casos a isenção do pagamento ou a redução do valor das sessões pode encontrar resistência por parte do paciente que, mesmo com recursos financeiros limitados, pode desejar pagar pelo seu tratamento, independentemente da irrisoriedade do valor cobrado. Da mesma forma, alguns pacientes também podem manifestar o desejo de pagar um valor maior do que aquele previsto pelo serviço de acordo com a faixa salarial per capita declarada. Uma das pacientes que atendi durante o estágio, por exemplo, manifestou o desejo de pagar um valor acima do proposto a ela, mesmo alegando passar por uma grave dificuldade financeira. Afirmou sentir-se de certa forma inferiorizada ("no fundo do poço", em suas próprias palavras) por, mesmo tendo uma renda razoavelmente elevada, não ter dinheiro no momento para pagar pelo atendimento com um psicólogo formado, tendo de recorrer a um serviço-escola que, aos seus olhos, é uma espécie de "serviço beneficente", destinado a pessoas de baixa renda. O pagamento de um valor mais elevado pelas sessões era, segunda ela, "não apenas uma questão de honra para ela própria, mas também de reconhecimento e valorização do serviço que estava sendo prestado a ela em um momento tão difícil de sua vida." Em qualquer ocasião dessa natureza, o estagiário que exerce a Psicanálise no contexto do serviço-escola de Psicologia deve atentar-se para o que esse desejo do paciente pode dizer de sua economia libidinal e sua implicação em seu próprio sintoma, procurando flexibilizar caso a caso, junto aos tutores do serviço, as regras institucionais que delimitam os valores a serem pagos pelas sessões de acordo com uma tabela fixa.

Além disso, outra problemática importante de ser avaliada e discutida no contexto do exercício da Psicanálise no âmbito do serviço-escola de Psicologia é a questão do manejo e repasse de prontuários de pacientes entres os estagiários. Primeiramente, para abordar tal questão, é importante relembrar algumas premissas básicas da clínica psicanalítica, que em linhas gerais toma o inconsciente como objeto fundamental de trabalho, procurando desvelar conteúdos recalcados que estejam atuando na formação do sintoma do paciente e utilizando-se do fenômeno da transferência entre este e o analista na operação de fazer o paciente tomar seu próprio sintoma como enigma para si mesmo. Nesse processo, o analista lança mão da *atenção flutuante* como técnica e a análise dá-se através da obediência à regra fundamental da Psicanálise, que consiste em o paciente falar livremente os conteúdos que emergem de seu inconsciente, procurando ao máximo afastar-se de qualquer espécie de censura da consciência (princípio da associação livre).

No contexto do Serviço Integrado de Psicologia da UnP, uma vez que o período máximo de permanência dos estagiários é de um ano letivo, após o qual os prontuários dos pacientes atendidos podem ser arquivados, retornados à lista de espera ou repassados diretamente para

outros estagiários, o estagiário que esteja exercendo a Psicanálise deve tomar uma precaução específica no que diz respeito ao atendimento de pacientes previamente atendidos no serviço por outros estagiários, ou mesmo de pacientes encaminhados diretamente do Plantão Psicológico. Tal precaução consiste na não leitura prévia de quaisquer registros de atendimentos anteriores que estejam no interior dos prontuários, com o objetivo de não comprometimento da técnica de atenção flutuante durante a análise do paciente, uma vez que esta consiste em não privilegiar quaisquer partes do discurso do paciente em detrimento de outras. Conforme ressalta Elia (1995), é importante que o analista "(...) *tome cada caso como se fosse o primeiro*, isto é, ponha "de lado" tudo o que sabe a partir de outros casos, relançando sua escuta para o *inteiramente novo*, a cada vez." (ELIA, 1995, p. 19, grifo do autor). A leitura prévia do prontuário, portanto, pode provocar uma "contaminação" da escuta clínica, podendo vir a comprometer todo o processo analítico posterior.

Por fim, uma outra problemática vivenciada no exercício da prática psicanalítica ao longo do estágio profissionalizante no Sistema Integrado de Psicologia da UnP diz respeito à suspensão do tratamento dos pacientes que, em função da própria lógica de rotatividade dos estagiários no serviço, tem de ser artificialmente forçado. A imposição de um limite de tempo ao processo analítico, além de muitas vezes não permitir o encerramento das entrevistas preliminares e a entrada em análise do paciente, também impõe um relativo prejuízo ao mesmo que, quando atendido pelo próximo estagiário (que pode inclusive trabalhar sob a perspectiva de outra abordagem teórica) terá de reiniciar "do zero" a elaboração de seu discurso.

7. ANÁLISE DE CASO CLÍNICO: Entrevistas Preliminares de Gregório – "Liberdade na Renúncia" ou "Renúncia à Liberdade"?

7.1 Descrição de Caso

O paciente Gregório[1] (33 anos de idade; escolaridade: ensino superior incompleto; prontuário: 021/2016) chegou ao Serviço Integrado de Psicologia da Universidade Potiguar por iniciativa própria através do Plantão Psicológico no dia 03/03/2016, tendo sido encaminhando para a psicoterapia no mesmo dia e iniciado a mesma no dia 12/04/2016 (a última sessão deu-se no dia 30/08/2016, em decorrência de abandono do processo por parte do paciente, implicando num quantitativo total de 6 sessões). Quando indagado sobre a razão de procurar o serviço, na

[1] Nome fictício.

primeira sessão de entrevista preliminar, Gregório afirmou ser aluno de um curso de capacitação em reabilitação de dependentes químicos e ter recebido orientação de sua professora para que procurasse acompanhamento psicoterápico com a finalidade de obter maior autoconhecimento e, consequentemente, tornar-se um melhor profissional no apoio a tais pacientes.

Para além desse objetivo, entretanto, Gregório trouxe nesse primeiro momento duas queixas iniciais. A primeira diz respeito a sentimentos de tristeza e angústia repentinos e aparentemente sem motivo racional aos quais o paciente referiu-se como "sintomas depressivos". A segunda queixa, por sua vez, refere-se a um sentimento de ansiedade (por vezes acompanhado, segundo Gregório, de um estado febril) desencadeado após um episódio, há aproximadamente 10 anos, em que o paciente relatou ter praticado uma relação sexual sem o uso de preservativo.

A formulação de uma demanda de análise, entretanto, não ficou explícita durante os primeiros encontros, não tendo sido possível tampouco delineá-la ao longo dos encontros posteriores, conforme Gregório ia, por meio da fala, revelando sua posição subjetiva diante dos conteúdos que trazia e na relação transferencial, uma vez que o paciente não chegou propriamente a direcionar uma reivindicação a mim enquanto analista ou mesmo a endereçar uma queixa a si mesmo (apropriação do sintoma enquanto enigma a ser decifrado e colocação do analista no lugar de sujeito suposto saber (S.s.S), implicando-o em seu sintoma por meio da relação de transferência).

A ausência de uma demanda claramente definida, entretanto, não impediu a análise do caso, haja vista que os discursos trazidos nos encontros foram ricos no sentido não apenas de revelarem a constituição subjetiva de Gregório em termos de estrutura psíquica, mas também de revelarem aspectos da constituição de seu próprio desejo, uma vez que a posição deste é revelada pela própria estrutura, ou seja, o desejo *é* a estrutura.

7.2 Diagnóstico: Hipótese de Estrutura Clínica

Ao longo das sessões, em vários momentos Gregório revelou, por meio dos conteúdos e elaborações trazidos em seu discurso, diversos elementos característicos de uma estruturação psíquica neurótica. O primeiro deles, verbalmente explícito em sua fala desde a primeira sessão e presente em diversos outros pontos do discurso que trouxe em sessões posteriores, diz respeito ao sentimento de culpa suscitado após o episódio desencadeador de sua queixa principal de ansiedade: um intercurso sexual desprotegido. Após esse acontecimento, o paciente relatou ter sentido um mal estar associado ao sentimento de "irresponsabilidade" e ao medo de ter contraído uma doença sexualmente transmissível, afirmando, de acordo com suas próprias palavras, ter feito algo "impensado" e "de impulso".

Segundo Gaspar (2007), a respeito do sentimento de culpa, este é sempre entendido por Freud como decorrente da renúncia à satisfação pulsional (não há culpa sem desejo), expressando a angústia sentida pelo ego quando não consegue colocar-se à altura das exigências superegoicas. Tal angústia associada ao sentimento de culpa (o "mal estar" experimentado por Gregório após ceder ao desejo do ato sexual) é pensada por Freud, no caso da neurose, em vinculação com um determinado sentimento de ansiedade que lhe é próprio, e que aparece explicitamente na queixa do paciente. O próprio Freud, em *Totem e Tabu*, discorre sobre a inter-relação dos elementos da tríade culpa-angústia-ansiedade na dinâmica da neurose, associando-a aos efeitos da repressão pulsional e sublinhando a influência do inconsciente sobre o sentimento de culpa:

> A psicologia das neuroses nos fez ver que, se impulsos cheios de desejos forem reprimidos, sua libido se transformará em angústia. E isto nos faz lembrar que há algo de desconhecido e inconsciente em conexão com a sensação de culpa, a saber, as razões para o ato de repúdio. O caráter de ansiedade que é inerente à sensação de culpa corresponde ao fator desconhecido. (FREUD, 1913/1969, p. 43)

Um outro elemento recorrente na fala de Gregório, e corroborante com a hipótese diagnóstica de uma estrutura psíquica neurótica, é a relação de oposição que vivencia entre os preceitos éticos e dogmas de sua religião e uma percebida "permissividade" que norteia as relações do mundo contemporâneo (ao qual refere-se como "mundo secular"), sublinhando constantemente uma denominada "dualidade" entre o "certo" ("as coisas certas a se fazer diante dos olhos de Deus", dos "ensinamentos" e das "escrituras") e o "errado". Nesse sentido, o paciente ressaltou em vários pontos de seu discurso o conceito de livre arbítrio do homem diante de tal impasse, chegando a afirmar, em uma das sessões, que "o excesso de liberdade tende ao caos."

Além disso, Gregório reiterou, ao longo de todos os encontros, a influência de sua formação religiosa no seu posicionamento diante da realidade e do outro, afirmando adotar uma postura de altruísmo, passividade e servidão diante das outras pessoas que, se por um lado valoriza como uma virtude diante do "individualismo do mundo contemporâneo", por outro se configura como objeto de queixa quando se vê sempre a atender as necessidades do outro em detrimento de suas próprias.

Sobre a constância do elemento religioso presente no discurso do paciente, além de ser válido relembrar que Freud pensou a religião como uma neurose coletiva que livra o sujeito de uma neurose individual (FREUD, 1910/1969), cabe citar as observações de Gellis e Hamud (2011) no que concerne ao lugar da religião, na obra de Freud, como elemento repressor que exerce uma função superegoica da qual decorrem sentimentos de culpa e angústia, e cujo papel

de controle das pulsões do homem encontra-se intimamente relacionado ao próprio processo civilizatório da humanidade (o que se encontra em consonância com o caráter conflitivo da experiência de Gregório quando se confronta não apenas com a realidade "permissiva" do mundo, mas também quando se dá conta de que cedeu ao próprio desejo após o ato sexual):

> (...) Freud trata da formação da religião, que se baseia na supressão ou renúncia de certos impulsos instintuais – dos quais procedem, por exemplo, os mandamentos –, e verifica que o sentimento de culpa resultante de uma tentação contínua e a angústia sob a forma de temor da punição divina são conhecidos há mais tempo no campo da religião do que no campo das neuroses. Posteriormente, a renúncia dos impulsos será abordada na obra freudiana como elemento crucial, juntamente com a intensificação do sentimento de culpa, das bases do desenvolvimento da civilização. (GELLIS & HAMUD, 2011, p.637)

A postura "passiva" e servil diante do outro da qual Gregório se queixa, por sua vez, pode ser pensada, para além de um mero sinal da abnegação e generosidade pregada por sua religião, como um modo de gozo e um posicionamento subjetivo próprio do neurótico, uma vez que é justamente na relação com o Outro, reconhecendo-lhe, diferenciando-se de si, mas ainda assim tomando-lhe como referência, que ele se constitui enquanto sujeito. Nesse sentido, Maurano (2006) fala sobre o assujeitamento ao Outro como próprio da constituição neurótica: "(...) Sem esse Outro, nada feito. Não há sobrevivência possível. É isso que faz com que nós, enquanto humanos, não sejamos propriamente indivíduos, mas sim sujeitos, palavra advinda de *subjectum*, ou seja, posto debaixo." (MAURANO, 2006, p. 49-50).

Por fim, outro elemento trazido por Gregório em seu discurso, e ainda atrelado à religiosidade, diz respeito à restrição experimentada por ele, no campo sexual, em face à sua moral religiosa. O paciente trouxe em sua fala, em várias sessões das entrevistas preliminares, uma abdicação de sua própria sexualidade, chegando a afirmar, com suas próprias palavras, que no campo sexual "*sua liberdade é a renúncia*". Tal posicionamento de renúncia sexual[2] em função da religião demarca, mais uma vez, uma possível estrutura neurótica de Gregório, uma vez que revela o funcionamento de forças superegoicas no seu psiquismo em oposição a forças pulsionais.

Sobre esta relação entre renúncia e superego, Gaspar (2007) lembra-nos que "Freud denomina de superego a instância que exige renúncia. É como expressão de uma desarmonia

[2] Suposta renúncia afirmada por Gregório em seu discurso, embora abdicação do sexo não signifique propriamente renúncia à sexualidade, uma vez que esta não se limita estritamente à relação sexual. Nesse sentido, não é possível falar de uma verdadeira renúncia sexual por parte do sujeito, uma vez que a sexualidade é-lhe constitutiva e extrapola o ato sexual. O sujeito constitui-se na e pela sexualidade, não lhe sendo possível escapá-la.

fundamental no interior do sujeito e em sua relação com o mundo que o termo *superego* pode ser entendido." (GASPAR, 2007, p. 56). É preciso lembrar, entretanto, da natureza paradoxal da dinâmica do superego na neurose, uma vez que é possível verificar também certo quantitativo de prazer obtido pelo sujeito a partir da repressão de suas pulsões[3]. No caso de Gregório, tal prazer é verificado em seu discurso quando o mesmo equipara, paradoxalmente, renúncia sexual e liberdade.

7.3 Fundamentação Teórica

O caso de Gregório suscita uma reflexão a respeito, para além da hipótese diagnóstica de uma estrutura neurótica relacionada ao discurso de renúncia à vida sexual, de uma especificidade relacionada à sexualidade revelada a partir de sua fala: a homossexualidade. Em uma das sessões de entrevista preliminar, Gregório, ao comentar sobre o fato de ter observado, durante seu período de estadia em uma instituição católica do qual fez parte, uma incongruência entre o discurso e a prática de pessoas da alta hierarquia da ordem religiosa, citou o caso das relações homossexuais, condenadas pelos dogmas da fé cristã, afirmando já ter se envolvido em tal tipo de relação mesmo julgando-as "erradas", por "influência" de pessoas do próprio meio religioso.

Tal discurso, ao revelar o caráter conflitivo que Gregório experimenta em relação à sua sexualidade (desejo *versus* moral), dá pistas sobre uma possível via de constituição de seu sintoma (a ansiedade que passou a sentir após uma relação sexual) se pensarmos sua relação particular com a religião não apenas como mero elemento característico de uma neurose, mas também como um elemento que age cerceando seu desejo homossexual. Dessa forma, alguns conceitos e questões podem ser levantados e problematizados a partir do caso de uma suposta homossexualidade de Gregório.

7.3.1 A Multiplicidade dos Objetos Pulsionais

Elia (1995), pensando a partir de Freud, pontua que para a pulsão, enquanto exigência de trabalho ao psiquismo que se impõe a todo sujeito, não existe objeto dito adequado. Enquanto o objetivo da pulsão é invariável (qual seja: sua própria satisfação), os objetos pulsionais revelam, contrariamente, uma enorme multiplicidade. É exatamente nesse aspecto, inclusive, que a pulsão

[3] Conforme sublinha Elia (1995), "nas forças da ordem e do recalque (...) há necessariamente gozo e satisfação." (p. 138)

diferencia-se do instinto que, este sim, opera em direção a objetos específicos e pré-determinados. Daí decorre a importante observação do autor de que

> (...) a sexualidade (que é, por excelência, para Freud, do campo pulsional, embora (...) jamais recubra inteiramente este campo, jamais lhe seja co-extensiva) *não é instintiva*, não é apreensível no interior de um esquema psicobiológico. (ELIA, 1995, p. 49, grifo nosso)

Tais considerações nos levam a refletir sobre o sintoma de Gregório considerando a hipótese de que este esteja relacionado a um possível recalcamento de uma pulsão sexual a partir do momento em que o paciente se vê em conflito com o objeto de satisfação de tal pulsão (outro homem), uma vez que os dogmas de sua religião categorizam as relações sexuais entre duas pessoas do mesmo sexo como pecaminosas e abomináveis.

7.3.2 A *Inaturalidade* da Sexualidade Humana e a Incomplementaridade entre os Sexos

Se anatomicamente, no estatuto da genitalidade, os órgãos genitais (pênis e vagina) apresentam-se como um par de opostos onde não há um senão como oposição inclusiva ao outro, conforme afirma Elia (1995), o autor também aponta, em contrapartida, que tal correspondência e duplicidade genital não encontra registro no inconsciente:

> Curiosamente, observa Freud, no inconsciente do sujeito não existe a representação biunívoca desta dualidade de órgãos, ou seja, a cada órgão não corresponde uma representação, ponto a ponto, de tal forma que a representabilidade inconsciente não recobre a apresentabilidade empírica da realidade genital anatômica. (ELIA, 1995, p. 61)

Por conseguinte, dada esta proposição, incorre-se na asserção de que também não haja uma suposta complementaridade entre os sexos (masculino e feminino) no que diz respeito à constituição do sexual no ser humano. É justamente diante dessa perspectiva que Elia (1995) indaga:

> O que significa a não-inscrição, na organização simbólica do inconsciente, dos *dois sexos em sua disparidade anatômica*, senão a impossibilidade de que a relação complementar entre eles se estabeleça?[4] (ELIA, 1995, p. 86, grifo do autor)

É nesse sentido que se pode dizer que a sexualidade humana não é natural (no sentido de instintiva, voltada tão somente à reprodução da espécie), inata (no sentido de hereditária), ou aprendida (no sentido de decorrente de condições ambientais contingenciais). Ela é, singularmente, de uma outra ordem, marcada pela constituição do sujeito em meio à linguagem e sua inscrição no desejo do Outro. Sobre o próprio advento do sujeito, Elia (1995) afirma que

> (...) este é efeito da *entrada* do significante (do outro, portador do seu desejo), na *carne*, no *corpo vivo* de um ser humano (pelo que se entende alguém que nasce banhado em linguagem), esvaziando-se este corpo de sua carnalidade e constituindo-se como *corpo sem órgãos*, corpo a ser erogeneizado. [O] sexual resulta precisamente deste encontro da matéria viva do corpo humano com um desejo que lhe era, de saída, exterior. (...) [A] sexualidade é mais-que-inata para o sujeito, ela lhe é *constituinte*; o sujeito deriva das incidências do sexual sobre um corpo que nasce entre sujeitos. O sujeito, como vemos, não nasce, mas advém; não se desenvolve, mas se constitui *na* e *pela* sexualidade. (ELIA, 1995, p; 94, grifos do autor)

Assim, afirmando-se a incomplementaridade dos sexos, e a inaturalidade da sexualidade humana promovida pela linguagem, é possível pensar o conflito de Gregório em relação ao seu próprio desejo (visto sob a ótica psicanalítica como "inaturalmente natural") como resultante de uma possível crença, de acordo com os preceitos de sua fé católica, em uma suposta destinação do homem à mulher[5] (presente, por exemplo, no mito de Adão e Eva), tornando reprováveis todas as outras expressões da sexualidade que não se destinem à reprodução. Nessa perspectiva, conforme aponta Ceccarelli (2013):

> Ao sustentar a existência de uma 'sexualidade natural' no ser humano, o imaginário judaico-cristão dominante no Ocidente cristalizou e isolou as expressões da sexualidade, como se tais manifestações possuíssem realidades concretas. (CECCARELLI, 2013, p. 153)

---

[4] A "renúncia" de Gregório poderia ser, aqui, articulada a tal impossibilidade, uma vez observado o fato de que a renúncia por ele proclamada diz respeito, na verdade, ao sexo (o ato sexual).
[5] Discurso do imaginário.

7.4 PROCESSO ANALÍTICO

No que concerne ao processo analítico de Gregório, pode-se dizer que sua entrada em análise não ocorreu devido ao fato de o analisando não ter propriamente tomado seu sintoma enquanto enigma, endereçando-o a mim enquanto analista, mas sim permanecido no nível factual e intelectual de seu discurso (nível do imaginário), evadindo-se de investigações mais profundas. Durante várias sessões, principalmente nos primeiros minutos, Gregório apresentou dificuldades em associar livremente, afirmando não ter nada que lhe viesse à mente para falar naquele momento.

Apresentando uma constante tendência de argumentação lógica e racionalização em sua fala, o analisando também demonstrou certa dificuldade em falar de forma mais pessoalizada, muitas vezes construindo seu discurso de forma generalizada, focando mais em sua opinião objetiva sobre eventos e circunstâncias externas (como notícias da mídia, por exemplo), do que em seus pensamentos ou nos significados pessoais que atribui a tais eventos. Mesmo quando convocado a falar mais a partir de sua perspectiva pessoal, ao invés de sob a ótica geral de sua religião, por exemplo, seu discurso permanecia consideravelmente difuso, marcado por um certo grau de impessoalidade[6].

Dessa forma, em decorrência de várias questões que não podem ser claramente definidas, e que devem ser levadas em consideração em seu conjunto pensando na influência que podem ter no decurso do processo analítico, tais como a resistência do analisante, especificidades da relação transferencial (discutidas no próximo subitem) e a ausência de elaboração de uma demanda analítica, as sessões de Gregório permaneceram no âmbito das entrevistas preliminares.

7.5 CONDUÇÃO ANALÍTICA

Sobre a relação transferencial, pode-se dizer que desde as primeiras sessões o paciente apresentou-se bastante falante e extrovertido, relatando refletir sobre nossos encontros durante a semana e conseguindo trazer seus conteúdos de forma espontânea apesar de algumas dificuldades pontuais, em algumas sessões, de associar livremente (em uma delas, chegou a afirmar que havia comparecido apenas para “cumprir o horário”). Em várias circunstâncias, Gregório demonstrou-se inclusive sorridente durante a elaboração de seu discurso, mesmo quando os conteúdos que

[6] Em vários momentos das sessões Gregório apresentava a tendência, por exemplo, de falar na primeira pessoa do plural (nós), referindo-se à humanidade como um todo.

expunha aparentemente não condiziam com tal expressão afetiva[7], como se de alguma forma intencionasse obter minha simpatia ou concordância em relação ao que falava. Além disso, sua relativa assiduidade às sessões também pôde indicar que o estabelecimento da relação de transferência ocorreu de forma particularmente forte, uma vez que Gregório faltou poucas vezes sem justificativa prévia ou posterior, mantendo contato telefônico com a recepção do serviço nas ocasiões em que não poderia ir ou até mesmo procurando-me pessoalmente antes do horário de seu atendimento apenas para informar a impossibilidade de comparecer à sessão daquele dia.

Em relação à posição do analisante na transferência, entretanto, conforme já pontuado, é possível afirmar que Gregório não chegou a implicar-me em seu sintoma, colocando-me no lugar de sujeito suposto saber, em decorrência de o mesmo não ter elaborado uma demanda de análise propriamente dita, ou seja, pensado seu sintoma como indicativo de questões mais profundas sobre si mesmo. Contrariamente a essa condição imprescindível para o estabelecimento do dispositivo analítico, Gregório chegou a afirmar, em uma das sessões, quando interpelado sobre seu investimento no processo de análise a partir de sua queixa inicial, que estaria de certa forma me auxiliando, enquanto "estudioso da mente humana"[8], com a exposição de seu discurso.

A posição inversa (meu lugar na relação transferencial enquanto analista), por sua vez, caracterizou-se pela abertura a uma escuta sem julgamentos e pela tentativa de melhor elaboração e desdobramento de sua queixa e de seu discurso, com vistas à elaboração de uma possível demanda de análise que não chegou a ser propriamente delineada. Nesse sentido, procurei não me ater a partes específicas das falas de Gregório, mantendo-me atento a tudo que pudesse emergir de seu discurso (princípio da atenção flutuante) e pontuando e intervindo no sentido de fazer o analisante voltar suas reflexões e questionamentos em direção a si mesmo, com o intuito de fazê-lo defrontar-se com seu sintoma enquanto decorrente de sua própria constituição subjetiva.

7.6 IMPASSES, DIFICULDADES, POSSIBILIDADES E AVANÇOS DO PROCESSO ANALÍTICO

[7] Em uma das sessões, por exemplo, Gregório sorria toda vez que falava a palavra "homossexual" ou se referia, em seu discurso, a relações homossexuais.

[8] Ao invés de colocar-me no lugar de sujeito suposto saber, Gregório colocou-se no lugar de "sujeito suposto aprender", possivelmente em razão de saber de antemão, ao adentrar o serviço-escola, que aquele era um lugar de formação profissional para estudantes do último ano de psicologia da instituição. Eis aí, então, mais um fator potencialmente problematizador do exercício da clínica psicanalítica no contexto de serviço-escola e que pode incorrer nas vias de formação da relação transferencial.

Ao longo das sessões, o discurso de Gregório afastou-se de sua queixa inicial e passou a se concentrar em outros assuntos mais gerais e menos pessoais que dificultaram a condução do processo analítico, porém pôde ser verificada uma mudança diante da mesma (retificação subjetiva) quando o analisante disse, em uma das últimas sessões, não ter mais sentido os sintomas de ansiedade que o levaram a procurar ajuda psicológica. Tal mudança, entretanto, não pode ser pensada como consequência de uma suposta entrada em análise pelos motivos já expostos nos itens anteriores.

Já em relação à hipótese de estrutura neurótica proposta inicialmente, esta foi mantida ao longo das sessões com base não apenas na relativa manutenção do posicionamento subjetivo de Gregório diante de seu discurso e de sua queixa, mas também na discussão coletiva do caso nas supervisões acadêmicas e nas leituras teóricas propostas a partir das especificidades do mesmo.

Enfim, o caso de Gregório, embora passível de um maior desdobramento não possibilitado por vários fatores tais como o tempo limitado das sessões, a interrupção do processo durante o mês de recesso acadêmico e a extensão do atendimento condicionada ao período máximo de um ano (sem contar os meses de recesso), possibilitou vislumbrar a condução de um processo analítico e todas as variáveis envolvidos no mesmo. Além disso, pensando o caso específico de Gregório e seu sintoma relacionado à ambivalência que vivencia em relação à sua própria sexualidade, foi possível refletir a respeito da ética psicanalítica da diferença no que concerne à questão das homossexualidades, inaugurada pioneiramente por Freud em meio ao preconceito que ainda hoje ronda tal temática, e muito antes da organização dos movimentos sociais identitários contemporâneos. Sobre tal ética, e pensando ainda a partir do caso de Gregório, que escolheu fazer da renúncia sexual a sua liberdade, é pertinente destacar o que o próprio Freud diz em seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*:

> O psicanalista não é reformador, mas observador. E, justamente por isto, ele está habituado a emitir pareceres isentos de preconceitos, tanto sobre assuntos sexuais como sobre outros assuntos, e se, havendo-se tornado independentes após completado o tratamento, os pacientes, mediante seu próprio julgamento, decidem por alguma posição intermediária entre viver uma vida livre e uma vida de absoluto ascetismo, sentimos nossa consciência tranquila, seja qual for sua escolha. (FREUD, 1905/1996, p. 507)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIANCO, Anna Carolina Lo. Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 8, n. 2, p. 115-123, dez. 2003.

DOESCHER, Andréa Marques Leão; HENRIQUES, Wilma Magaldi. Plantão psicológico: um encontro com o outro na urgência. **Psicol. estud**. [online]. 2012, vol.17, n.4, pp.717-723.

ELIA, L. **Corpo e sexualidade em Freud e Lacan.** Rio de Janeiro: Uapê, 1995.

FREUD, S. Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud** (J. Salomão, trad., vol. 11, pp. 73-142). Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho original publicado em 1910)

FREUD, S. Totem e tabu – alguns pontos de concordância entre a vida mental dos selvagens e dos neuróticos. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud** (J. Salomão, trad., vol. 13, pp. 17- 192). Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho original publicado em 1913)

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em 1905)

FREUD, S. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, pp. 161-187 (Edição Standard Brasileira, vol. XII). (Trabalho original publicado em 1913)

GASPAR, Taís Ribeiro. O sentimento de culpa e a ética em psicanálise. **Psyche (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 20, p. 47-65, jun. 2007.

GELLIS, André; HAMUD, Maria Isabel Lima. Sentimento de culpa na obra freudiana: universal e inconsciente. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 635-654, set. 2011.

HONDA, Helio. O estatuto conceitual do inconsciente em Freud e algumas de suas implicações para a prática psicanalítica. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 16, n. spe, p. 41-57, abr. 2013.

LO BIANCO, A. C, BASTOS, A. V. B., NUNES, M. L. T., SILVA, R. C. da. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: ACHAR, R. (org.). **Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

MAURANO, D. **Para que serve a psicanálise?** 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho e NEVES, Edwiges de Oliveira. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicol. ciênc. prof.** [online]. 2007, vol. 27, n.4, pp. 608-621.

NASIO, Juan-David. **O prazer de ler Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

CECCARELLI, P. R. A invenção da homossexualidade. In: QUINET, A. e JORGE, M. A. C. (orgs.) **As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização**. São Paulo, Segmento Farma, 2013.

ROCHA, Zeferino. A experiência psicanalítica: seus desafios e vicissitudes, hoje e amanhã. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 101-116, jun. 2008.

TEIXEIRA, Rita Petrarca. Repensando a psicologia clínica. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, n. 12-13, p. 51-62, ago. 1997.

VORSATZ, Ingrid. O sujeito da psicanálise e o sujeito da ciência: Descartes, Freud e Lacan. **Psicol. clín.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 249-273, 2015.