

Psicanálise aplicada à terapêutica em clínicas universitárias e a experiência do Centro Psicanalítico de Consulta e Tratamento de Minas Gerais

Psychoanalysis applied to University clinic's treatment and the Psychoanalytic Center of Consultation and Treatment of Minas Gerais' experience

Psicoanálisis aplicado a la terapéutica en clínicas universitarias y la experiencia del Centro de Consulta y Tratamiento de Minas Gerais

*Lúcia Grossi dos Santos**

*Ilka Franco Ferrari***

Resumo

O artigo foi produzido com base na pesquisa de pós-doutorado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, no ano de 2014, sobre a psicanálise aplicada no contexto das clínicas universitárias. Dedicou-se fundamentalmente ao material recolhido em entrevistas com alguns supervisores em clínica psicanalítica de duas clínicas universitárias da cidade de Belo Horizonte: PUC Minas e Fumec. As perguntas giraram em torno da especificidade da clínica psicanalítica na universidade, sobretudo acerca de questões como tempo e dinheiro. Alguns dos professores entrevistados participaram, como psicanalistas, da experiência do Centro Psicanalítico de Consulta e Tratamento da Escola Brasileira de Psicanálise de Minas Gerais (CPCT-MG), que oferecia tratamento psicanalítico gratuito com tempo determinado. Buscou-se saber, portanto, se essa experiência contribuiu, de algum modo, para a formação desses profissionais como psicanalistas e supervisores.

Palavras-chave: Psicanálise aplicada. Clínica. Universidade. CPCT.

Abstract

This paper is part of a postdoctoral research conducted in the Psychology Postgraduate Program of Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (Brazil) in 2014, concerning psychoanalysis application in University clinics. We concentrate on the material collected in interviews with psychoanalytic clinics' supervisors in two university clinics located in Belo Horizonte: PUC

Texto submetido em junho de 2015 e aceito em março de 2016.

* Professora titular do Curso de Psicologia da Fumec, analista praticante da Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais e da Associação Mundial de Psicanálise, Paris. Endereço: Rua do Mosteiro, 105, ap. 401 - Vila Paris, Belo Horizonte-MG, Brasil. CEP: 30380-780. *E-mail:* luciagsantos60@gmail.com.

** Professora nos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da PUC Minas, membro da Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais e da Associação Mundial de Psicanálise, Paris. Endereço: Rua Professor José Renault, 526 - São Bento, Belo Horizonte-MG, Brasil. CEP: 30350-342. *E-mail:* francoferrari@terra.com.br.

Minas and Fumec. The questions revolved around the psychoanalytic clinical specificity at the university regarding, especially, matters such as time and money. Some of the interviewed teachers participated, as psychoanalysts, in the CPCT's (Psychoanalytic Center of Consultation and Treatment) experience, which offered free treatment for a fixed period. Therefore, we wonder if this experience has contributed in any way to these professional's formation as psychoanalysts and supervisors.

Keywords: Psychoanalysis application. Clinics. University. CPCT.

Resumen

El artículo surge a partir de una investigación de Postdoctorado, desarrollada en el Programa de Postgrado en Psicología de la Universidad Pontificia Católica de Minas Gerais, en el año 2014, acerca del psicoanálisis aplicado en el contexto de las clínicas universitarias. Se dedica, fundamentalmente, al material recogido en entrevistas con algunos supervisores en clínica psicoanalítica de dos clínicas universitarias de la ciudad de Belo Horizonte: PUC Minas y Fumec. Las preguntas giraron en torno a la especificidad de la clínica psicoanalítica en la universidad, sobre todo acerca de cuestiones como tiempo y dinero. Algunos de los profesores entrevistados participaron, como psicoanalistas, de la experiencia del Centro Psicoanalítico de Consulta y Tratamiento de la Escuela Brasileña de Psicoanálisis de Minas Gerais (CPCT-MG), que ofrecía tratamiento psicoanalítico gratuito durante un tiempo determinado. El objetivo era saber, por lo tanto, si esta experiencia contribuyó de alguna manera para la formación de estos profesionales, como psicoanalistas y supervisores.

Palabras clave: Psicoanálisis aplicado. Clínica. Universidad. CPCT.

Em 1918, no Congresso da Associação Internacional de Psicanálise (IPA), Freud apresentou um texto com uma direção claramente política. Em nome do progresso da terapia analítica, ele propôs a ampliação da psicanálise para serviços públicos, pois, afinal, “a neurose pode ser tão incapacitante quanto uma tuberculose” (Freud, 1919a/1996, p. 210).¹ Vislumbrou então a criação de instituições de formação para os analistas e atendimento gratuito à população, mesmo que não sustentadas pelo Poder Público. Em 1920, abriu-se a Policlínica Psicoanalítica de Berlim e, pouco tempo depois, a Tavistock Clinic, em Londres. Nesse mesmo período, Freud (1919b) escreveu um pequeno texto intitulado “*Sobre o ensino da psicanálise nas universidades*”. Em linhas gerais, ele

¹ A primeira data indica o ano de publicação original da obra, e a segunda indica a edição consultada pelo autor, a qual somente será pontuada na primeira citação da obra no texto. Nas seguintes, será registrada apenas a data de publicação original.

argumentava que a universidade poderia se beneficiar do conhecimento que lhe trazia a psicanálise, além de uma teoria sobre o funcionamento psíquico, ela também se interessava pela cultura, a arte, a religião. No entanto, para Freud, a dimensão prática era essencial. O aluno poderia aprender algo sobre psicanálise, “mas o importante é que ele aprenda a partir da psicanálise” (Freud, 1919b, p. 220). Assim como o cirurgião, o analista precisaria da prática.

Freud desejava a expansão da Psicanálise, mas não sem seu instrumento de base, o real da clínica, aquilo que descompleta o saber estabelecido e impulsiona novas elaborações teóricas. Lacan, com seu famoso movimento de retorno a Freud, empreendeu uma discussão dos fundamentos da prática analítica e de seu corpus conceitual. Sabemos que algumas mudanças técnicas introduzidas por Lacan em sua prática resultaram na sua expulsão da Associação Internacional de Psicanálise (IPA), o que o fez denunciar a burocratização da psicanálise pela IPA e propor uma nova forma de instituição em 1964 (Roudinesco & Plon, 1997, p. 597). No fim da década de 1960, a psicanálise entrou de forma triunfante na universidade francesa, com Lacan na direção do Departamento de Psicanálise na Universidade de Paris VIII, fundado por Serge Leclaire, em 1969 (Roudinesco & Plon, 1997, p. 598).

Num breve texto publicado em 1978, Lacan (2010) nos fala dos avanços produzidos por esse Departamento: a revista *Ornicar?*, uma pós-graduação e uma seção clínica no Hospital Henri-Rousselle para orientar jovens psiquiatras (p. 32). Essa seção clínica seria então a única presença efetiva da clínica, mas acontecendo fora da Universidade. Na França, os departamentos de Psicanálise são independentes da Psicologia, mas curiosamente não mantêm uma clínica-escola: os estudantes não praticam a clínica, e os professores não supervisionam.

Nesse sentido, podemos considerar que, no Brasil, mesmo que a psicanálise esteja atrelada ao curso de Psicologia na graduação, somente encontrando sua autonomia na pós-graduação, existem as clínicas universitárias e, portanto, a oportunidade de se aprender a partir da psicanálise. O encontro de um sujeito em sofrimento psíquico (paciente) com uma escuta orientada pela psicanálise (aluno + supervisor) pode, sim, produzir efeitos terapêuticos que incluam uma dose de responsabilização pelo gozo.

Na condição de psicanalistas e professoras universitárias, interessamo-nos por uma experiência de clínica ambulatorial sustentada pela Escola Brasileira de Psicanálise de Minas Gerais (EBP-MG), afiliada à AMP, entre 2007 e 2010, que propunha tratamento gratuito com tempo determinado de 16 sessões, podendo ser renovadas por mais, no máximo, outras 16. Alguns dos membros da EBP-MG trabalharam no CPCT-MG, atendendo pacientes nesse tipo de enquadramento

temporal e eram, ao mesmo tempo, supervisores de clínicas universitárias em Belo Horizonte. Tal situação fez surgir o interesse em investigar se os efeitos dessa experiência de formação repercutiram no trabalho de supervisão clínica, desenvolvido com os alunos. Esse interesse resultou em projeto de pós-doutorado no Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Minas, com pesquisa intitulada *Psicanálise aplicada à terapêutica: a experiência do CPCT-MG e suas ressonâncias no contexto das clínicas universitárias da PUC Minas e da Fumec*, apoiada pela Capes. Além de um trabalho de reconstrução histórica da psicanálise aplicada, houve um momento de entrevistas com os professores.

Breve histórico do CPCT: uma nova experiência de aplicação da psicanálise

No início dos anos 2000, numa grande avaliação das psicoterapias na França, a psicanálise foi considerada cara, longa e ineficaz por parte dos *experts*. A valorização da psicanálise aplicada à terapêutica passou a ser, então, o principal interesse de Jacques-Alain Miller, genro de Lacan, que assumiu a divulgação da obra, mas também a direção do Departamento de Psicanálise em Paris VIII e se dedicou à expansão da psicanálise lacaniana. Dez anos depois da morte de Lacan, em 1992, Miller fundou a Associação Mundial de Psicanálise, AMP, uma instituição de orientação lacaniana que se tornou a segunda associação mundial, desde a fundação da IPA por Freud, em 1910.

Foi um momento em que se enfatizou o trabalho dos psicanalistas nas instituições. Miller propôs que o analista, onde ele estivesse, funcionasse como um “provedor”, aquele que conectaria o sujeito a seu inconsciente. O analista, apoiado na transferência, por meio de suas intervenções, facilitaria o surgimento de um novo arranjo sintomático (Miller, 2008a, p. 9).

A valorização da psicanálise aplicada culminou na criação, em março de 2003, do CPCT de Paris, que se define como uma instituição que oferece tratamento gratuito, mas com tempo delimitado (entre 16 e 32 sessões).

A proposta do CPCT estava enraizada nas diversas conversações clínicas realizadas pela ECF, a exemplo daquelas ocorridas nas cidades de Angers e Arcachon, iniciadas na França, em 1996, e que apontavam para uma nova clínica, necessária às novas formas de sintoma que correspondem à subjetividade contemporânea. Estas conversações, publicadas separadamente na França, seriam reunidas e publicadas no Brasil num único volume, sob o título *A psicose ordinária*, em 2012.

O conceito de psicose ordinária foi uma das elaborações introduzidas por Miller, para se pensarem os casos em que o sujeito apresentava uma precariedade simbólica sem, no entanto, produzir sintomas característicos de uma psicose desencadeada. Tais psicoses podem estar encobertas por sintomas como toxicomania, anorexia, bulimia, fibromialgia e marcas no corpo, que aparecem também na neurose. Nesse sentido, Cottet (2007) nos esclarece a função do CPCT na contemporaneidade, no tempo do declínio do simbólico:

O CPCT foi concebido como um laboratório experimental sem equivalente na Escola. Tratava-se de pôr à prova da prática uma suposta afinidade entre sintomas da modernidade e o último Lacan. [...] captou-se a oportunidade para a psicanálise se inscrever no campo social, demonstrar sua atenção às derivas da desinserção. [...] A aplicação dos conceitos do último Lacan à psicose ordinária obrigava a pensar a clínica pragmática, a das suplências, mais do que a da interpretação (Cottet, 2007, p. 74-75).

O CPCT apareceu como um laboratório para pensar o analista diante desse cenário. Era preciso, então, desmontar o *standard* psicanalítico. Miller chegou a falar de um novo paradigma que se impunha ao psicanalista do século XXI. Os efeitos psicanalíticos não resultariam apenas do enquadre, mas do discurso, quer dizer, da instalação de coordenadas simbólicas por alguém, que era analista, e cuja qualidade profissional não dependeria do terreno do consultório privado, nem da natureza da clientela, mas, sim, da experiência em que ele se engajou (Miller, 2008b, p. 186-187). Podemos dizer que, mesmo no consultório privado, a maioria dos tratamentos visam a efeitos terapêuticos e não à formação de um analista, ou seja, uma psicanálise pura.

A proposta dos centros de atendimento, dentro da AMP, era ampliar o lugar da psicanálise na cidade, oferecendo consulta e tratamento à população e, ao mesmo tempo, constituindo um espaço de formação e pesquisa. Ao fixar o término do tratamento, de antemão, considerar-se-ia a produção de efeitos na relação do paciente com a palavra e o gozo: um efeito de urgência, de antecipação, de necessidade de encontrar uma solução em curto prazo. O sujeito encontraria, rapidamente, um significante que lhe serviria como ponto de basta para circunscrever o gozo.

O tratamento no CPCT não é uma psicoterapia breve, é um tratamento analítico que vislumbra a produção de um ciclo, tal como o definiu Miller (2008) na conversação de Barcelona. Ele comentou os cinco casos discutidos naquela ocasião, sob esta perspectiva: um ciclo supõe a abertura e o fechamento, durante o tratamento, de uma questão subjetiva. Isso não significa que não existam outras

questões passíveis de serem tratadas. Assim, um tratamento de curta duração deve circunscrever um problema a ser tratado. Freud nos legou um exemplo de tratamento que se resume a um único encontro onde foi possível elucidar o sintoma e produzir um alívio psíquico: o caso Katarina (Freud, 1895/1996).

Segundo Hugo Freda (2004), responsável pela fundação do CPCT Paris, as regras do CPCT incidem sobretudo nos analistas, pois, nesse modelo de atendimento, eles estão despossuídos do dinheiro, em razão da gratuidade do tratamento, mas também do tempo da transferência. Todos aqueles que trabalharam no CPCT sofreram, em sua formação, os efeitos dessa pressão temporal.

Um ponto que nos parece original na proposta do CPCT diz respeito à forma como os sujeitos com demanda de tratamento são recebidos. As pessoas ligam e são recebidas pelos analistas da equipe de consulta, composta por analistas mais experientes que decidem se o caso pode ou não ser tratado ali. Em caso de aceitação da demanda, eles as encaminham para um analista da equipe de tratamento. Ou seja, pelo menos dois analistas estarão ligados ao caso e pode haver, ainda, um terceiro analista, se existir demanda de supervisão a alguém do corpo clínico da instituição. Além disso, é preciso observar que o CPCT não produz lista de espera, pois recebe pacientes na medida da disponibilidade dos analistas da equipe de tratamento.

Em novembro de 2008, houve uma crise no CPCT de Paris, que repercutiu nos vários Centros das Escolas da AMP. Essa crise está documentada no número 61 da *Revista Correio*. Em dezembro de 2010, a Seção Minas decidiu fechar seu CPCT.

Independentemente das crises institucionais, a existência do CPCT-MG deixou marcas na formação dos analistas que participaram desse projeto de expansão da utilidade social da psicanálise.

Descrição da pesquisa

A proposta de tempo limitado e gratuidade, própria do CPCT, de algum modo, aproxima-o das experiências das clínicas universitárias, não apenas no que concerne ao tipo de população atendida, mas também nas condições de funcionamento.

As clínicas universitárias constituem um espaço privilegiado de formação, e também de extensão, ou seja, de prestação de serviços à comunidade. Trata-se de um espaço de abertura pelo qual o que está fora entra e o que está dentro sai, não em movimento estanque, mas numa circulação. O aluno, apoiado

pela supervisão e pelas disciplinas do curso, começa a frequentar um espaço de profissionalização. A população tem a possibilidade de se beneficiar com um atendimento que está amparado pela orientação de um professor universitário com formação clínica.

Alguns pesquisadores (Amaral et al., 2012) apontam, nesse tipo de clínica, o problema da rotatividade de terapeutas e pacientes. Não nos parece que a rotatividade seja um problema, mas uma característica da clínica-escola, na qual se espera encontrar certa rotatividade tanto dos estudantes quanto dos pacientes. O estágio é, por definição, um trabalho provisório que exige conhecimentos básicos de psicopatologia e diagnóstico, mas também da base epistemológica dos eixos definidos pelo projeto político-pedagógico do curso.

Nas duas clínicas pesquisadas, PUC Minas e Fumec, encontraram-se dois modelos diferentes de funcionamento, ainda que tenham alguns elementos em comum: são universidades privadas e reúnem, no espaço da clínica, várias abordagens teóricas diferentes, ali representadas pela formação dos próprios supervisores.

Sabemos que o espaço clínico da Fumec passou por uma reestruturação descrita num texto publicado pelo professor Sérgio Laia, relator do projeto e atual coordenador do Serviço de Psicologia. No momento inicial desse processo de reestruturação, em 2002, a clínica dispunha de 11 supervisores com as seguintes formações clínicas: Análise Existencial, *Gestalt*, Psicanálise, Psicologia Humanista e Terapia Comportamental. Em 2003, implantou-se um sistema único de registro para todas as abordagens.

Esta unificação não elimina as características particulares de cada abordagem, nem mesmo o estilo narrativo do estagiário, mas provoca uma disciplina do registro que além de facilitar a constituição de um banco de dados, inicia o aluno na prática de preenchimento de prontuários sempre exigidos em instituições de saúde. Esses procedimentos facilitaram em muito também o treinamento dos alunos que se matriculavam no estágio em clínica (Laia, 2009, p. 150).

Atualmente a clínica da Fumec encolheu, se comparada ao volume de atendimentos de 2003, pois tem apenas oito supervisores e os alunos somente podem atender a partir do nono período.

A Clínica da PUC Minas completou 25 anos de funcionamento em 2014 e tem uma ampla estrutura física. Os estudantes começam a atender individualmente no sétimo período, o que significa que eles podem atender o

mesmo paciente por até dois anos. A clínica conta, hoje, com 27 supervisores. O grupo de supervisores divide-se em quatro eixos epistemológicos: Sistêmica, Fenomenologia, Psicanálise e Cognitivo-Comportamental. Cada supervisor, no entanto, tem um projeto de estágio distinto.

Em 2014, foram atendidos 452 pacientes na PUC Minas, um volume de atendimentos bem maior que o da Fumec, onde aconteceu cerca de 178 atendimentos.

Os grupos de supervisão, na PUC Minas, têm diferenças entre si em relação ao tempo e ao número de alunos. O projeto do sexto período tem um limite de 12 alunos e três horas-aula (150 minutos) de tempo de discussão. Nos sétimo e oitavo períodos, comportam dez alunos, com o mesmo tempo; enquanto, nos nono e décimo períodos, os grupos são compostos por três alunos, e o tempo de supervisão é de 50 minutos. Na Fumec, os supervisores têm grupos de até 12 alunos e duas horas-aula (100 minutos) para trabalhar os casos. Nas duas clínicas, o aluno poderá levar seu paciente do psicodiagnóstico para a psicoterapia, por exemplo, mas isso implica, evidentemente, mudança de supervisor.

Dados da pesquisa

Para responder à questão sobre a possível ressonância do CPCT-MG no trabalho dos supervisores em psicanálise, na Clínica da PUC Minas e no Serviço de Psicologia da Fumec, endereçamos algumas perguntas a 9 professores psicanalistas, 4 da PUC e 5 da Fumec, que eram supervisores no momento da existência do CPCT-MG. Entre eles, 3 são membros da EBP-MG e trabalharam no CPCT-MG, 2 da PUC e 1 da Fumec.

As duas primeiras questões a eles endereçadas buscavam informações sobre a diferença entre a clínica psicanalítica particular e a clínica universitária de orientação psicanalítica, e quais as maiores dificuldades enfrentadas por esta última. Um supervisor destacou que a clínica-escola se diferencia da clínica privada *“por ser um projeto coletivo, estando mais preocupado em criar uma sensibilidade clínica para a escuta do que uma psicanálise ou uma psicoterapia em Gestalt”*. Outro supervisor ressaltou que a clínica universitária é *“uma clínica social”*.

A clínica psicanalítica na universidade se faz com base em coordenadas institucionais, ou seja, entre terapeuta e paciente existe a instituição. Podemos dizer que o paciente é da instituição, e o supervisor tem uma responsabilidade institucional com o caso, o que não acontece na clínica privada.

As argumentações utilizadas nas respostas favorecem dizer que a maior parte dos professores respondeu sobre a diferença, numa lógica do déficit, ou seja, considerando o que a clínica universitária não tem, comparada ao consultório particular. E esse déficit foi localizado, conforme se observa a seguir.

1) Do lado dos alunos:

Nesse caso, aparece a formação precária e a falta de compromisso dos alunos. O aluno pode estar ali apenas cumprindo uma exigência curricular, sem desejo e mesmo sem transferência com o supervisor, e isso tenderia a transformar o paciente numa “cobaia”, num objeto útil para a aprendizagem. Para alguns supervisores, os alunos têm diferentes níveis de familiaridade teórica e compromisso ético. Todos os entrevistados salientaram que a maioria dos alunos não tem experiência alguma como analisantes nem fazem alguma psicoterapia.

A maioria dos supervisores foi unânime em apontar o despreparo do aluno para o atendimento, mas alguns reconheceram que é no próprio andamento do trabalho que o aluno se dá conta da dimensão clínica, da escuta. Só então reconhecem a necessidade de uma formação que passe pelo seu próprio tratamento, como se pode observar na fala a seguir:

Os alunos começam a se sensibilizar para os problemas clínicos depois de iniciarem os atendimentos, e só aí vão desejar se tratar e investir na formação. A prática clínica pode ter um efeito subjetivo no aluno que o instiga, produz enigma. Para a população atendida, só a existência da escuta já opera uma diferença.

2) Do lado da instituição:

O aluno não tem, muitas vezes, a possibilidade de escolher um supervisor orientado pela transferência, pois o número de vagas é limitado para cada supervisor. E como há diferentes tipos de oferta de psicoterapia, devido à pluralidade do campo da Psicologia, alguns “*alunos querem experimentar várias abordagens para depois se decidir. Isso complica muito, pois eles acabam misturando os métodos*”.

Um dos entrevistados situou esse déficit, localizado no funcionamento institucional, diretamente no manejo do tempo, ou seja, que o tempo limitado é problemático: “*Na clínica particular, não há tempo delimitado*”. O calendário escolar, com suas interrupções de férias, feriados, seria um limitador para o

tratamento, segundo a maioria dos supervisores. Os supervisores da Fumec se queixaram do grande volume de alunos e, conseqüentemente, de casos para serem trabalhados em supervisão.

Um dos supervisores lembrou os limites da formação universitária, no que concerne à psicanálise: *“Há um hiato entre a formação universitária e a formação psicanalítica. Os cursos de especialização universitários também não chegam a cobrir esse hiato e fornecem títulos duvidosos sobre a clínica”*.

3) Do lado do paciente:

Para grande parte dos supervisores, a transferência em jogo, nesses tratamentos, seria com o saber universitário. O cidadão se propõe a estar ali como objeto de saber e de cuidados, e há dificuldades para que ele entre numa posição de sujeito. A fala de um dos entrevistados ilustra o que se afirma: *“A transferência é estabelecida com a instituição e não com o aluno, ou fica mal estabelecida”*.

No caso da PUC Minas, a maior parte dos supervisores ressaltou que a dificuldade de o paciente se colocar numa posição mais ativa, no trabalho terapêutico, não esperando que tudo venha do outro, agrava-se realmente em razão de ser uma universidade católica, o que introduz a dimensão da caridade. Esse foi um fator considerado, inclusive, para justificar o fato de que nessa instituição haja o pagamento dos atendimentos.

Os pacientes dizem que vão para a PUC porque não podem pagar nada. Houve um movimento dos supervisores para que houvesse pagamento e temos pagamento. Paga-se, no máximo, 15 reais e, no mínimo, 5. Pode-se pagar 5, 10 ou 15 reais por semana ou por mês.

Para os supervisores da PUC Minas, uma das hipóteses da infinitização do tratamento é a gratuidade.

A terceira questão perguntava se o supervisor conheceu a experiência do CPCT-MG, se teria alguma opinião sobre ela e, no caso de tê-la conhecido, se ela influenciou de algum modo seu trabalho como supervisor.

Os três supervisores que atenderam no CPCT-MG admitem que essa experiência não somente modificou efetivamente sua prática como supervisor, mas também a prática no consultório. Um deles afirma:

Conheci a experiência e participei das equipes de consulta e tratamento. Com isso aprendi muito dos princípios que orientam o manejo da psicanálise aplicada à terapêutica. Muitos sujeitos, hoje, têm demandado tratamentos mais pontuais, de curta duração. Nesse sentido, foi bom para a prática de supervisor, assim como para a prática de analista no consultório particular. Isso me preparou para as demandas diversificadas do sujeito contemporâneo e a localização mais rápida de modalidades de gozo. Nas supervisões coletivas dos casos, podíamos avançar bastante na construção do caso, pois tínhamos um grupo de analistas supervisores bastante experiente. O sujeito contemporâneo não vem muitas vezes movido pelo desejo de saber, ele tem um problema e busca uma resposta.

Outro supervisor também testemunha a incidência da experiência no CPCT-MG na sua formação como analista e supervisor:

O que havia de mais interessante era o envolvimento dos analistas, a discussão coletiva da clínica. Nunca se teve tanto envolvimento com a clínica. A experiência me serviu muito como supervisor na universidade, houve um antes e depois do CPCT, sobretudo no que concerne a questões como situar o problema real, e também a ideia de ciclos de tratamento. De fato, foi uma experiência ímpar como supervisor e como analista. Foi possível entender melhor o que é preliminar a um tratamento, o que é uma boa consulta. Tornei-me mais operativo no sentido de saber localizar um problema.

Entre os seis supervisores que não participaram da experiência do CPCT-MG, um deles é membro da EBP-MG e teve contato com as discussões que aconteciam, na instituição, em torno dessa nova experiência de clínica psicanalítica. Ele afirma:

Esta experiência teve influência no meu trabalho como coordenadora da Clínica da PUC. Criei um projeto de intervenções clínicas nos sintomas contemporâneos. Quanto à questão do tempo limitado de tratamento, não consegui limitar o tratamento a um semestre, os estagiários são mais precários. Os tratamentos normalmente duravam um ano. Não vejo o tempo de tratamento como um problema grave na clínica universitária. Acho que tem questões mais graves como o acolhimento e o projeto terapêutico. O paciente pode permanecer muito tempo na clínica circulando de um projeto para o outro.

O conhecimento de que a mudança de projeto, na clínica da PUC Minas, significa mudar de supervisor favorece a compreensão de sua fala: um paciente pode passar do psicodiagnóstico para a psicoterapia psicanalítica, depois para a psicopedagogia.

Um dos supervisores que ouviram falar da experiência nos diz, respondendo à pergunta se ela teve alguma influência sobre seu trabalho como professor e supervisor: *“Sim, significou a diminuição da distância entre ‘psicanálise pura’ e ‘psicanálise aplicada’, dando a esta última dignidade clínica e ética, pois, às vezes, era colocada como ‘meia’ ou quase ‘não’ psicanálise”*.

Outro supervisor, que só ouviu falar da experiência, disse-nos que pensou tratar-se de algo do tipo psicoterapia breve. Os outros três supervisores não ouviram falar ou não se interessaram em saber mais sobre tal experiência.

Quanto à questão do tempo de tratamento na clínica-escola, um dos supervisores assinalou o fato de que um semestre letivo acabava se reduzindo a três meses de tratamento. Afirmou que tentava estimular o atendimento do caso por mais tempo, por mais um semestre.

Por outro lado, esse mesmo supervisor nos alerta para o problema da infinitização do tempo de tratamento na clínica universitária da PUC Minas: *“Acho preocupante os casos que ficam na clínica 6, 7 anos. Às vezes, casos de neurose, casos de crianças que se tornam adolescentes e ficam lá, passando de estagiário para estagiário”*.

Esse mesmo supervisor inseriu, no seu comentário sobre a duração do tratamento na clínica-escola, a questão da continuidade do tratamento no consultório, quando o aluno está se formando. Afirmou que, mesmo o paciente dizendo que quer continuar o tratamento, acabava não indo para o consultório particular e voltando para a clínica universitária. Por outro lado, comentou uma mudança no perfil dos alunos hoje, dizendo: *“Menos de 50% desejam trabalhar num consultório. Antes, esse número era de 80%”*.

A estratégia da clínica da PUC Minas, no caso do retorno de pacientes já atendidos, é o de encaminhar o caso para o último supervisor que o acompanhou.

Um dos supervisores deixou claro que orientava sua supervisão pela psicanálise pura, ou seja, pelo tratamento em longo prazo. Nesse sentido, esperava que os alunos continuassem o atendimento depois de formados. Para ele, a longa duração de um tratamento, iniciado na clínica universitária, seria possível quando a transferência se deslocasse da instituição para o aluno. Assim, o paciente acompanhava o aluno que se formava.

Numa outra entrevista, encontramos as seguintes considerações sobre o tempo de tratamento:

O tempo na clínica-escola é cronológico, atravessado pelo calendário escolar. Isso prejudica a clínica, juntamente com o tipo de orientação dado ao aluno, porque passa ao largo do tempo subjetivo. O paciente, às vezes, está em pleno trabalho, e o aluno tem que interromper para as férias de 30 ou 45 dias. Outras vezes, são casos mais graves que não podem esperar e têm que ser encaminhados para a rede pública.

Vimos que, na PUC Minas, os alunos podem ficar com um paciente por até dois anos, mas mudando de supervisor. A fala de um dos supervisores nos chama a atenção para o fato de que a questão do tempo, nesta instituição, permanece aberta: *“O tempo na clínica universitária às vezes é longo demais e, às vezes, é curto demais. Mas a própria clínica na universidade não se coloca a questão do tempo do tratamento”*.

Na clínica da Fumec, depois da reforma curricular, o aluno só entra no estágio em psicoterapia no nono período, portanto ele somente poderá atender durante um ano. Assim, a questão da duração do tratamento já está circunscrita de outro modo, por regras de funcionamento. O aluno atende durante um semestre ou, no máximo, dois.

Em relação à questão do abandono do tratamento, alguns supervisores disseram que ele pode acontecer em qualquer lugar. Um dos supervisores foi mais específico dizendo que o abandono *“deve ser tratado como aspecto da clínica de cada um. O movimento do paciente e a condução do tratamento são colocados em questão. Não localizo uma relação forte entre abandono de tratamento e o fato de ser uma clínica-escola”*.

Outro supervisor nos traz um dado importante: *“Percebi que os abandonos tinham a ver com o final do semestre, e aí viria uma questão: é um abandono ou o final de um ciclo?”*.

O tema do abandono retoma, portanto, a questão do tempo do tratamento: se não há limite de tempo, como pensar o abandono do tratamento? Mesmo na Fumec, onde agora se tem uma limitação institucional do tempo do estágio, não há consenso entre os professores sobre o limite do tempo de tratamento. Alguns supervisores, das duas instituições, acham que a própria estrutura de funcionamento institucional, com suas interrupções, tenciona o tempo. Outros acham que ele devia ser mais bem definido. Não há uma discussão coletiva sobre isso.

As clínicas e a Rede de Saúde Mental

Sobre a relação com a Rede Pública de Saúde Mental, temos uma situação curiosa. A clínica da Fumec está mais próxima do modo de funcionamento de uma instituição pública de saúde mental. Isso é reconhecido pelo próprio

coordenador da clínica, e idealizador do projeto, quando nos diz que o projeto coletivo de funcionamento foi inspirado no modelo do Centro de Referência em Saúde Mental (Cersam). Apesar de estar teoricamente mais afinada com a Rede Pública, no entanto, nenhum dos entrevistados da Fumec mencionou alguma experiência de acordos e trocas institucionais com a Rede. Dos 5 supervisores entrevistados, 3 acreditam que a clínica-escola deveria fazer parte, ou seja, funcionar como um ponto da Rede, e 2 acham necessário apenas manter a relação de encaminhamento e acolhimento.

Na PUC Minas, duas pessoas entrevistadas, que já foram coordenadoras da clínica, relataram um período de intensa troca com a Rede e toda a regional (entre 2004 e 2008), envolvendo inclusive as escolas públicas da Regional Noroeste. Recolhemos de uma delas esta passagem:

Na época em que fui coordenadora, tinha uma proposta de inserir a clínica universitária na Regional Noroeste, uma das maiores de Belo Horizonte, que reúne vários Centros de Saúde, Cersam, Cersami. Houve conversas com a Secretaria de Saúde, os gerentes das unidades. Havia um fluxo de encaminhamento, podíamos contar então com médicos, psiquiatras. Acredito que essa seja uma política interessante para uma clínica universitária. Participávamos de reuniões do Colegiado de Saúde Mental, discutíamos os casos juntos. Havia sessões clínicas da regional das quais participávamos. Constatou-se a precariedade da Rede no campo clínico, sobretudo no tratamento da criança. Houve muito intercâmbio, havia jornadas de apresentação de trabalhos. Esse tipo de trabalho é o único modo de quebrar o discurso universitário e burocrático, colocando em destaque o trabalho clínico.

Essa relação com a Rede, no entanto, interrompeu-se e hoje somente se recorre a ela por problemas de abrigo ou jurídicos. Sobre essa interrupção, há o comentário de outro supervisor: *“A Rede encaminhava para a clínica, mas, na hora de encaminhar para eles, sistematizar, receber e participar do tratamento, não dava certo. Tentamos muito nos inserir nas escolas e Centros de Saúde”*.

Conclusão

Temos hoje, no Brasil, uma grande quantidade de cursos de pós-graduação em psicanálise, mas isto é relativamente recente. Souza (2001) considera que o “Boom da psicanálise na universidade se mostra como um efeito do ensino de Lacan, e também como o desdobramento tardio, aqui no Brasil, do rompimento de Lacan com a IPA, ou de sua excomunicação, se preferirem”.

Na década de 1980, alguém que quisesse aprofundar seus estudos em psicanálise na universidade em Minas Gerais, por exemplo, procurava a Faculdade de Filosofia ou a de Letras. Há, portanto, por parte dos psicanalistas, uma busca pelo espaço acadêmico. A esse propósito, Souza (2001) argumenta:

Além de estudantes que encontram nos programas de pós-graduação um complemento para sua formação analítica, é ainda mais impressionante o número de psicanalistas com grande experiência clínica que procuram os programas para redimensionar seu percurso teórico.

Por outro lado, continua Souza (2011),

A universidade multiplica seus cursos, tanto de graduação quanto de pós-graduação, e tende a se colocar, sempre que possível, como pré-requisito para o acesso a qualquer exercício profissional. Houve então também a expansão da universidade no sentido de acolher várias práticas que antigamente ali não encontravam lugar.

Podemos dizer que a presença da psicanálise na universidade se consolidou, e hoje temos um volume bastante razoável de livros e textos sobre essa questão. No final da década de 1990, como produto de doutoramento na universidade, publicou-se o livro de Figueiredo (1997), *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*. Ele marcou um importante momento de reflexão sobre as condições da psicanálise aplicada à clínica ambulatorial que, muitas vezes, tinha sua legitimidade questionada pelos próprios analistas (Santos & Ferrari, 2014).

Importante também nos parece o trabalho de Penna (2003), *Psicanálise e universidade: há transmissão sem clínica?*, elaborado no contexto de uma dissertação de mestrado. Ela argumenta que o saber universitário se edifica sobre a crença na exposição do saber, veiculada pelo ensino. Tal saber se apoiaria no ideal da transmissão integral sem contaminação da subjetividade. Para a psicanálise, o saber funciona como suposto. Penna (2003) afirma:

A existência das clínicas ambulatoriais no âmbito da universidade implica uma possibilidade de se operar com o saber, uma vez que, nesse encontro com a clínica, pode emergir, a um só tempo, o saber e sua falta que lhe é correlata, a disjunção entre um saber constituído e um saber que se constrói. (p. 104).

Constatamos, por meio destas entrevistas, que a clínica psicanalítica realizada na universidade ainda se encontra, para a maioria dos supervisores entrevistados, apoiada no modelo idealizado do consultório particular, sendo assim percebida como deficitária. Reconhecemos a complexidade do trabalho do supervisor na universidade, pois ele é, de alguma forma, responsabilizado pelo caso atendido pelo aluno e somente pode contar com o desejo e a transferência do aluno como suporte para a transmissão do seu próprio “saber fazer” necessário à clínica. Assim, o trabalho na clínica universitária convoca o supervisor a lidar com a subjetividade do aluno, pois é sobre sua fala que ele intervirá.

Uma pesquisa realizada por Marcos (2012) com alunos, estagiários da clínica na PUC, mostra que, apesar das dificuldades experimentadas, sobretudo em relação ao “não saber” constitutivo da situação do atendimento, todos têm uma percepção muito positiva do estágio na clínica.

Todos eles buscaram o estágio em iniciação à clínica psicanalítica a partir de uma motivação particular: o contato com a teoria feito em sala de aula, a identificação com o professor da disciplina teórica, a experiência pessoal anterior com a psicanálise, ou ainda a concepção de que a experiência clínica é útil em qualquer área de atuação posterior (Marcos, 2012, p. 866).

Mais uma observação sobre a fala dos estagiários nos mostra uma valorização da aprendizagem no estágio:

Tal representação da supervisão como lugar de aprendizagem e da construção de um saber totalmente diferente daquele transmitido em sala de aula foi destacada nas falas dos sujeitos entrevistados. O que se evidencia é a articulação entre o saber que está em jogo na clínica e a experiência que se faz do inconsciente. Isso nos permite pensar que o aprendizado da clínica na supervisão não diz respeito a um saber profissionalizante da ordem do funcional, mas de um saber que se constitui na experiência e a partir dela (Marcos, 2012, p. 871).

Curiosamente, o estágio na clínica como lugar de aprendizagem do aluno está garantido na graduação, mas, na maioria das vezes, excluída da pós-graduação, pelo menos a do *stricto sensu*.

O texto de Kessler e Ortman (2012) nos conta uma experiência de curso de especialização na Universidade Federal do Paraná, que oferecia, além da teoria, uma parte de trabalho na clínica universitária. Os alunos deveriam não apenas

atender, mas supervisionar e participar das reuniões institucionais nas quais eram discutidos assuntos importantes para o seu funcionamento. O curso era cobrado, mesmo estando numa universidade pública, e houve intervenção do Ministério Público, impedindo a cobrança. O curso então poderia ser validado como extensão e não poderia oferecer o título de especialista. Os autores tomam esse episódio jurídico-administrativo como indicativo de que

[. . .] aqueles alunos que permaneceram buscando sua formação nesta Clínica, mesmo diante da hipótese de que não receberiam o título de especialista, foram afetados no sentido de serem convocados a se implicar como sujeitos desejantes em sua própria formação, abandonando, com isso, uma posição estudantil passiva de espera e de queixa (Kessler & Ortman, 2012, p. 149).

Esse episódio nos pareceu interessante para pensar que, mesmo na posição de aluno, o sujeito precisa sustentar uma posição desejante na sua relação com o saber.

Entre as questões que atravessam a clínica na universidade, há duas essenciais: o pagamento e o tempo. E, nesse caso, a clínica particular não pode servir de parâmetro. A clínica psicanalítica, na universidade, está inserida num modelo de serviço ofertado à população, como parte da formação dos alunos. O dinheiro, nesse caso, não teria a mesma função do consultório particular: o aluno não está no estágio para ganhar dinheiro, mas para ganhar experiência. Mesmo que haja alguma forma de pagamento, esse dinheiro é para a instituição e, portanto, não regula a relação libidinal entre analisante e analista.

Vimos que, no caso da clínica-escola da PUC Minas, o pagamento foi requerido pelos supervisores das diversas correntes clínicas como forma de anteparo à dimensão de caridade que envolve a concepção de uma instituição ligada à Igreja Católica. Nesse caso, o pagamento não opera na relação transferencial com o analista, mas com a instituição.

Quanto ao tempo de tratamento, ficou claro que essa é uma questão que divide os supervisores. A maior parte valoriza o tratamento mais longo. Muitos supervisores se ressentem da ausência de discussão sobre essa questão, deixada em aberto por Freud, no seu último texto sobre o tratamento psicanalítico: *Análise terminável e interminável* (1937/1996). Ela continua, de certo modo, como uma questão aberta, com a qual o analista tem de se haver no caso a caso, mesmo no consultório particular.

Pinheiro e Darriba (2010) nos trazem elementos interessantes para pensar a questão do tempo do tratamento. A primeira premissa é que o encerramento do estágio determina o término do atendimento, e o que lhes interessou foi pensar como os estagiários lidam com isso. Os autores afirmam que normalmente os estagiários buscam “uma solução de

continuidade”, ou seja, permanecer na instituição com outro estagiário ou continuar as sessões com o mesmo estagiário, em outro espaço. Destacam ainda que, “do lado do estagiário e não necessariamente do paciente, tais encaminhamentos são tomados como uma passagem através da qual o corte que está em jogo pode ser contornado, sem resto” (Pinheiro & Darriba, 2010). Nesse sentido, é comum perceber, segundo os autores, que, com a aproximação do término, o estagiário pode começar a desinvestir do tratamento.

Se a clínica psicanalítica na universidade tem um limite temporal, Pinheiro e Darriba (2010), apoiados no caso do “Homem dos Lobos”, apostam que o tratamento com tempo determinado pode, sim, “convocar ao trabalho e não à paralização”.

Assim, a experiência do CPCT-MG, que ofertava à população tratamento psicanalítico gratuito com tempo determinado, poderia interessar, ainda hoje, aos supervisores de clínica psicanalítica nas universidades, já que, como vimos, as condições do enquadramento institucional são próximas. O CPCT-MG era sustentado também com o trabalho de analistas em formação, sempre acompanhados por analistas mais experientes, tanto na consulta quanto na supervisão e discussões clínicas mais amplas. Ele foi pensado como resposta a um desafio, para testemunhar a eficácia terapêutica da psicanálise num tempo mais curto de tratamento. Nessa experiência institucional, o analista não estaria só, como na clínica privada: os casos são da instituição e, portanto, a responsabilidade é compartilhada desde o princípio.

As entrevistas mostram que os supervisores que trabalharam no CPCT como analistas, ali acompanhando alguns pacientes, reconheceram os ganhos em termos da sua formação como analista e conseqüentemente como supervisor. Essa experiência, no entanto, não teve alcance maior em termos de divulgação na universidade. Apenas um supervisor, que não é associado à EBP-MG, conheceu a experiência do CPCT e nela reconheceu um interesse no sentido de valorizar a experiência da psicanálise aplicada na clínica universitária.

Apesar do grande volume de trabalho clínico produzido nos quatro anos de CPCT-MG, ele não se tornou conhecido no meio psicanalítico mais amplo da cidade de Belo Horizonte. Houve muita produção clínica, mas apenas alguns casos foram publicados em revistas do próprio campo freudiano, não atingindo público mais amplo.

Esperamos, com as informações aqui transmitidas, contribuir para o debate sobre a clínica psicanalítica na universidade. É preciso pensar a inserção da psicanálise não apenas na grade curricular da graduação ou dos programas de pós-graduação, mas na atividade de extensão que a clínica universitária permite. É nesse espaço que os estudantes de Psicologia podem experimentar o elemento clínico, o vivo da experiência da psicanálise aplicada à terapêutica, que foi a fonte da produção teórica de Freud.

Parece-nos que as experiências de tratamentos psicanalíticos nas clínicas universitárias são exemplo, como muitos outros, da presença da orientação psicanalítica nas instituições. As condições institucionais não são impedimento para o exercício da psicanálise aplicada à terapêutica, que sempre se apoiou muito mais na inventividade dos analistas do que em formas *standard* de funcionamento.

Referências

- Amaral, A. E. V., Luca, L., Rodrigues, T. C., Leite, C. A., Lopes, F. L. & Silva, M. A. (2012). Serviços de psicologia em clínicas-escola: revisão de literatura. *Boletim de Psicologia*, 62(136), 37-52. Recuperado a partir de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v62n136/v62n136a05.pdf>.
- Assoun, P-L. (1997). *Psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Batista, M. C. D. & Laia, S. (Org.). (2012). *A psicose ordinária*. Belo Horizonte: Scriptum.
- Cottet, S. (2007). O psicanalista aplicado. *Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano*. V. A. Ribeiro (Trad.). (pp. 27-31). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Entrevistas do momento atual*. (2008, novembro). *Correio - Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, 61.
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*. A clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Freda, H. (2004). A psicanálise na cidade. *Correio - Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, 51, 25-30.
- Freud, S. (1895). Katarina. Estudos sobre Histeria. In J. Salomão (Trad.). *Obras completas*. (2a. ed.). (Vol. 2, pp. 173-183). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Publicado originalmente em 1895)
- Freud, S. (1919a). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In J. Salomão (Trad.). *Obras completas*. (2a. ed.). (Vol. 17, pp. 201-211). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Publicado originalmente em 1919)
- Freud, S. (1919b). Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In J. Salomão (Trad.). *Obras completas*. (2a. ed.). (Vol. 17, pp. 217-220). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Publicado originalmente em 1919)
- Freud, S. (1937). Análise terminável e interminável. In J. Salomão (Trad.). *Obras completas*. (2a. ed.). (Vol. 23, pp. 247-287). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Publicado originalmente em 1937)
- Kessler, C. H. & Ortmann, E. S. (2012). Psicanálise e universidade: considerações a partir de uma experiência de prática em clínica na universidade. *Cadernos de Psicanálise - CPRJ*, 34(27), 141-151. Recuperado a partir de <http://cprj.com.br/imagenscadernos/>

caderno27_pdf/13-CADERNOS_DE_PSICANALISE_27_2012_Psicanalise_e_Universidade.pdf.

Lacan, J. (2001). Acte de fondation. In *Autres écrit.* (pp. 229-241). Paris: Seuil.

Lacan, J. (2010). Transferência para Saint Denis? *Correio - Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, 65, 31-32.

Laia, S. (2009). *Política de funcionamento e de estágios: Serviço de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Fumec, Inovações no Ensino e na Pesquisa em Psicanálise Aplicada.* Tania Coelho dos Santos (Org.). (pp. 146-152). Rio de Janeiro: 7 Letras.

Marcos, C. M. (2012). A supervisão em Psicanálise na clínica escola: breve relato de uma pesquisa. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 12(3-4), 853-872.

Miller, J.A. (2001). Psicanálise pura, psicanálise aplicada & psicoterapia. *Revista Phoenix*, 3, 9-44.

Miller, J.A. (2008a). *Efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise. Conversação clínica com Jacques-Alain Miller em Barcelona.* Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, Skriptum.

Miller, J.A. (2008b). Rumo ao PIPOL 4. *Correio Revista da Escola Brasileira de Psicanálise* n. 60, Clínica e pragmática.

Penna, L.M.D. M. (2007). *Psicanálise e Universidade: há transmissão sem clínica?.* Belo Horizonte: Autêntica.

Pinheiro, N. N. B. & Darriba, V. A. (2010). A clínica psicanalítica na universidade: reflexões a partir do trabalho de supervisão. *Psicologia Clínica*, 22(2). Recuperado a partir de <http://www.scielo.br/pdf/pc/v22n2/04.pdf>.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1997). *Dictionnaire de la psychanalyse.* Paris: Fayard.

Santos, L. G. & Ferrari, I. F. (2014). A psicanálise aplicada à terapêutica: uma perspectiva histórica. *Asephallus*, 9(17), 19-42. Recuperado a partir de http://www.isepol.com/asephallus/numero_17/revista_17/pdf/apsicanalise.pdf.

Souza, O. (2001). Psicanálise e universidade: ensino. *Psicologia USP*, 12(2), 177-188. Recuperado a partir de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642001000200015>.