



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

BEATRIZ ALMEIDA GABARDO TRALDI

AUTORIZANDO-SE: COMPREENSÃO SOBRE O PROCESSO DE
AUTORIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CLÍNICA DE
ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE
SAÚDE MENTAL POR PSICÓLOGOS

AUTHORIZING YOURSELF: UNDERSTANDING THE PROCESS OF
AUTHORIZING THE DEVELOPMENT OF PSYCHOANALYTICALLY
ORIENTATION CLINICS IN PUBLIC MENTAL HEALTH SERVICES BY
PSYCHOLOGISTS

CAMPINAS
2023

BEATRIZ ALMEIDA GABARDO TRALDI

AUTORIZANDO-SE: COMPREENSÃO SOBRE O PROCESSO DE
AUTORIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CLÍNICA DE
ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE
SAÚDE MENTAL POR PSICÓLOGOS

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos
para a obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, na Área de
Concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Pellegrino Toledo

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Paula Rigon Francischetti Garcia

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA
PELA ALUNA BEATRIZ ALMEIDA GABARDO TRALDI E ORIENTADA PELA PROF(a).
DR(a). VANESSA PELLEGRINO TOLEDO E COORIENTADA PELA PROF(a). DR(a). ANA
PAULA RIGON FRANCISCHETTI GARCIA.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

G11a Gabardo Traldi, Beatriz Almeida, 1991-
Autorizando-se : compreensão sobre o processo de autorização do desenvolvimento da clínica de orientação psicanalítica nos serviços públicos de saúde mental por psicólogos / Beatriz Almeida Gabardo Traldi. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Vanessa Pellegrino Toledo.
Coorientador: Ana Paula Rigon Francischetti Garcia.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Psicologia. 2. Psicanálise. 3. Saúde mental. 4. Serviços de saúde mental. 5. Psicologia clínica. I. Toledo, Vanessa Pellegrino, 1973-. II. Garcia, Ana Paula Rigon Francischetti, 1978-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Authorizing yourself : understanding the process of authorizing the development of psychoanalytically orientation clinics in public mental health services by psychologists

Palavras-chave em inglês:

Psychology

Psychoanalysis

Mental health

Mental health services

Clinical psychology

Área de concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Ana Paula Rigon Francischetti Garcia [Coorientador]

Jacqueline de Souza

Débora de Souza Santos

Data de defesa: 03-10-2023

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-1905-751X>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/4818620960063984>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

BEATRIZ ALMEIDA GABARDO TRALDI

ORIENTADORA: VANESSA PELLEGRINO TOLEDO

COORIENTADORA: ANA PAULA RIGON FRANCISCHETTI GARCIA

MEMBROS:

1. PROFA. DRA. ANA PAULA RIGON FRANCISCHETTI GARCIA

2. PROFA. DRA. JACQUELINE DE SOUZA

3. PROFA. DRA. DÉBORA DE SOUZA SANTOS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria de Pós-graduação em Enfermagem.

Data: 03/10/2023

AGRADECIMENTOS

É com profunda emoção e gratidão que dedico este espaço para expressar meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram para a realização desta dissertação de mestrado. Sem o apoio, carinho e incentivo de cada um de vocês, esta jornada não teria sido possível.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) Código de Financiamento 001, pelo suporte financeiro concedido, que possibilitou a concretização deste trabalho. O investimento da CAPES em pesquisa e educação é de extrema importância para o desenvolvimento acadêmico, científico e futuro do país.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP e todo corpo docente. À minha querida orientadora, Profa. Dra. Ana Paula F. R. Garcia, dedico um agradecimento especial e carinhoso. Além de guiar-me no caminho da escrita dessa dissertação, você foi uma verdadeira mestra, ensinando-me muito além do conteúdo acadêmico. Suas palavras, transferência de trabalho, escuta amorosa, cobranças e dedicação exemplar foram fundamentais para meu crescimento pessoal e formação enquanto analista. Agradeço por sua paciência, compreensão e por compartilhar comigo seu conhecimento de forma tão generosa.

Aos meus familiares, minha mãe Agenora, minha vó Geni e vô Benedito, carinhosamente chamado de Bugre (em memória), minha irmã Natália, minha sobrinha Maria Rita, tia Liene e tio Wilson (carinhosamente conhecido como Tio Veterano), sou grata por todo o amor e apoio ao longo desta jornada. Vocês sempre estiveram ao meu lado, compreendendo as ausências, celebrando as conquistas. Foi pelo suor, calos nas mãos e noites em claro de vocês que me permitiram a realizar meus estudos desde a graduação. O carinho e a força de vocês foram essenciais para que eu persistisse em meus objetivos.

Gostaria de deixar marcado aqui que meus avós, Geni e Bugre, foram pessoas simples que estudaram em escolas de fazenda. Sabiam ler e escrever, mas nunca puderam estudar de fato. Foi pelo suor e calos nas mãos provenientes do trabalho pesado em fazenda sob o sol que meu vô Bugre sustentou sua família. Foi pelas mãos da minha vó Geni que, noite adentro, muitas roupas foram feitas e a comida foi posta na mesa. Não quaisquer roupas, mas roupas para algumas pessoas marginalizadas, que outras costureiras se recusavam a atender, mas que minha vó, em sua enorme

força feminina, fazia. Como diz minha mãe, foi assim que ela conheceu o que era uma lantejola.

Complemento ressaltando o esforço da minha mãe, que trabalhou muito, incansavelmente para que eu pudesse estudar. Mãe, eu me lembro das suas noites acordada bordando, das horas a fio que você trabalhou no CEI Esperança e dos plantões de até 48 horas no hospital. Mãe, eu me lembro, eles valeram a pena, eles me trouxeram até aqui, eles possibilitaram essa conquista!!!!

Honro aqui toda essa luta ancestral, que começou muito antes de eu nascer e que fomentou a possibilidade da minha (r)existência, dos meus sonhos e dos meus estudos. Sem o trabalho de vocês, eu não estaria aqui!

Ao meu companheiro Adolpho, sou grata por tudo o que vivemos juntos durante nossa jornada de 13 anos. Seu amor, carinho, esforço, paciência e confiança em mim foram pilares fundamentais para que eu persistisse e superasse obstáculos. Com você ao meu lado, tudo se torna possível e a vida ganha um significado ainda mais especial. Com você, Pretinha (Cacá), Dudu, Nino e Tatá, a vida tem mais sentido, amo vocês!

Não posso deixar de agradecer, com todo meu amor e carinho, aos meus melhores amigos André, Carol, Renan e Wanderson. A presença de vocês em minha vida tornou tudo mais leve e, como eu já disse, eu sempre achei que seria sozinha... Pois achei errado, hoje tenho meu grupo de amigos que foram essenciais nesta conquista e na manutenção da minha existência. O apoio e incentivo que recebi de cada um, em todos os momentos, foram a chave para enfrentar os desafios e alcançar meus objetivos.

Gostaria de agradecer à família Carvalho (vô Dito, Cássia, Giulia, Rodolfo e Dixon) por todo carinho e ajuda na vinda para Campinas, desde o início desta história. Agradeço também à Família Traldi (Mauro, Andrea, Selma, Davi e Vitor) pela acolhida, ajuda e presença.

Família, amigos e companheiro, saibam que amo muito vocês e que são tudo para mim. Vocês me ensinaram a *a-mar*.

Não posso esquecer de agradecer também à minha antiga analista, Ana, e ao meu analista, Waldir. A escuta atenta, o percurso compartilhado e (amor de) transferência que se instaurou nessas análises foram fundamentais para o meu percurso e a escrita dolorosa desta dissertação. *A palavra mata a coisa*.

Agradeço a todos os meus analisantes, que confiaram a mim a história de suas vidas. Aprendi muito com cada um, vocês fazem parte do meu percurso. Agradeço

também aos meus alunos e alunas que fazem com que o meu sonho de ser professora seja possível. Amo muito vocês!

Ao Programa Universidade Para Todos (Prouni), do qual tive bolsa de 100% e que possibilitou minha graduação em Psicologia.

À Beatriz criança, que ousou sonhar TUDO ISSO!

Por fim, quero agradecer a todos os mencionados e àqueles que, de alguma forma, estiveram presentes em minha jornada de maneira direta ou indireta, o meu mais sincero e amoroso agradecimento.

EDUCAÇÃO GRATUITA E DE QUALIDADE PARA TODOS!

VIVA O SUS E AS (OS) PROFISSIONAIS DA SAÚDE!

VIVA A CIÊNCIA!

RESUMO

Objetivo: compreender como o psicólogo se autoriza a desenvolver uma clínica de orientação psicanalítica com os sujeitos nos CAPS modalidade III e Álcool e Drogas do município de Campinas/SP. **Método:** Pesquisa qualitativa narrativa que usou material narrativo concebido como a verdade do sujeito entrevistado e constituiu o material que a fonte primária de dados. A coleta de dados foi desenvolvida nos CAPS modalidade III e CAPS Álcool e Drogas do município de Campinas. Os sujeitos da pesquisa foram nove psicólogos que exerciam a clínica a partir do referencial psicanalítico previamente identificados pelos gestores dos serviços. Contou com entrevista semiestruturada para a coleta de dados a partir das seguintes questões: *“Como foi seu percurso para se autorizar a atender a partir da psicanálise no CAPS?”* e *“Dê-me um exemplo de um caso em que você considera que sua clínica se sustenta ou se sustentou a partir da psicanálise.”* **Análise de dados:** Foi feita a análise do conteúdo-integral e da forma-categorial e posterior discussão a luz da teoria da psicanálise. **Resultados:** Das narrativas coletadas e analisadas, a partir do arcabouço teórico da psicanálise, compreendeu-se que a autorização é única no percurso de cada psicólogo, mas que fatores como a formação, análise pessoal, autorização por si e pelos pares, assim como a própria instituição onde tais profissionais atuam tem grande importância neste processo.

Palavras-chaves: Psicologia; Psicanálise; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Psicologia Clínica.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem no adulto e idoso

ABSTRACT

Objective: understand how the psychologist authorizes himself to develop a psychoanalytically oriented clinic with subjects in CAPS modality III and Alcohol and Drugs in the city of Campinas/SP. **Method:** Narrative qualitative research that used narrative material conceived as the truth of the interviewed and constituted the primary source of data material. Data collection was carried out at CAPS modality III and CAPS Alcohol and Drugs in the city of Campinas. The subjects interviewed were nine psychologists who practiced the clinic based on the psychoanalytical previously identified by the service managers. It had a semi-structured interview for data collection based on the following questions: "How was your journey to authorize yourself to practice psychoanalysis at CAPS?" and "Give me an example of a case in which you consider that your clinic is sustained or supported by psychoanalysis." **Data analysis:** An integral-content and categorical-form analysis was carried out, followed by a discussion in the psychoanalysis theory. **Results:** From the collected and analyzed narratives, based on the theoretical framework of psychoanalysis, it was understood that authorization is unique in the path of each psychologist, but that are factors such as training, personal analysis, authorization by oneself and by peers, as well as the institution where such professionals work has great importance in this process.

Keywords: Psychology; Psychoanalysis; Mental health; Mental Health Services; Clinical psychology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

IMAGEM 1	Signo linguístico saussuriano
IMAGEM 2	Algoritmo laciano
IMAGEM 3	Os quatro discursos
IMAGEM 4	Estrutura discursiva dos quatro discursos
IMAGEM 5	Procedimentos de seleção dos resultados e análise das narrativas
IMAGEM 6	Discurso do mestre e discurso do capitalista
IMAGEM 7	Discurso do mestre, universitário e capitalista

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
PTS	Plano Terapêutico Singular
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial Nível III
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
IPA	<i>International Psychoanalytical Association</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

- S1** Significante Mestre
- S2** Saber
- \$** Sujeito barrado
- a*** Mais-de-gozar, Objeto *a*
- S** Significante
- s** Significado

SUMÁRIO

Sumário

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVO	21
3. MÉTODO	22
3.1. Percurso teórico-metodológico	22
3.2. Local e sujeitos da pesquisa	34
3.3. Coleta dos dados	36
3.4. Análise dos dados.....	36
3.5. Aspectos éticos.....	40
4. RESULTADOS.....	41
4.1. Resultado forma-categorial	41
4.1.1. Formação	41
4.1.2. Análise pessoal.....	41
4.1.3. Autorização.....	42
4.1.4. CAPS e Instituição.....	43
4.2. Resultado conteúdo-integral	44
5. ANÁLISE	47
5.1. Análise forma-categorial	47
5.1.1. Formação	47
5.1.2. Análise pessoal.....	56
5.1.3. Autorização.....	58
5.1.4. CAPS e Instituição.....	65
5.2. Análise conteúdo-integral.....	79
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	87
ANEXOS.....	103

1. INTRODUÇÃO

Desde o início da minha graduação percebi que a psicologia era uma ciência multifacetada. Ao longo de minha formação pude perceber que não falamos de uma psicologia se sim de psicologias¹. Essa pluralidade além de enriquecedora e geradora de conhecimento também aparece enquanto ponto de tensão, como pode ser visto na disputa entre as diferentes teorias psicológicas acerca da compreensão do homem e das práticas profissionais². Esse tensionamento também aparece no espaço entre a teoria e a prática no que vivi especialmente em meu último ano de formação.

Onde me graduei, há duas disciplinas que abarcam os conceitos psicanalíticos, elas são ofertadas na grade do terceiro ano do curso. Depois disso, a psicanálise reaparece como opção no último ano para desenvolvimento do estágio prático de psicoterapia breve. Tanto o ensino da teoria psicanalítica quanto o estágio desenvolvido sob essa orientação teórica foram vividos por mim enquanto um grande ponto de tensionamento entre o que é psicanálise e o que a psicologia faz a partir da psicanálise.

No descompasso entre psicanálise e psicologia experienciado por mim nas práticas durante a minha formação, surgiu esse desejo de compreender melhor esse desacerto e esse tensionamento entre essas áreas que parecem bastante distintas.

Assim, inicio minha escrita pensando a psicologia. Esta é uma ciência recente que se constituiu como área do conhecimento apenas no final do século XIX com a criação do primeiro laboratório experimental em Leipzig na Alemanha³. Além de recente, outra característica da psicologia enquanto ciência é ser multifacetada, desenvolvendo-se em muitas direções teóricas².

Após o término da segunda guerra mundial, a psicologia teve seu maior avanço e destaque, adquirindo status na sociedade. Assim, a psicologia ocupa um espaço não criado por ela e sim pela configuração social e cultural do horizonte histórico do momento. Isso possibilitou uma autoafirmação enquanto ciência e profissão, ao mesmo tempo que, também criaram lacunas que distorcem e complicam a definição desse campo de conhecimento⁴.

Enquanto profissão em nosso país, a psicologia só foi regulamentada nos anos 60. A lei 4119 de 27 de agosto de 1962 regulamenta a profissão e torna exclusivo aos profissionais da psicologia o uso de técnicas psicológicas com os objetivos de solução

de problemas de ajustamento, orientação psicopedagógica, diagnóstico psicológico e orientação e seleção profissional⁵.

O Conselho Federal de Psicologia definiu junto ao Ministério do Trabalho as atribuições do psicólogo no Brasil. Neste documento enviado ao ministério para integrar o catálogo brasileiro de ocupações, o conselho definiu atuações como psicólogo clínico, do trabalho, do trânsito, educacional, jurídico, do esporte, social e o professor de psicologia⁶. Nesta pesquisa voltarei o olhar para a ocupação da psicologia na clínica a fim de responder a inquietação que deu início a este trabalho.

A atuação do psicólogo na área clínica é descrita como campo específico da saúde, que tem por objetivo a compreensão dos processos inter e intrapessoais, além de apresentar um caráter curativo ou preventivo⁶. Também faz parte da psicologia clínica o diagnóstico, o acompanhamento e a intervenção psicoterápica grupal ou individual, utilizando distintas abordagens teóricas⁶. A definição da atuação descrita pelo documento vai ao encontro com a literatura que aponta que tal definição acaba por caracterizar socialmente a prática da psicologia clínica como vinculada exclusivamente a psicoterapia^{4,7,8}.

Uma das abordagens teóricas dentro da psicologia clínica é a psicanálise. Enquanto abordagem teórica, ela oferece um arcabouço teórico e técnico pautado na concepção de inconsciente, de sexualidade infantil, de transferência, de resistência e da interpretação do material que aparece no campo analítico da relação paciente e profissional^{9,10,11,12}. A absorção desses elementos da psicanálise pela psicologia levou a criação de uma terapia sistemática e com fundamentação psicanalítica que foi nomeada como psicoterapia psicanalítica. Isso também ocorreu com o behaviorismo e a terapia cognitivo comportamental, o humanismo e a terapia centrada na pessoa e outras correntes teóricas^{13,10}.

Assim, como o que experienciei na minha formação e que fez nascer em mim o desejo de pesquisar o descompasso entre a psicanálise a psicologia, na forma da psicoterapia psicanalítica, tem sido objeto de discussão e pesquisa. Desde a assimilação da psicanálise pelas universidades nos cursos de psicologia na década de cinquenta, psicanalistas tem se posicionado em relação a psicanálise e psicoterapia psicanalítica¹⁴.

Na literatura, as discussões sobre esse tema apontam três grandes grupos de posicionamento. O primeiro grupo de autores consideram a psicanálise e a psicoterapia psicanalítica como extremamente diferentes e radicais, logo, para eles,

tal distinção deve ser delimitada¹³. O segundo grupo de autores, convictos de que a diferença entre elas se dá por uma natureza quantitativa, havendo uma interpenetração entre ambas e o terceiro grupo que considera um amplo espectro de fatores (técnicas, processos, contextos, indicações e etc.) que se diferenciam mas se sobrepõem, se tangenciam e, até mesmo, confundem-se^{11,13,14,15}.

Fatores como intervenções e a formação do psicanalista tem sido apontados como distanciamentos da psicanálise clássica e da psicoterapia de base psicanalítica^{12,14}. A formação do psicanalista, desde os primórdios da psicanálise já se instaurava como um tema a ser debatido. Freud, fundador da psicanálise, defendeu que esta poderia ser praticada também por não médicos e que a formação psicanalítica deveria ser a condição para o exercício da clínica¹⁶. A formação em psicanálise é definida por um tripé composto pela análise pessoal, supervisão clínica e estudos teóricos¹⁶. Com maior importância na tríade da formação se encontra a análise pessoal, uma vez que só se é possível apreender os conceitos psicanalíticos pela experiência destes em um processo analítico, no contato com o próprio inconsciente^{16,17}.

O contato do sujeito com o seu inconsciente na experiência analítica, com os conceitos teóricos e com as experiências de atendimentos pontuadas pela supervisão clínica constituem o percurso único de cada sujeito em tornar-se psicanalista^{16,17}. Essa formação em psicanálise é entendida como uma transmissão, se diferencia do ensino nas demais as áreas de conhecimento, pois ela advém de um desejo da própria pessoa e de um saber do inconsciente que não é encontrado em nenhum ensino sistematizado de um curso ou ensinado por um mestre^{18,19}. Portanto, possuir um diploma de psicologia, ou qualquer outra graduação, não garante a autorização e o surgimento de um psicanalista¹⁷.

Tal como a formação psicanalítica, há também diferenças no campo das intervenções feitas por um psicólogo e por um psicanalista. A intervenção que é considerada o divisor entre psicanálise e psicologia é a interpretação. Em psicologia, a interpretação é uma forma de intervenção verbal com o objetivo de tornar o desconhecido conhecido, por meio da linguagem. Nela o psicólogo atribui e produz sentido as emoções, relações, falas, comportamentos e ideias que surgem no processo de psicoterapia²⁰. Sendo assim, o psicólogo assume uma posição de saber sobre o mal-estar do sujeito^{21,22}.

Na psicanálise, a interpretação é de outra ordem, caracteriza-se por uma revelação que surge no para além da comunicação, posto que o sujeito em análise irá considerar a lógica de seu inconsciente para atribuir sentido as suas experiências de não-sentido, que até então convocavam o mal-estar^{23,24}. Ao psicanalista cabe pontuar o não-sentido no discurso do analisante, cujo trabalho é elaborar algum sentido para sua experiência analítica²⁵.

O inconsciente, nesta perspectiva, caracteriza-se por aquilo que é censurado e retorna no sintoma, nas lembranças da infância, no falar, nas suas formações e nos mitos²⁴. Nesse contexto, a interpretação psicanalítica, especialmente em uma perspectiva lacaniana, visa criar reverberações do inconsciente que levem a geração de algo novo pelo sujeito^{26,27}. Com esse objetivo, a linguagem usada é deliberadamente evocativa, equívoca e polivalente, respeitando a lógica inconsciente²⁶. A interpretação psicanalítica é uma produção concreta de sentido que devolve ao sujeito falante a posição de detentor da verdade sobre si^{24,26,27}.

É neste ponto que eu encontro na literatura o que eu experimentei junto a minha prática clínica desenvolvida a partir da psicoterapia psicanalítica. Em atendimento realizado no estágio de orientação teórica psicanalítica, elaborei uma interpretação para a paciente que estava em curso terapêutico comigo. Tal interpretação continha o movimento inconsciente deste sujeito, no entanto eu que atribui sentido a dinâmica por ela realizada, após me ouvir, a paciente me inquiriu: “E agora, o que eu faço com isso?”. Nesse momento vi que a interpretação que eu havia feito era totalmente exterior a ela e pude reconhecer que mesmo pensando minha prática a partir dos conceitos psicanalíticos, o manejo que eu estava fazendo era de outra ordem, não fazia ali a clínica do inconsciente, posto que o saber sobre o sofrimento da paciente permaneceu no meu discurso, impossibilitando a elaboração criativa desse sujeito.

Pautada na inquietação dessa experiência, busquei pensar a psicanálise e a psicologia para além dos muros da clínica escola onde atendi e dos consultórios particulares onde a psicoterapia psicanalítica é encontrada. Voltei o meu olhar para onde mais existe a prática clínica que envolva psicanálise e psicoterapia psicanalítica, então encontro a saúde mental pública, pois é lá que talvez esse impasse também possa ser experimentado por outros psicólogos inclinados a desenvolver sua prática clínica a partir da psicanálise.

A inserção da psicologia nos serviços de saúde pública aconteceu no final dos anos 70, com o intuito de prover modelos alternativos aos hospitais psiquiátricos²⁸. A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e o abandono do modelo hospitalocêntrico, permitiu aos psicólogos a ampliação de sua atuação, saindo dos consultórios particulares e passando a compor as equipes multidisciplinares sustentadas nas políticas públicas de saúde^{29,30,31,32}.

A psicanálise teve um papel importante na RPB. Seu referencial teórico foi norteador nos questionamentos da psiquiatria tradicional em suas concepções de sujeito e suas práticas para com aqueles considerados doentes incapacitados por seu transtorno mental²⁸. O referencial psicanalítico também trouxe coordenadas para os trabalhos em equipe, que passaram a ser adotados a partir da RPB²⁸. Além de todo o apoio de seu arcabouço teórico, uma importante contribuição da psicanálise foi o acréscimo do conceito de construção de caso, cuja circulação permite seu constante desenvolvimento, envolvendo diferentes profissionais e o sujeito em sua particularidade³³. Desta forma, a psicanálise contribuiu com o campo da saúde mental não só com a clínica, mas com um discurso e uma ética do sujeito do inconsciente³⁴.

No Sistema Único de Saúde (SUS), permeado por influências da RPB, foi criado a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o intuito de atender de forma integral pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico e sujeitos com necessidades provenientes do uso de substâncias psicoativas como álcool, crack e outras drogas^{35,36}. A RAPS é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades básicas de saúde, centros de cultura e convivência, serviços de desinstitucionalização, serviços de atenção emergencial e de urgência, unidades de acolhimento, residências terapêuticas e leitos de atenção integral com o objetivo de atender, ampliar e articular as demandas da população assistida assim como o fluxo entre os equipamentos da RAPS^{35,36}.

A política nacional de saúde mental, outorgou o abandono ao modelo hospitalocêntrico firmando um novo modelo de saúde^{30,36}. Este novo modelo de atenção psicossocial é pautado na territorialidade, articulado com equipamentos públicos a partir da atenção comunitária e da participação social^{30,36}. Este modelo determina os CAPS como referência no atendimento de portadores de sofrimento psíquico grave³⁰. Nesses locais, a clínica a ser desenvolvidas pelos psicólogos é a que tem sido denominada de clínica ampliada, que se caracteriza pela humanização do cuidado em saúde, que integra a equipe multidisciplinar na promoção de um

cuidado singular que agencie maior autonomia para usuário, sua família e comunidade. Neste formato de clínica, o diagnóstico é composto dos saberes dos diferentes profissionais de saúde que compõem a equipe, considerando a história e o sujeito que está sendo cuidado³⁶. Diferente dos moldes tradicionais, nessa prática clínica o psicólogo atua articulado com a RAPS e orientado pelo modelo de atenção psicossocial^{30,36,37,38}.

Pautada na determinação nacional de saúde mental e nas questões que iniciaram este percurso teórico, voltarei o meu olhar para a prática clínica nos CAPS, uma vez que são referência no atendimento em saúde mental na RAPS³⁰. No contexto desse equipamento, a atuação do psicólogo deve favorecer e possibilitar o diálogo com os setores da sociedade civil e setores públicos, viabilizando ações no âmbito comunitário e social, recuperando laços sociais, promovendo a autonomia e o desenvolvimento das potencialidades dos sujeitos por meio de um Projeto Terapêutico Singular (PTS)^{36,37}.

Além inclusão da psicologia na RAPS há, também, a presença da psicanálise. Sua inserção no campo da saúde mental brasileira é inegável, assim como o benefício de seu diálogo com outras áreas de conhecimento, como é pregado pela ideia de clínica ampliada³⁶. A psicanálise entra no equipamento de saúde mental, pela prática clínica de psiquiatras e psicólogos, assim como no fazer dos outros profissionais que compõe a equipe como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros^{39,40,41,42}.

No cotidiano dos CAPS, a partir dos preceitos da RPB, do SUS e da RAPS, é exigido do psicólogo e de todos os outros profissionais da equipe de saúde mental novas práticas e perspectivas teóricas pautadas nos direitos humanos que fomentem integralmente a cidadania do portador de transtorno mental, incluindo-o como um sujeito de direitos, assegurando direitos atuais e lutando por outros novos^{38,43}. Essa prática cidadã se articula com a busca do Estado pela diminuição das desigualdades sociais, produto do sistema econômico capitalista⁴³.

A psicanálise tem nos mostrado que a sua clínica, ética e discurso se justificam tanto pelo alinhamento teórico com o modelo de atenção psicossocial³⁰ e com a humanização do cuidado na prática de uma clínica ampliada³⁶ quanto no plano da RPB, do SUS, da RAPS e dos CAPS⁴⁴. Entretanto, ao se adotar a psicanálise no contexto da atenção à saúde mental pública, é necessário considerar sua inclusão concorrendo e articulando-se com outras éticas e outras concepções de sujeito

existentes, que convocam questões sociais e econômicas próprias do modelo psicossocial de atenção à saúde mental^{30,36,45,46}.

Desta forma, este estudo se justifica pelo reconhecimento da importância da psicanálise no percurso histórico da RPB^{28,33,34,44,47}, na clínica dos equipamentos organizados a partir da RAPS^{30,36,39,40,41,42,44,48} e, também, pelas vicissitudes da formação do psicanalista frente a tensão que se estabelece para o psicólogo que deseja portar tal referencial teórico e clínico^{13,14,17}. Logo, torna-se relevante reconhecer como, na prática clínica destes equipamentos, o psicólogo autoriza-se a portar o discurso psicanalítico apesar dos desafios de sua formação e da convivência de diferentes referenciais teóricos que sustentam o cuidado na saúde mental na atualidade^{30,37,38,48}. Sendo assim, surge a pergunta deste estudo: Como o psicólogo se autoriza a realizar a clínica de orientação psicanalítica com os sujeitos que atende nos CAPS?

2. OBJETIVO

Compreender como o psicólogo se autoriza a desenvolver uma clínica de orientação psicanalítica com os sujeitos nos CAPS modalidade III e AD do município de Campinas/SP.

3. MÉTODO

3.1. Percurso teórico-metodológico

Esta foi uma pesquisa narrativa de natureza qualitativa, este tipo de pesquisa científica vem sendo desenvolvido por vários profissionais na área da saúde⁴⁹. O método qualitativo é empregado quando se deseja pesquisar sobre fenômenos inapreensíveis numericamente, como produções de sentidos, significados, opiniões, interpretações, compreensões, sentimentos e conceitos⁵⁰.

A pesquisa qualitativa permite um entendimento aprofundado da complexidade de fenômenos humanos, individuais e sociais⁵⁰. Uma das aplicações possíveis do método qualitativo é no estudo de experiências de vida singulares, explorando tal experiência na sua minúcia e por diferentes perspectivas, possibilitando a compreensão sobre a produção de sentido ou a interpretação desses fenômenos pelos sujeitos que os vivenciam^{49,50}.

A pesquisa qualitativa em seu rigor teórico é capaz de acessar desdobramentos do fenômeno que deseja ser estudado, buscando abarcar a influência do contexto e da cultura⁴⁹. Desta forma, perguntas de pesquisas qualitativas não partem de uma hipótese e sim da busca pelo desvelamento de uma experiência em sua particularidade⁵¹. Partindo desses princípios, há vários métodos qualitativos disponíveis e esta escolha deve estar em consonância o objeto de estudo da pesquisa⁴⁹.

A pesquisa narrativa é um dos métodos qualitativos disponíveis⁴⁹. Este método consiste em coletar e analisar narrativas, esses materiais narrados podem ser o objeto da pesquisa ou o meio de estudo de uma outra questão⁵¹. A narrativa pode ser concebida como um princípio organizador da vida humana⁵², ela não abarca a totalidade da experiência, ela apresenta acontecimentos que foram privilegiados pelo narrador⁵³. A autoetnografia, memórias, literatura jornalística, biografias, história oral, história de vida e narrativa pessoal são formas de narrativas utilizadas em pesquisa⁵². Neste estudo, para responder seu objetivo, serão utilizadas narrativas pessoais da experiência, aqui assumidas como a descontinuidade, fenda, ruptura, traço do “um”⁵⁴ da experiência do inconsciente⁵⁴ da autorização dos psicólogos a desenvolverem uma clínica psicanalítica em equipamentos públicos de saúde mental que foram entrevistados.

Os seres humanos são narradores por natureza, o ato de narrar através da linguagem confere continuidade e coerência na experiência de vida de um sujeito, o que confia a narrativa uma possibilidade de acesso e compreensão do mundo interno de uma pessoa⁵¹. As narrativas estão presente em todos os povos e em todas as sociedades ao longo de toda história humana, na suas mais diversas formas como nos mitos, na arte, no cinema, na literatura e em outras produções. A narrativa é transcultural, trans histórica e internacional⁵².

A ciência psicológica atual é pautada na narrativa, assumindo que o conhecimento acerca do ser humano pode advir das histórias que os sujeitos contam sobre si e sobre o mundo que habitam⁵¹. As narrativas funcionam como espaços temporais e lógicos para a experiência humana, onde sujeitos habitam as suas narrativas e aquelas compartilhadas culturalmente em uma determinada sociedade em um tempo e espaço⁵².

A pesquisa do material narrativo é capaz de acessar as representações das experiências vividas por sujeitos que estão inseridos em uma coletividade linguística, possibilitado pela linguagem e laço social^{51,52,53}. Cada história coletada oralmente é única, a singularidade desses dados evidencia sua extrema riqueza e sua natureza enigmática, que por meio de uma análise e interpretação rigorosa conduz a produção de um novo conhecimento científico⁵¹.

Ao narrar oralmente, o sujeito não apenas descreve a sua história, mas confere sentido, a partir da linguagem, à sua experiência, ações e acontecimentos vividos em um mundo social⁴⁹. Ao se coletar narrativas é possível acessar grande quantidade de dados que não podem ser obtidos através de observações, experimentos ou questionários. Mesmo com um menor número de participantes, diferentemente dos estudos quantitativos, é possível se reunir uma enorme quantidade de material analisável⁵¹. Esse tipo de pesquisa e produção de conhecimento vem sendo desenvolvida em diversas áreas, tais como psicologia^{55,56}, educação^{57,58} e saúde^{59,60}.

A linguagem tem lugar central nas produções das narrativas e a compreensão acerca de seu papel irá variar de acordo com o aporte teórico que orienta a interpretação do material⁵². Neste estudo tomaremos a linguagem a partir da psicanálise. Desta forma, compreendemos que a linguagem objetifica o mundo, tornando-o apreensível simbolicamente pela via social, ou seja, na presença de outros sujeitos⁶¹. A linguagem aqui não é considerada uma língua ou idioma

específico, mas uma ordem simbólica, uma estrutura que abarca todos os seres humanos⁶².

A linguagem é condição para o processo civilizatório e faz a mediação do ser humano com o mundo, dando-lhe significado e servindo de materialidade para a construção narrativa de experiências subjetivas⁶³. Entretanto, também se apresenta enquanto um limite, pois não é suficiente para nomear e exprimir completamente a experiência humana, há algo da ordem do impossível, do indizível, do real que não se inscreve simbolicamente e que acontece para além da significação, repousando na estrutura fundante de cada sujeito^{23,63}.

Durante as décadas de 50 e 60, o paradigma do estruturalismo trouxe maior rigor metodológico às ciências humanas⁶⁴. A linguística de Jakobson e Saussure, a antropologia de Lévi-Strauss e a psicanálise de Lacan são pilares importantes desse movimento⁶⁴. Foi por meio da linguística estrutural de Saussure que Lacan reaproximou a psicanálise ao campo da linguagem e de uma nova forma de produção de conhecimento a partir do projeto freudiano⁶⁴.

Para Saussure, a linguagem não é a mera união de um nome à uma coisa pela fala, ela é um processo muito mais complexo⁶⁵. A fala implica o uso do signo linguístico, “entidade psíquica”^{65:80} que detém duas instâncias: o significante, a imagem acústica e a impressão psíquica do som e o significado, o conceito simbólico, tal como ilustrado abaixo na imagem 1, em que se observa o aprisionamento do significante ao significado⁶⁵.



Imagem 1: Signo linguístico saussuriano⁶⁵

As setas presentes na imagem 1 indicam que o signo linguístico é arbitrário, ou seja, o conceito não é essencialmente ligado a sequência sonora da imagem acústica que compõe sua unidade no signo⁶⁵. Isso é observado no fato de um mesmo conceito, como “árvore” em português, possuir diferentes imagens acústicas em outros idiomas, como pode ser visto em *tree* no inglês, *arbre* no francês, *baum* no

alemão etc. Isto evidencia como o significante é imotivado, ou seja, totalmente arbitrário ao significado, não havendo nenhum laço natural nessa relação⁶⁵.

A psicanálise subverte tais conceitos, fazendo uso metafórico da linguística moderna⁶⁶, privilegiando o significante em detrimento do significado²⁴.

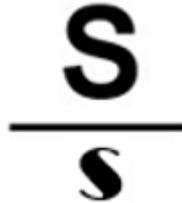


Imagem 2: Algoritmo laciano⁶⁷

O algoritmo laciano, acima ilustrado na imagem 2, coloca o significante (**S**) sobre a barra, acima do significado (**s**)⁶⁷. Além da supremacia do significante ao significado na fala dos sujeitos, a inserção da barra rompe com a unidade do signo linguístico, separando-o em duas etapas totalmente distintas⁶⁷.

A fala, para a psicanálise, é o motor para a fundação, manutenção, reconstrução e modificação da realidade subjetiva, atualizando a eficácia da ordem simbólica da linguagem⁶¹. A fala, partindo de tal subversão, não deve ser tomada em seu significado, mas lida a partir da cadeia significante produzida e de onde advém o sujeito do inconsciente, uma vez que “o significante, então, se articula por representar um sujeito junto a outro significante”^{23:45}.

Ao se aplicar a psicanálise como aporte teórico interpretativo da pesquisa narrativa é necessário apresentar como se dá o funcionamento do inconsciente pela linguagem e na fala, pois esses são pontos que servirão de base para a análise dos materiais narrativos que foram coletados.

A “linguagem é condição do inconsciente”^{23:42} e este tem sua origem a partir da castração do desejo inicial, significante primordial insustentável que é reprimido pela criança^{68,69}. A partir da entrada da metáfora paterna, na resolução do complexo de Édipo, a lei da estrutura social é passada^{68,69}. A criança, agora sujeito barrado, passa a ter sua inscrição na linguagem e na ordem simbólica, estabelecendo a divisão psíquica, o desejo daquilo perdido irreparavelmente insatisfeito e o advento do sujeito do inconsciente, também denominado sujeito desejante^{68,69}.

O sujeito do inconsciente, só pode advir do sujeito da ciência, na medida que encontramos também no sujeito cartesiano a noção de divisão entre o saber e a verdade. No entanto, o sujeito do inconsciente em sua articulação entre o saber e a verdade coloca em cena a busca da certeza pela via da dúvida. Desta forma, o sujeito psicanalítico é o próprio inconsciente enquanto efeito de linguagem na fala e no discurso em um laço social^{23,69,70}.

Já o sujeito tomado pela psicologia, é o da ciência, localizado no ponto de movimento entre o saber e a verdade, demonstrado pela via da certeza condicionando-a ao campo da verdade, fundando a noção eu enquanto consciência^{69,70}.

Retoma-se assim o inconsciente fundado a partir de uma censura que lhe confere o status de outra cena à parte da consciência. Entretanto, ele não é inacessível ou demasiadamente profundo e inalcançável⁵⁴. O inconsciente se encontra na superfície, na própria fala de um sujeito articulada pela linguagem e endereçada a outro semelhante, na hiância entre um significante e outro na cadeia⁵⁴. Devido a estas características, o inconsciente insiste, repete e desloca, evidenciando sua estrutura como a de uma linguagem, ou seja, um sistema fechado regido por uma lógica ordenada, a partir de leis como os efeitos de metáfora, da condensação de significantes para significação e a metonímia, que tem por efeito o deslocamento dos significantes na fala dos sujeitos⁶⁷.

A escolha dos significantes não se dá de forma aleatória, uma vez que o inconsciente é um sistema regido por tais leis⁶⁷. Essa escolha está diretamente associada a singularidade da constituição da vida psíquica de cada um. O traço unário é compreendido como o traço fundador do significante, radicalmente singular que é constituído das marcas psíquicas adquiridas no início da vida de todo ser humano²³. Essas marcações inscritas e sobrepostas são advindas das experiências das primeiras sensações fisiológicas do bebê e da nomeação destas por outros humanos através da linguagem²³. Serão estas marcações juntamente com a castração, exclusão do significante primordial⁷¹, que ordenarão e iniciarão o enlaçamento de um significante a outro na cadeia, o que confere um caráter completamente radical e singular naquilo que cada sujeito diz²³.

Desta forma, o significante não significa nada, ao passo que pode significar qualquer coisa, fazendo com que a estrutura do significante seja a conexão com os outros significantes deslocados em cadeia⁷². A significação não será encontrada em

nenhum significante específico e sim no deslocamento da própria cadeia, uma vez que o referente, a castração, é o que coloca a cadeia em movimento e este é inapreensível simbolicamente⁷³. São essas leis que articulam a fala e é isso que caracteriza a estrutura inconsciente tal como uma linguagem⁷⁴.

Essa relação fundamental presente na manipulação dos significantes evidencia a repetição como mais um pilar desta estrutura inconsciente²³. O enlaçamento de um significante a outro em um deslizamento que tende ao infinito expõe uma repetida tentativa do sujeito de enunciar a totalidade da sua experiência. Entretanto, encontra a impossibilidade disso na própria linguagem que funda tal experiência⁶¹. Esta repetição é uma tentativa subjetiva de retorno ao momento de completude, momento anterior a falta instaurada pela perda do significante primordial por meio da castração, perfazendo um caminho psíquico de tentativa de retorno ao inanimado²³. Este significante perdido pode ser definido como significante mestre (S1), que discutiremos a frente.

Essa tentativa de retorno fracassa, faz repetir e deslizar a cadeia significante cada vez mais além. Evidenciando que na estrutura inconsciente que rege o encadeamento dos significantes há uma repetição estrutural que busca retornar ao instante zero, anterior ao começo do próprio sujeito barrado²³. Esta repetição traz a singularidade do traço unário do início da vida psíquica de cada sujeito falante e visa o gozo²³, um gozo total da inação da pulsão de morte⁷⁴.

Toda essa subjetivação pela linguagem não acontece no nada, ela acontece a partir de uma estrutura na relação de um outro que também fale⁵⁴. A experiência analítica evidenciou que a linguagem compartilhada socialmente é a condição estrutural da divisão psíquica e que desta divisão produz-se a fala, formada a partir do encadeamento de significantes e das falhas que irrompem em tal cadeia^{54,61}. Assim, tanto a hiância, o espaço entre um significante e outro, quanto os tropeços, aquilo que manca durante o deslizamento, são insurgências do inconsciente⁵⁴, passíveis de serem apreendidas e de produzir um saber para além daquilo que é falado²³.

No método narrativo, a narrativa também ultrapassa seu relato, sendo uma criação lógico-temporal e transcultural, produtora de compreensões co-construídas que vão além do fato narrado⁵². A partir de tal especificidade, é necessário adotar um referencial teórico confluyente com a concepção de que a narrativa é um

organizador lógico e temporal que possibilita a apreensão do *um da* experiência humana singular⁵².

Além disso, a teoria adotada tem que fomentar meios de interpretação do material narrativo para além da mera narração de fatos, contemplando a experiência de linguagem que a narrativa representa para além do narrador⁵¹. Partindo destes pontos imprescindíveis do método narrativo⁵¹ foi que construímos esta articulação com os conceitos psicanalíticos que evidenciamos ao longo do percurso metodológico deste texto, amparadas também na produção de outro autor⁴¹.

Como apresentado, na fala humana endereçada a outro semelhante há um discurso enquanto uma estrutura de linguagem que ultrapassa as palavras. Que repousa nas relações fundamentais dos significantes no campo do Outro, grafado com letra maiúscula, que não se refere a *um* outro semelhante²³, mas aquilo que é externo, compartilhado socialmente e, por tal, é prévio ao nascimento do todo ser humano⁶¹.

É no Outro onde se localiza o nome próprio, a língua, leis, costumes, tradições e todo o meio cultural social em que o homem se insere ao nascer, de onde advém todos os significantes^{23,61}. Logo, o sujeito é determinado pelo discurso do Outro antes mesmo de nascer²⁴. Esse processo impõe a inscrição em uma realidade discursiva anterior, completamente dependente da linguagem contudo “sem palavras”²³. Essa determinação ultrapassa a ordem daquilo que é falado, fundando uma estrutura socialmente compartilhada, que inconscientemente organiza e localiza as posições dos sujeitos nas relações estabelecidas em sociedade²³. Desta forma, o discurso enquanto estrutura é o que fomenta as relações, uma vez que opera no campo da linguagem compartilhada por todos os sujeitos^{23,61,75}.

Assim, como a estrutura discursiva psicanalítica, a construção de uma narrativa dos acontecimentos de uma experiência singular só acontece inserida em uma coletividade possibilitada pela linguagem e laço social^{35,61}. Esse ponto adiciona mais uma camada na compreensão do que se desenvolve socialmente pela linguagem, o que reafirma e reassegura a psicanálise enquanto práxis que, por possibilitar uma experiência de linguagem para além da arbitrariedade da conjunção de significante com significado, possui robustez para ser usada na análise de narrativas para além de um mero relato⁵⁴.

Nesse sentido, a psicanálise se reafirma enquanto aporte analítico de narrativas, pois sua práxis, ao supor a existência do inconsciente, possibilita uma

abertura para o que está no para além da fala possa advir. O que propicia uma experiência de linguagem outra, a parte dessa amplamente vivida, do aprisionamento do significante ao significado, onde aquilo que é dito se encerra de sentido em si mesmo^{54,65}.

Assim, como o psicanalista em seu fazer clínico, eu, a pesquisadora deste estudo, viso esse mais além daquilo que é dito, dessa outra experiência de linguagem para a produção de um novo saber científico. Baseada nisso, busquei, a partir de conceitos psicanalíticos e da pesquisa narrativa⁵⁵, articular um método científico capaz de coletar narrativas e analisá-las.

A partir da pergunta desse estudo, seu objeto e minha filiação teórica, articulei conceitos que contemplaram o objetivo deste trabalho. Desta forma, embasada neste dispositivo teórico metodológico construído até aqui, me ocuparei de compreender a experiência singular de linguagem a partir da narrativa pessoal que surge da interrogação: Como um psicólogo se autoriza a realizar uma clínica psicanalítica em equipamentos públicos de saúde mental?

Para interpretar as narrativas oriundas desta interrogação, utilizarei os conceitos psicanalíticos cunhados a partir da perspectiva do inconsciente estruturado tal como uma linguagem, articulados à teoria psicanalítica dos Quatro Discursos de Lacan^{23,24}, com a meta de responder ao objetivo deste estudo e produzir um novo conhecimento científico acerca da práxis dos psicólogos que desenvolvem uma clínica psicanalítica, visando compreender como se dá a autorização de praticar tal clínica. Desta forma, se faz necessário discorrer sobre a teoria dos quatro discursos que subsidiará a análise e compreensão das narrativas.

Em meio as manifestações que marcaram o final da década de 60, Lacan iniciou seu décimo sétimo seminário intitulado “O avesso da psicanálise”²³. Neste contexto histórico e social a noção de discurso, que já introduzimos até aqui, foi consolidada na teoria dos quatro discursos que concebe originalmente o liame social a partir da lógica da estrutura significante, essencialmente articulada ao campo da linguagem como o próprio inconsciente⁷⁵.

Os quatro discursos, completamente radicais entre si, são as estruturas mínimas de todas as relações no liame social^{61,75}. Ou seja, os discursos são localizadores das relações a partir da lógica do significante e da concepção do inconsciente enquanto um saber que não se sabe^{23,75}. Apesar de se apresentar enquanto um não saber à consciência, as formações inconscientes são passíveis de

serem interpretadas, fazendo deste um saber verdadeiro e sem um mestre, pois acontece à revelia do sujeito^{23,75,76}.

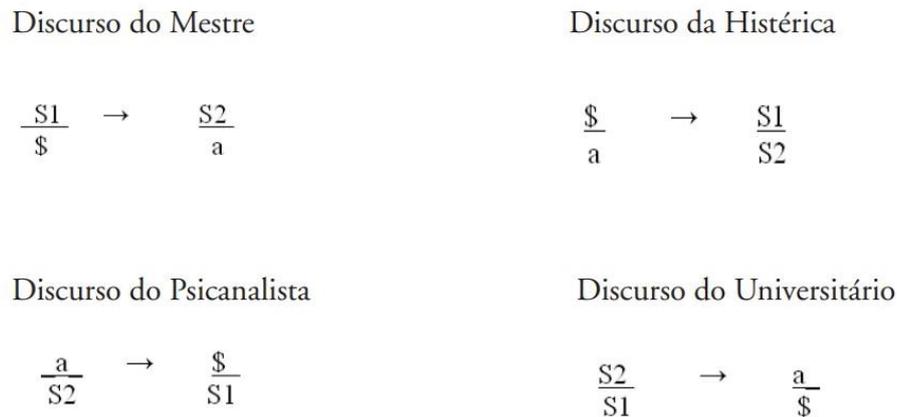
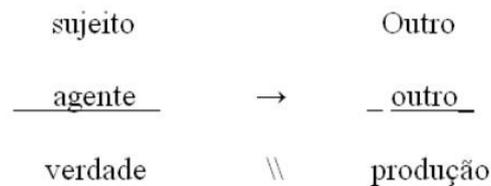
Na teoria dos discursos, a relação fundamental significativa, de onde emerge o sujeito do inconsciente⁵⁴, parte da marca da exterioridade do significante mestre, *S1*. Ele advém da fundação do inconsciente pela entrada da metáfora paterna, portanto é externo, advindo do campo do Outro²³. *S1* é o ponto de origem e de partida da estrutura discursiva²³, pois articula o campo do sujeito barrado e do Outro. Desta forma, *S1* comporta a singularidade do inconsciente de cada sujeito barrado, a verdade do sujeito do inconsciente²³. Ele intervém e ordena a cadeia significativa que irá deslizar, produzindo um saber²³.

Esse saber, redigido como *S2* é produzido na cadeia de significantes e é o próprio inconsciente, regido pelas suas leis e seus meios de produção²³. Desta forma, todos os seres humanos falantes possuem uma estrutura discursiva única, pois ela se sustenta na singularidade da gênese da vida psíquica de cada um²³. A verdade que este saber inconsciente porta, só pode ser acessada a partir de um semi-dizer⁷⁷.

A estrutura discursiva fomenta o deslizamento de significantes o que faz emergir o sujeito barrado, grafado como \$, um saber (*S2*) e algo de uma perda²³, uma vez esse engendramento acontece em uma repetição que convoca a castração²³. Esta perda se dá a partir do objeto perdido na castração, denominado objeto *a*, e representado pela grafia *a*²³. Esse objeto perdido é um mais-de-gozar, um buraco aberto situado no processo do saber a partir do cálculo dos significantes na cadeia, este objeto é a cifra do saber distinto daquele da razão, que marca o agenciamento da produção do discurso científico²³.

Assim obtemos a fórmula lógica da estrutura discursiva onde se tem em operação um significante mestre (*S1*) que incide e inicia o deslizamento; o sujeito barrado (\$) que emerge no intervalo entre cada significante; um saber (*S2*) resultante da cadeia de significantes e um objeto de mais-de-gozar (*a*), que resta desta operação lógica²³.

A partir da permutação singular dos termos *S1*, *S2*, \$ e *a* na mesma ordem²³ em quatro lugares fixos de: *verdade*, *agente*, *outro* e *produção*, obtemos uma estrutura de quatro pernas, o “quadripode”²³, de onde se originam quatro estruturas discursivas diferentes, os discursos do Mestre, da Histórica, do Psicanalista e o Universitário²³, como pode ser observado na imagem 3 abaixo.

Imagem 3: Os quatro discursos⁷⁸Imagem 4: Estrutura discursiva dos quatro discursos⁷⁸

Nesses locais fixados da estrutura discursiva, como na imagem 4 acima, o agente é o local onde se emite e se ordena o discurso, desta forma cada discurso terá uma diferente substância partir do termo que assentará nessa posição. Cada quarto de giro na estrutura quadripode produz um dos quatro discursos possíveis²³. Esses são discursos tão heterogêneos entre si, pois recobrem as profissões impossíveis como governar, educar, psicanalisar e fazer desejar⁷⁵. Foi a partir do advento do discurso analítico que permitiu o destacamento dos demais discursos na compreensão do liame social^{23,75}. Isso evidencia mais uma vez a robustez teórica da psicanálise na análise das narrativas, materializadas pela fala e possibilitadas pela linguagem no liame social, uma vez que a narrativa é endereçada a um Outro e trará obrigatoriamente em sua estrutura esses discursos.

O agenciamento do discurso do mestre se dá a partir de *S1*. Significante mestre no lugar de agente do discurso convoca o trabalho, mas não do deslizar dos significantes seguintes, mas o agenciamento de *S1* em *S1* repetidamente, gerando uma produção em si mesmo²³. Assim, o discurso do mestre dá primazia ao que se encontra no início e no fim, ignorando o que está no intervalo dessas produções, desconsiderando tudo que pode advir do deslocamento da cadeia e sua produção

de saber de $S2^{23}$. Nesse sentido, o significante passa a significar a si mesmo e sua repetição aprisiona o significante a um significado^{23,61}. Nada de novo se instaurara na ordem desse saber, tudo é sempre produto de tal, a ser acumulado ou subtraído²³. O que permite uma forma de laço a partir da condição dialética daquele que é um detentor de um saber absoluto sobre o outro, o mestre, e um servo que ao dotar o mestre, aliena-se de seu próprio saber, $S2^{23,61}$.

Este saber apreendido do discurso do mestre é capaz de incluir tudo com um forte empuxo a dominação pela maestria, e o que constitui a sua verdade em nada tem a ver com a causa \mathcal{A} do sujeito²³. Logo, esse discurso apenas encontra um contraponto no discurso do analista, uma vez que o discurso do inconsciente, pautado no desejo, se impõe como um fato, como pode ser visto nas rupturas de discurso, insurgências nas cadeias de significantes e as formações inconscientes como sonhos, chistes, atos falhos, esquecimentos, mitos, sintomas e memórias encobridoras^{23,24}.

O discurso da histérica é agenciado pelo $\$$, o desejo surgido da insatisfação primeira, na forma do desejo de saber, evidenciando aquilo da linguagem que derrapa, que manca, que cai^{23,54}. O discurso da histérica revela a relação do gozo no discurso do mestre. Uma vez que o saber, $S2$, no discurso da histérica ocupa o lugar de produção enquanto no discurso do mestre, o local da produção é ocupado por \mathcal{A}^{23} . Ao desmascarar essa relação, o discurso histórico se aliena ao $S1$, permanecendo solidária ao discurso do mestre do qual se origina a partir de um quarto de giro²³.

O discurso universitário se agencia a partir de $S2$ e é onde o discurso da ciência tem sua fundação. Aqui, o lugar de verdade é ocupado pelo imperativo do trabalho de $S1$ como no discurso do mestre, o que convoca o mandamento de sempre se saber mais, produzir mais, incansavelmente a partir do apagamento do sujeito²³. Nesse sentido, a função dos autores nesse discurso não é para mostrar o efeito do sujeito do inconsciente presente na produção de saber, mas para cancelar e legitimar a produção a partir do nome e renome daquele que produz^{23,75}. Fato muito comum no meio acadêmico na atualidade. O saber aqui também é tido como inteiro e absoluto e toda pergunta sobre a verdade do saber da experiência do *um*, advinda do enigma, do semi-dizer é silenciada, tamponada pelo saber tido como completo⁷⁵.

O mais de gozar, o objeto a , causa de desejo é quem agencia o discurso do psicanalista²³. Assim, o analista se empenha enquanto a mira para a operação de uma psicanálise a partir das marcas deixadas por um desejo de saber²³.

Objeto a , enquanto agente, é o lugar que o analista deve se colocar discursivamente ao operar sua práxis²³. Sendo assim, o discurso do analista é exatamente o oposto do discurso do mestre, pois o que aparece na parte de cima do quadripode é a relação a com $\$$ ²³. Isto é o que está comprimido e interditado sob a barra no discurso do mestre²³. Desta forma, é essa radicalidade que permite que o que pode ser sabido, $S2$, seja convocado ao lugar de verdade sobre o $\$$ interrogado²³. Neste discurso, há a operação artificial de histerização do discurso do analisante, ou seja, ato de interrogação do saber em sua função de verdade²³.

É nesse lugar de repúdio a um saber formalizado a parte do inconsciente, como vimos no discurso do mestre e universitário, que o analista deve se sustentar²³. Entretanto esse saber completo agenciado por $S1$ e externo, sempre foi presente e é ele que articula a possibilidade do discurso analítico. Este fato evidencia e localiza o ineditismo e a subversão que o discurso do analista instaura²³.

Sustentar-se nesse lugar de mais-de-gozar, onde o analista se coloca, é da ordem do impossível, aqui definido impossível como da ordem do real, aquilo não passível de simbolização. É esta posição que abre espaço para a associação livre e, o mais importante, promove o deslizamento significante²³. Ocupar tal posição radical convoca a angústia no sujeito do analista, afeto este que tem como objeto a impossibilidade de ocupar esse lugar²³. Isso evidencia que fazer-se desejar, ou seja, o agenciamento de a na prática analítica, ao lado de governar e educar são funções do impossível²³. Desta forma, o discurso do analista, como forma de laço social ao se ocupar da linguagem e do sujeito do inconsciente, subverte teorias positivistas^{79,80} e o saber formalizado e circulante, produtos do discurso do mestre e universitário²³.

São essas particularidades mostradas até aqui, de tudo que se encadeia e se subverte no liame social ao se sustentar um discurso analítico, que evidenciam a importância de se pensar como os psicólogos se autorizam a ocupar esse lugar impossível dessa estrutura discursiva e a partir dela desenvolver uma clínica de práxis psicanalítica em equipamentos públicos de saúde mental a partir do modelo de atenção psicossocial³⁰ na prática de uma clínica ampliada³⁶, o que fortalece e evidencia ainda mais a importância deste estudo.

Além disso, a relação $\$$ com a no discurso do psicanalista é a fórmula da transferência, relação temporal de atualização do inconsciente do analisante na relação com o analista, um dos pilares da análise^{74,81}. É exatamente esta relação, como mostramos anteriormente, que subverte o discurso do mestre e faz produzir um saber a partir do inconsciente. Tal virada possibilita a produção em psicanálise de um saber outro, passível de ser pensado e transmitido, mas em outro agenciamento, não de $S1$ e sim a partir do desejo, a , de cada sujeito ali envolvido²³. A escolha pela psicanálise como aporte teórico para a interpretação das narrativas advém da afinidade teórica com a pesquisa narrativa e a transferência da pesquisadora com a psicanálise⁸². Desta forma a pesquisadora deste estudo se coloca em transferência com os textos psicanalíticos para a escrita, desenvolvimento desta pesquisa e na coleta das narrativas dos sujeitos pesquisados a partir do lugar do não saber.

Logo, desta transferência com textos psicanalíticos e com a própria pesquisa culminará na transferência de trabalho à escritura psicanalítica e à produção de um conhecimento, como prolongamento e transmissão da própria psicanálise, abrindo a possibilidade da análise das narrativas e da produção de um saber da experiência desse momento dialético entre pesquisador e sujeitos⁸². Este conhecimento científico foi produzido a partir de um rigor metodológico da pesquisa científica, mas também houve nele um espaço para um saber outro, aquele produzido a partir do discurso analítico, para além do dominante dentro da instituição universidade que nos acolheu⁸³.

3.2. Local e sujeitos da pesquisa

Este estudo foi desenvolvido em Campinas, município do interior do estado de São Paulo, na região sudeste do Brasil⁸⁴. Fundada em 1774, possui uma área total de 796,4 km² ⁸⁵ e uma população estimada de 1.223.237 habitantes no ano de 2021⁸⁴.

O SUS em Campinas é organizado pela secretaria de saúde do município, a qual possui a Área de Assistência à Saúde Mental gerida por uma associação de serviços assistenciais filantrópicos permanentes denominada Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”. Esta associação atende usuários do SUS nos campos da saúde mental dos diferentes níveis de atenção e complexidade de acordo com planos

pactuados com o município. Ela ainda desenvolve atividades de cultura, meio ambiente, esportes e pesquisa⁸⁵.

O Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” tem sob sua responsabilidade os seguintes serviços: três CAPS álcool e drogas modalidades II e III, seis CAPS III, dois CAPS infanto-juvenil, cinco centros de convivência, um consultório na rua, três oficinas de geração de renda e quinze serviços de residência terapêutica. Estes serviços trabalham em cooperação sob a forma de rede articulada as demais redes de saúde do SUS existentes no município⁸⁵.

Os CAPS são centros de atenção psicossocial que, por meio de uma equipe multiprofissional em uma perspectiva interdisciplinar, oferecem atendimento às pessoas com transtornos mentais persistentes e graves, assim como para sujeitos com necessidades oriundas do uso de álcool, crack e outras drogas. Dentro das modalidades de organização dos CAPS, o CAPS III atende usuários portadores de transtornos mentais persistentes e graves, oferecendo serviços de atenção de forma ininterrupta. Oferece serviços de saúde mental, entre eles acolhimento noturno e retaguarda clínica, nos municípios e regiões com mais de duzentos mil habitantes. Os CAPS AD III oferecem leitos de observação e monitoramento, assim como serviços e cuidado em saúde mental de forma ininterrupta para a população com necessidades oriundas do uso de álcool, crack e outras drogas. Esta modalidade também é indicada para locais com população acima de duzentos mil habitantes⁸⁶.

Os sujeitos da pesquisa foram os psicólogos que atuavam nos CAPS III e nos CAPS AD III, dispositivos da RAPS do município que atendem a sujeitos adultos⁸⁶. Optou-se por delimitar estes locais de pesquisa uma vez que a clínica psicanalítica infantil tem suas particularidades que a diferem da clínica de adultos⁸⁷.

Os critérios de inclusão para os sujeitos dessa pesquisa foram: terem trabalhado há pelo menos um ano no CAPS III ou AD III, o exercício da clínica de orientação psicanalítica para delimitação terapêutica nesses serviços e que trabalharam no período da coleta dos dados.

Os sujeitos selecionados foram aqueles indicados pela instituição responsável pelos serviços. A seleção ocorreu da seguinte maneira: o projeto desta pesquisa foi apresentado durante a reunião de equipe dos equipamentos, a partir desta apresentação os psicólogos que cumpriram os critérios de inclusão se disponibilizaram a participar. Tendo identificado estes profissionais, a instituição criou uma lista de participantes para o contato da pesquisadora.

Todos os psicólogos indicados foram contatados, aceitaram participar do presente trabalho e, após leitura e anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram entrevistados. O total de entrevistados caracterizou por nove sujeitos distribuídos em quatro CAPS III e dois CAPS AD III. Sete desses sujeitos foram mulheres e dois homens.

3.3. Coleta dos dados

A entrevista semiestruturada foi o instrumento utilizado para a coleta de dados. Seguindo uma lógica investigativa, este instrumento da pesquisa qualitativa é caracterizado pelo uso da linguagem para coleta de concepções, opiniões, descrições e avaliações por meio de um roteiro de perguntas disparadoras, abertas que convoquem a fala livre do entrevistado⁸⁸. Tendo essas características, este é um instrumento bastante eficaz para a coleta de narrativas apoiadas no referencial teórico adotado^{88,89}.

Nesse estudo foram respeitadas as condições básicas para o desenvolvimento da entrevista, como a escolha de um lugar adequado para sua realização, sujeitos que estejam dispostos a participar e a narrar sua história, dispor de tempo suficiente para a realização da entrevista de forma tranquila, propiciando a fala mais livre do entrevistado⁸⁸. As entrevistas foram individuais, gravadas em mídia digital e transcritas integralmente.

O roteiro de entrevista deste estudo contou com duas questões disparadoras da narrativa: *“Como foi seu percurso para se autorizar a atender a partir da psicanálise no CAPS?”* e *“Dê-me um exemplo de um caso em que você considera que sua clínica se sustenta ou se sustentou a partir da psicanálise.”*.

Foi feito apenas um encontro e uma entrevista com cada participante, que tiveram a duração média de uma hora cada.

3.4. Análise dos dados

Ao se desenvolver uma pesquisa a partir de um dispositivo teórico psicanalítico, deve-se considerar que ela se desdobrará a partir do campo da experiência inconsciente, o que difere do ideal científico positivista⁷⁴. Desta forma, o ideal da neutralidade científica pregado pelo discurso universitário dá lugar para o desejo e o saber que pode ser produzido a partir dele^{23,74}.

Desta forma, um pesquisador que realiza uma pesquisa de investigação psicanalítica se encontra diante de um saber furado, incapaz de recobrir a pergunta de pesquisa. Ao se aproximar deste furo no saber, o pesquisador se encontra na posição como a de um analisante, que chega à clínica com uma interrogação sobre si⁷⁴. Assim, o pesquisador, tal qual um analisante, produzirá um saber implicado a partir de seu desejo, na tentativa de circunscrever o furo do saber por ele apontado⁷⁴. Estas são as vicissitudes que interpelaram a análise dos dados e que marcaram a posição da pesquisadora ao desenvolver os passos da análise a seguir.

Após a realização das entrevistas, elas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora. Esta tradução do oral para o escrito é essencial para análise, podendo ser empobrecedora ou enriquecedora do material coletado⁸⁸. A transcrição integral deve conter as especificidades da fala, como timbre da voz, ritmo, entonações e modulações, as emoções, tudo que surgir no campo narrativo⁸⁸. Uma transcrição integral é aquela que preserva a dinâmica da fala, o que enriquece a análise que se seguirá dela⁸⁸.

Após a transcrição, seguiu-se a análise das narrativas em dois passos: o primeiro passo foi a análise do conteúdo-integral, caracterizada pela análise do todo narrativo; o segundo passo foi a análise forma-categorial, caracterizada pelo destacamento de unidades significativas que compõem a narrativa⁵¹.

A análise do conteúdo-integral foi realizada a partir de repetidas leituras com atenção uniformemente flutuante até o surgimento de um padrão. Este padrão evidenciado delimitou o foco da narrativa, que é entendido como aquilo de que ela trata e deve ter seu significado implicado no contexto da narrativa como um todo⁵¹.

Além da delimitação do padrão narrativo, neste passo foi destacado os aspectos das narrativas que convocarem a atenção da pesquisadora durante as leituras, como as impressões iniciais e globais, exceções, contradições, descrições inacabadas, dissonâncias e assuntos que provocaram alterações no narrador⁵¹. A autora Lieblich⁵¹ indica destacar também os diferentes temas que surgirem nas leituras de conteúdo-integral, executando uma leitura para cada um dos temas separadamente e repetidamente, considerando sua implicação no contexto do todo narrado⁵¹.

O padrão evidenciado pelas repetidas leituras indicou os temas da narrativa, estes seguiram do início ao fim da história narrada, possuíam um grande espaço devotado a eles no texto, sua repetição foi observada até mesmo em omissões ou

referências superficiais⁵¹. O resultado da análise conteúdo-integral foi a apresentação de uma narrativa da pesquisadora construída a partir da leitura das narrativas, contendo os temas mais importantes tratados ao longo delas.

A análise forma-categorial tomou como foco as unidades que compõem a narrativa. Nesse estudo, a unidade foi considerada como uma palavra, sentença parcial ou completa, tendo seu destaque evidenciado pela sua importância a partir de seu conteúdo⁵¹. A seleção destes fragmentos se deu a partir da relevância com o objetivo deste estudo⁵¹. Partindo do aparato teórico do qual esta pesquisa se serviu, os fragmentos selecionados na análise forma-categorial foram considerados tal como os significantes, na concepção do registro da linguagem pela lógica inconsciente²⁴. Portanto, sua captura se deu por meio do método que colocou a pesquisadora no campo de apreensão de significantes, ou seja, a partir da leitura uniformemente suspensa das narrativas⁹⁰.

A partir das unidades destacadas na análise forma-categorial e do padrão narrativo evidenciado pelo passo da análise conteúdo-integral, seguiu a discussão destes elementos levantados a luz da teoria psicanalítica e do discurso do mestre, discurso da histórica, discurso universitário e o discurso do analista²³.

Todo o processo de análise está representado Imagem 5, representada a seguir:

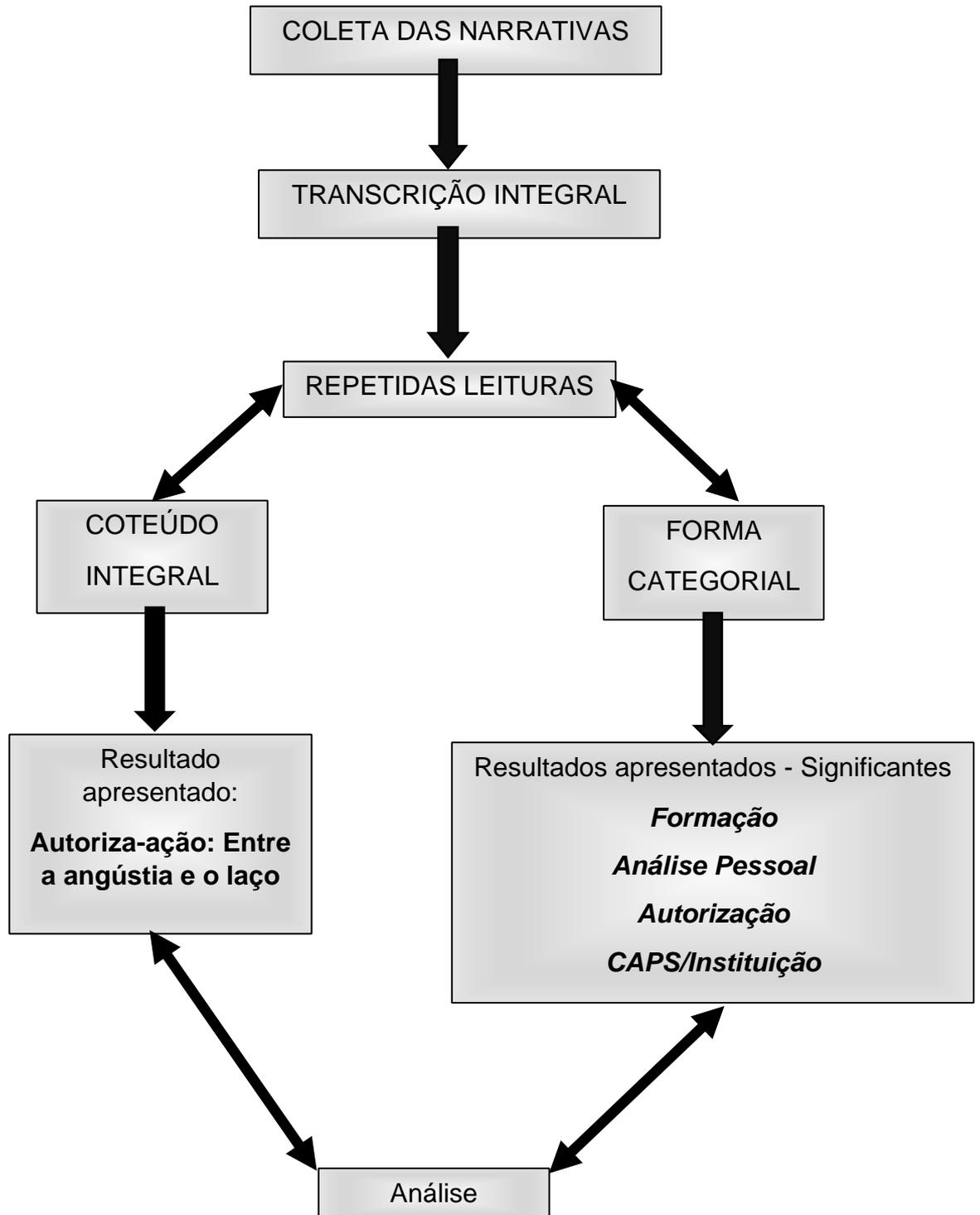


Figura 5: Procedimentos de seleção dos resultados e análise das narrativas

3.5. Aspectos éticos

Este projeto respeitou os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos presentes na Resolução 466/2012⁹¹.

Esse estudo foi submetido ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), foi aprovado em 19 de abril de 2021, sob o parecer 4.658.700 e com o número CAAE 44339121.0.0000.5404 (ANEXO 1).

Devido à crise sanitária da pandemia de COVID-19, este projeto também foi submetido ao Comitê de Crise da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP e a coleta de dados da pesquisa foi aprovada mediante resultado negativo do teste de COVID-19 pela pesquisadora e o cumprimento total das orientações sanitárias apresentadas pelo Comitê^{92,93}.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação dos órgãos citados acima e ocorreu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos (ANEXO 2). Para respeitar o sigilo de acordo com resolução 466/2012, os entrevistados foram denominados por algarismos arábicos em ordem crescente na sequência da ocorrência das entrevistas⁹¹.

4. RESULTADOS

Optamos por apresentar primeiro a análise forma-categorial pois consideramos que a leitura das unidades significantes destacadas auxiliará o leitor a contextualizar a narrativa desenvolvida na análise conteúdo-integral.

4.1. Resultado forma-categorial

4.1.1. Formação

O primeiro significante destacado foi o da **Formação**. Os recortes a partir desse significante apresentam que: apenas a formação autoriza o analista, a atuação clínica na formação do analista, a clínica da psicose como parte da formação do analista e a formação do analista ser algo sistematizado teoricamente.

E3: “Não vou me chamar de analista porque eu não tenho a formação em psicanálise.”

E5: “Na formação da graduação, [...] me deparo com algum caso, e a partir daquele caso eu entro em contato com algumas questões pessoais, através das supervisões. Aí eu vou a formação em psicanálise”

E9: “Então eu soube que ia ter uma vaga num hospital [...] e aí eu fui trabalhar lá porque eu queria, achava que para minha formação como psicanalista eu precisaria ter um contato com a psicose”

E6: “Eu acho que eu não estudo suficiente para ser bem sincera. É, eu entendo que é preciso uma formação. Eu fiz cursos, mas eu não tenho uma sistematização de estudo, como outros colegas têm por exemplo. Um estudo mais sistemático de participar de grupos de estudo, de fazer a supervisão. Eu não tenho essa sistematização da técnica, do estudo, como outros colegas. Eu considero assim, eu tenho algum conhecimento teórico, eu tenho os cursos que eu fiz e que me ajudaram na minha formação”

4.1.2. Análise pessoal

Outro significativo destacado foi o da **Análise Pessoal**. O significativo da análise pessoal aparece enquanto o primeiro contato com a psicanálise e com uma clínica não tradicional, parte da autorização na realização da clínica psicanalítica e parte da autorização de se aproximar da psicanálise.

E5: “para me autorizar a começar a atender pela psicanálise no CAPS, [...] o pontapé inicial foi análise pessoal, entendendo o lugar da psicanálise, sempre foi pensando a psicanálise em contato com aquilo de uma clínica não tradicional”.

E7: “acho que antes de fazer psicanálise no CAPS, tem um processo de autorização, pelo menos na minha história, de me autorizar a me aproximar da psicanálise e poder ocupar esse lugar, então isso vem antes de fazer isso no CAPS. É um processo bastante intenso... Me aproximei da psicanálise ainda na graduação, mas antes do meu contato na graduação eu comecei dentro do meu próprio processo analítico né. [...] a minha análise é um ponto bastante importante ter feito, ter conseguido ficar mais confortável na psicanálise”

4.1.3. Autorização

Outro significativo destacado foi o da **Autorização**. Nestes recortes observou-se que a autorização se renova a cada atendimento na clínica, aparece enquanto uma aposta no sujeito do inconsciente e que ela deve ser bancada pelo psicólogo junto a equipe que ele trabalha.

E2: “para me autorizar enquanto um psicanalista na prática do CAPS, eu precisei antes talvez entender o que talvez eu possa nomear enquanto uma prática clínico política da psicanálise. De forma geral são grandes questões essas, que eu acho que se renovam a cada atendimento, renova a cada caso que chega”

E4: “autorizar-se enquanto psicanalista é você apostar no inconsciente, é você apostar na emergência do sujeito, é você apostar na singularidade, nas respostas singulares”

E1: “eu acho que se autorizar enquanto um psicanalista tem a ver também em estar disposto a passar por muita coisa, eu acho que no sentido de bancar com a equipe, que vai ter certos

pensamentos, sabe? Uma certa ideia sobre como tem que ser os sujeitos”

4.1.4. CAPS e Instituição

Outro significante destacado foi o **CAPS e Instituição**, optamos por apresentá-los juntos conectados pela partícula “e”. Esta partícula é classificada na língua portuguesa como uma conjunção coordenativa aditiva, ou seja, ela relaciona termos independentes e significativamente equivalentes⁹⁴. Apoiadas na lógica significante e cientes da radical diferença entre significado e significante, optamos por apresentar essas palavras juntas em uma mesma categoria, pois aparecem por vezes como sinônimos nas entrevistas, porém separadas pela partícula “e” que lhes confere conexão e independência ao mesmo tempo.

Os recortes destacados destes significantes apresentam o alinhamento teórico da instituição com a psicanálise, influência do modelo de atenção à saúde na instituição e seus impactos para a autorização de uma clínica psicanalítica, ideal de cura, a angústia daquele que opera a clínica diante de casos gravíssimos e insolúveis e as demandas da instituição e os impactos destas na clínica.

ES: *“Esse CAPS aqui tinha uma super orientação psicanalítica lacaniana. Quase todo mundo que trabalhava aqui da equipe era analista, fazia sua formação. [...] Então foi algo que foi fundamental, ter uma autorização do C. [instituição] financeira, de pagar as supervisões. [...] era um entendimento da instituição que a equipe sabe o que é melhor para ela, que ouvido era melhor para ela para chamar”*

ES: *“quando você entra em um CAPS, por exemplo, nos serviços de saúde que tem um certo paradigma biomédico muito presente e vê o sujeito. Que na verdade tem um saber, que vai dizer sobre esses sujeitos. Tem alguns nomes muito, muito frequentes que a gente escuta na prática cotidiana, a abstinência, fissura, que são nomes que vão tamponar o surgimento, vão tamponar o sujeito na construção do seu saber singular, na construção da sua própria história de vida. Às vezes, eu acho que um certo saber psiquiátrico, muito presente no dia a dia do serviço, [...] nos núcleos mais médicos, digamos assim, um certo ideal da abstinência presente”*

E9: *“os CAPS, eles têm essa proposta de ser uma coisa psicossocial, de reabilitação psicossocial e eu acho que pela*

psicanálise é muito você dar condição de sujeito, do sujeito ser sujeito na vida, não ser um objeto da vida, ser sujeito e tal. Mas eu acho que às vezes tinha uma coisa muito, por exemplo, uns ideais de cura aqui [...].

E9: *“E eu vejo, por exemplo, que eu me observo e aos colegas recebem alguns casos [que não são para o CAPS] para aplacar um pouco essa angústia de estar sempre em casos gravíssimos, e meio insolúveis, entendeu? [...] Então eu acho que o CAPS, a gente precisa, é muito difícil para um profissional trabalhar com esse grau de complexidade dos casos e com esse tipo de funcionamento e linguagem que foge ao nosso esquema simbólico neurótico, sabe?”*

E7: *“todas as outras demandas, o faturamento, enfim. Cargo, ensino superior, ensino técnico... demissão, afff... [risos], vão atravessando as análises que precisam ser feitas dentro do serviço [...] mas tudo isso vai impondo, um ritmo institucional para a gente pensar a condução dos casos. [...] tem uma demanda de você fazer a alta, de você inserir pessoas no serviço, então isso vai dando, vai atravessando o tempo da escuta e é atravessar o tempo do sujeito [suspira].”*

E2: *“ter um tempo de sentar-se com aquele paciente exclusivamente sem ser interrompido. Então acho que eu consigo te falar mais mesmo desses desafios que a gente encontra pra conseguir mesmo exercer [uma clínica psicanalítica] aqui no CAPS”*

4.2. Resultado conteúdo-integral

Após as repetidas leituras foi apreendida a narrativa do conteúdo-integral elaborada pela autora a partir das nove narrativas coletadas.

Autoriza-ção: Entre a angústia e o laço

Nas repetidas leituras das nove narrativas dos psicólogos entrevistados sobre a autorização da realização de uma clínica psicanalítica, dois tópicos perpassaram as narrativas: a angústia e o laço.

As angústias narradas aparecem de duas formas. A primeira versa sobre as dificuldades nos serviços que emperram a autorização e se impõem como uma angústia do real do contexto. Como é de se esperar na psicanálise, a falta comparece, aparecendo parcialmente na falta de espaço, materiais e reconhecimento. Assim

como a luta diária na sustentação da clínica frente as faltas materiais nascidas da desigualdade social e que assolam os sujeitos assistidos nos CAPS antes mesmo que eles cheguem para o atendimento no serviço.

A segunda angústia narrada é a da formação, especialmente quando ela aparece enquanto um signo único, Inteiro e maciço, demandando algo impossível de cumprir. Neste ideal de formação há sempre algo que não se sabe, que não foi lido, estudado, cursado, analisado, explanado... Indo ao infinito, apresentando uma certa voracidade que convoca a tentativa, por parte dos profissionais, de preencher de conhecimento a falta que estrutura todos os seres falantes, sejam eles psicólogos ou não.

Alguns dos psicólogos que eu ouvi pareceram capturados, em uma postura estática nessa angústia voraz frente a formação, como da narrativa de um sujeito entrevistado que afirmou, categoricamente, que não se considerava um analista pois não fez formação. Em contrapartida, alguns outros profissionais narraram um caminho diferente.

Par e passo com a angústia está, nas narrativas, o laço enquanto possibilidade. No percurso de se autorizar de alguns dos entrevistados, o laço aparece na partilha das angústias, dos saberes e das palavras entre pares nas formações, nas equipes, nas supervisões e na própria análise pessoal.

A formação enquanto forma de laço é um saber fazer com a angústia, aparece a partir de um giro, de uma mudança de posição frente ao saber, sendo este agora não-todo, o que permite uma outra saída. Passando assim a ser uma forma-ação, pois visa o laço e compõe a autorização.

Portanto, posso dizer que as narrativas me contaram sobre uma autoriza-ação, que não é estática, sendo dialética e dinâmica. Que demanda de cada psicólogo, a partir da sua radicalidade subjetiva, uma ação diferente frente a angústia inerente de se autorizar a fazer uma clínica psicanalítica nos CAPS.

Dentre as várias saídas possíveis para estes sujeitos entrevistados, a que eu pude narrar foi que autorizar-se é estar diante da radical diferença entre a angústia voraz estática e a angústia enquanto mola para alguma ação. Frente a tal impasse, autorizar-se é se orientar para uma ação que soluciona esse embaraço pelo laço. Articulando assim uma forma-ação, autoriza-ação e orienta-ação psicanalítica de uma clínica possível dentro de um CAPS.

Para facilitar ao leitor, os resultados podem ser resumidos no seguinte quadro:

RESULTADOS	
ANÁLISE FORMA-CATEGORIAL	
NOME DA CATEGORIA	Tópicos destacados a serem discutidos
FORMAÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apenas a formação autoriza o analista 2. A atuação clínica na formação do analista 3. A clínica da psicose como parte da formação do analista 4. Formação do analista ser algo sistematizado teoricamente.
ANÁLISE PESSOAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primeiro contato com a psicanálise e com uma clínica não tradicional 2. Parte da autorização na realização da clínica psicanalítica e parte da autorização de se aproximar da psicanálise.
AUTORIZAÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1. A autorização se renova a cada atendimento na clínica 2. Aparece enquanto uma aposta no sujeito do inconsciente 3. Deve ser bancada pelo psicólogo junto a equipe que ele trabalha.
CAPS E INSTITUIÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1. O alinhamento teórico da instituição com a psicanálise 2. Influência do modelo de atenção à saúde na instituição e seus impactos para a autorização de uma clínica psicanalítica, 3. Ideal de cura 4. A angústia daquele que opera a clínica diante de casos gravíssimos e insolúveis 5. As demandas da instituição e os impactos destas na clínica.
ANÁLISE CONTEÚDO-INTEGRAL	
NARRATIVA DA PESQUISADORA: AUTORIZAÇÃO: ENTRE A ANGÚSTIA E O LAÇO	

5. ANÁLISE

5.1. Análise forma-categorial

5.1.1. Formação

Nos achados das narrativas coletadas foi observado que a formação autoriza o desenvolvimento de uma clínica psicanalítica.

Após a criação da psicanálise e a sua expansão pelo mundo, duas situações se impuseram: a crescente diversidade teórica do campo e a formação de novos analistas nesse contexto. A diversidade teórica tem seu início pelo desenvolvimento da teoria psicanalítica em múltiplas direções pelo trabalho clínico e teórico de psicanalistas pós-freudianos, o que trouxe novas compreensões sobre a função e a natureza dos objetos e a constituição psíquica. O que deu origem a pluralidade de escolas e linhas teóricas dentro da psicanálise contemporânea. Frente a tais processos, a formação de novos psicanalistas passou a ser uma preocupação e motivo de divergência no campo^{95,96,97}.

A *International Psychoanalytical Association* (IPA), associação criada por Freud e ativa até os dias de hoje, normatizou a formação e institucionalizou os critérios que autorizariam a realização de uma clínica psicanalítica por novos analistas⁹⁵. O surgimento de um analista, nesse contexto, está ligado a realização de um tripé de formação composto pela análise pessoal, estudos teóricos e supervisão¹⁶. Esta formação não se reduz ao mero processo de ensino e aprendizado e só é possível a partir de uma transmissão, ou seja, de um processo imbricado da aquisição dos conceitos teóricos por meio da experiência inconsciente. Em alguns casos, o estudo teórico é realizado em uma instituição psicanalítica também nomeada de escola de psicanálise. Essas escolas são tão diversas quanto as linhas teóricas dentro do campo⁹⁵.

O projeto institucional de formação nessas escolas se alicerça em concepções epistemológicas sobre o fazer do analista, sua formação e o objeto da psicanálise. Este último, diz respeito ao inconsciente, que se faz dizer nas narrativas das pessoas, o que o difere completamente de todos os objetos da ciência tradicional e de qualquer outra formação para o exercício de uma prática. Essa particularidade do objeto da psicanálise reflete, em sua peculiaridade epistemológica, na formação e no método de produção de conhecimento a partir da clínica, envolvendo tanto o analista quanto o analisando, em uma produção *in vivo*^{98,99}.

Essa relação da produção de conhecimento, clínica e formação foi observada também nos resultados deste estudo, onde evidenciou-se a importância da atuação clínica na formação do psicanalista.

A clínica psicanalítica não pode ser reduzida a aplicação de técnicas e procedimentos. Ela é um ensinamento que se faz no leito, de acordo com a significação da própria palavra grega *kline* que deu origem ao termo. A clínica psicanalítica, portanto, pode ser definida como aquilo que o analista faz diante do corpo do paciente, ao inclinar-se para escutar o discurso do sujeito do inconsciente e daquilo que lhe é mais particular^{25,100}. Desta forma, o exercício da função de analista na realização da clínica condiz com a articulação do método, das técnicas e da ética da psicanálise sustentados pela transferência¹⁰¹.

A transferência, presente em todas as relações sociais, é um fenômeno essencial para a realização da clínica e um dos conceitos fundamentais da teoria psicanalítica. Ela pode ser definida como a atualização do inconsciente do analisante na relação com o psicanalista^{77,101}. No início do tratamento psicanalítico há a sua instalação e é sobre ela que incidirá o manejo do analista, sendo este completamente distinto das formas culturalmente difundidas de lidar com este fenômeno¹⁰².

A atualização do inconsciente possível pela transferência evidencia uma certa relação com a repetição, não só do inconsciente, mas daquilo não cessa de não se inscrever na linguagem e não pode ser completamente conhecido^{24,54,77}. Esse caráter é o ponto paradoxal do fenômeno transferencial na experiência clínica, pois ao mesmo tempo que ela é condição para abertura do trabalho e a realização da clínica, a transferência convoca uma resistência, um fechamento, um obstáculo do próprio discurso e do acesso ao inconsciente¹⁰³. Desta forma, há na transferência uma temporalidade lógica, que não é reduzida ao tempo cronológico, mas orientada ao inconsciente¹⁰⁴. É na pulsação de abertura e fechamento do inconsciente que o ato do analista de interpretação se instaura, por meio da transferência, no tratamento¹⁰¹.

Freud em um de seus artigos sobre a técnica chamado “A dinâmica da transferência” de 1912¹⁰⁵, evidenciou um aspecto importante desse fenômeno, o amor na transferência. Ele define, a partir da experiência clínica, que na transferência há investido libidinal, em outras palavras, o analisante investe sua energia psíquica na relação com o analista, atualizando em sua figura experiências afetivas, por vezes ambivalentes como amor ou ódio, e sexuais, de prazer e desprazer, fixadas e instituídas desde o início de sua vida psíquica. Contribuições contemporâneas,

estendem essa compreensão, articulando a noção de amor enquanto repetição significativa na figura do analista¹⁰⁶. Logo, a lógica que rege a transferência se relaciona com a constituição do próprio sujeito, pela linguagem e com o Outro sempre presente.

A transferência, portanto, evidencia o laço particular criado pelo analisante com seu analista, seja pela via do amor ou do ódio, em uma temporalidade inconsciente onde o saber inconsciente se subjetiva. Essa relação comporta a forma como o paciente se coloca, inconscientemente, frente ao Outro e como isso se articula com o saber inconsciente sobre seu sofrimento e queixa¹⁰². Neste sentido, o manejo da transferência se coloca como uma das mais complexas e difíceis partes da atuação do psicanalista na clínica¹⁰⁵.

Além da importância no manejo clínico, a complexidade da transferência também se estende à formação do analista, pois evidencia o impasse de como se aprende e se ensina o que é da ordem da experiência individual na relação psicanalista e paciente. A resposta dessa questão advém da própria transferência⁸². Na análise pessoal, ela produz o trabalho transferencial do analisando na experiência com o psicanalista, pela via do amor ao saber, espaço privilegiado para transmissão da psicanálise, como evidenciado pelo tripé⁸².

Ao término de uma análise, onde poderá surgir ou não um analista, há a transformação do trabalho de transferência em transferência de trabalho. O saber suposto na figura do analista que produziu a análise deixa um resto, isso que sobra é direcionado, naqueles que ao final se tornaram analistas, ao trabalho com a psicanálise. A transferência de trabalho que passa a sustentar a prática, pesquisa e o estudo do psicanalista, assim como a escola e a formação em psicanálise, onde o desejo de saber articula uma transferência simbólica com a teoria, prática e transmissão da psicanálise^{82,107}.

Esse laço entre pesquisa e prática, possibilitado pela transferência de trabalho, foi o que Freud apontou como o componente principal da soberania da prática clínica na formação do analista¹⁶. Para o autor, o tratamento de cada paciente traz algo novo e apenas pela prática clínica que se pode aprofundar e teorizar sobre o inconsciente e o ser humano. Ele ainda complementa que a psicanálise é o único método clínico onde essa conjunção poderosa é possível e assegurada¹⁶.

Desta forma, os achados vão de encontro com a literatura ao evidenciarem que a prática clínica, a partir da complexidade do fenômeno da transferência, autoriza o

surgimento de um analista. Além disso, os achados acentuam que é esta prática que autoriza a realização de uma clínica psicanalítica na especificidade do contexto do CAPS.

As narrativas também evidenciaram a importância da clínica das psicoses na formação do analista. Pode-se relativizar esse achado ao fato da clientela do CAPS III, equipamento onde parte dos entrevistados atuam, ser constituída majoritariamente por usuários portadores de transtornos mentais graves, como a psicose⁹⁶. Entretanto, a clínica das psicoses também tem um papel importante na teoria psicanalítica, no que tange o conceito de transferência e, por consequência, na formação do analista.

Antes de seguir, é necessário definir real, simbólico e imaginário na teoria lacaniana, uma vez é fundamental na compreensão das estruturas e como se constitui a condição da psicose. Estes são os três registros que compõe a realidade dos seres falantes¹⁰⁸. O real, simbólico e o imaginário só podem ser considerados a partir de um nó que une os três, onde não há possibilidade de um sem os outros dois. O simbólico diz respeito à linguagem e a condição humana de seres atravessados por ela, onde se insere a lógica inconsciente, suas formações e o funcionamento significante. Já o imaginário contempla os fenômenos da noção de imagem do eu, da unidade corporal e psíquica, assim como fenômenos identitários sociais de ilusão de complementação, antecipação e ideais. Por último, o real é tudo aquilo que sobra, formando um resto impossível de se simbolizar, mas que se presentifica junto aos outros dois registros^{109,110}.

No início da psicanálise, tanto a clínica quanto a transferência foram estruturadas a partir do tratamento dos sujeitos neuróticos. Nesses casos, nas denominadas neuroses de transferência, a relação transferencial acontecia de diferentes formas simbólicas e imaginárias, o que dava abertura para o ato analítico, ou seja, a interpretação dessas formas pelo analista. Enquanto para sujeitos psicóticos, a psicanálise era contraindicada, pelo menos até aquele momento do desenvolvimento da teoria e técnica^{111,112}. Nesse primeiro período, a psicose, como era denominada a condição de pacientes esquizofrênicos e paranoicos, era entendida a partir da noção do abandono das relações objetais e do contato com o mundo externo, sendo denominada de neuroses narcísicas¹¹³.

Autores pós-freudianos além de terem colocado fim à contraindicação da psicanálise no tratamento das psicoses, avançaram na compreensão sobre a

transferência, introduzindo a noção do sujeito suposto saber, central na compreensão desse conceito em toda a clínica psicanalítica¹¹⁴.

No ensino lacaniano, a psicose, ao lado da neurose e da perversão, é uma das três estruturas psíquicas possíveis frente a castração e a entrada na linguagem. Na neurose tem-se como saída o recalçamento do significante primordial, chamado de Nome-do-pai, o que instaura a falta e funda o inconsciente. Na perversão, há a recusa, negação e desmentido da castração e do significante, porém assim como na neurose, há a inscrição desse significante, a entrada no simbólico e fundação do inconsciente. O que difere é o lugar que o saber ocupará nessas estruturas¹¹⁵.

Por fim, há na psicose a forclusão do Nome-do-pai, ou seja, não há a inscrição do significante primordial, logo não há entrada nem no simbólico e nem o mesmo uso da linguagem. Ou seja, o sujeito que possui uma estrutura psicótica se encontra sempre na posição de objeto, exposto ao horror do real sem a mediação do simbólico, como na neurose e perversão. Nesse sentido, o sujeito psicótico fora de crise apresenta severa angústia, assim como sentimentos de aniquilação e desfragmentação do eu. Enquanto em crise, exibem delírios e alucinações como tentativa de defesa frente ao real. Quando tal defesa não se faz suficiente, há a automutilação, autoextermínio, entre outros atos mortíferos¹¹⁵.

A transferência foi apontada por Freud como a dificuldade para o tratamento de sujeitos psicóticos, afirmando que era impossível estabelecer um laço transferencial com eles^{113,116}. Lacan, anos depois, inicia seu trabalho de releitura da obra freudiana a partir da clínica das psicoses, buscando retificar limitações teóricas e clínicas no tratamento desses casos^{117,118}. Lacan é enfático ao afirmar que não se deve recuar frente a psicose¹¹⁹, pois assim como o neurótico, o psicótico pode ser escutado, como todo ser humano, nas diferentes formas de estruturação da linguagem¹²⁰.

Como já apontado, a transferência é condição de uma análise. O estabelecimento dessa relação analista e analisante acontece a partir de um investimento libidinal, ou seja, de energia psíquica. Na neurose, esse investimento do paciente no analista se apresenta de diferentes formas, como idealização, erotização, sublimação e identificação, a nível simbólico ou imaginário. Cabe ao analista identificar do que se trata tal investimento para manejá-lo e interpretá-lo¹²⁰.

Na clínica da psicose, esse investimento é requerido muito mais por parte do analista, demandando que suporte o estabelecimento da transferência nesses casos. Pois na psicose, não há impossibilidade de transferência, pelo contrário, há uma

transferência maciça, não mediada pelo simbólico como na neurose. Que incluiu a figura do analista nas produções delirantes positivas, como o protetor, cuidador etc., como em produções negativas, enquanto aquele que persegue, que invade, entre outras construções^{119,120}.

Além disso, o agenciamento pelo discurso do analista pressupõe a existência de um sujeito barrado²³, o que não existe na estrutura da psicose. O analista ao se colocar como objeto α convocaria o sujeito dividido, entretanto o que responderia a essa convocatória na psicose seria a própria foraclusão, com seus fenômenos e respostas frente ao real^{119,120}.

Portanto, a clínica da psicose tensiona e impossibilita que o psicanalista opere pelo seu próprio discurso, o da psicanálise. Logo, o tratamento possível na psicose acontecerá por um forçamento do discurso do mestre, onde o analista operará enquanto sujeito barrado, $\$$, e não como objeto α ^{114,121}. Onde o psicanalista terá uma posição mais ativa, respondendo a enunciados e convocações possíveis e impossíveis do psicótico^{114,121}. Desta forma, na clínica psicanalítica da psicose, assim como em qualquer trabalho analítico, a mirada é na suposição do inconsciente e que este possa advir, com a especificidade de que cabe ao analista o lugar de secretário do alienado na construção de sua posição frente ao real¹²².

Portanto, a clínica das psicoses destitui a demanda de saber direcionada ao analista, como nas análises neuróticas, cabendo a este suportar esse tipo de transferência, operar de outro lugar, secretariando^{114,122}. A transferência na neurose, a partir da noção de sujeito suposto saber, se instaura pela ilusão estrutural, portanto fundamental de que há um Outro que complementa e sabe qual é o desejo. Essa ilusão neurótica que instaura a transferência, é o que possibilita o início do tratamento pois, simbolicamente, coloca o analista no lugar do Outro^{114,122}.

Já na psicose, pela foraclusão não há mediação com o Outro, dito de outra forma, não há uma barreira que o separe e o proteja do Outro que faz dele um objeto de gozo e que o invade, com vozes e imagens, que o manipula e o observa todo tempo¹²³. Portanto, enquanto na neurose existe uma suposição de saber, na psicose há uma certeza de saber do analista, assim como do Outro¹²³.

Nesse sentido, a clínica das psicoses demanda do analista um tipo de manejo diferente da transferência, para que ela se torna aquilo que barra essa condição de

objeto do Outro que o psicótico se encontra. Essa manobra transferencial é o que possibilita que o sujeito possa advir para além de objeto¹²³.

Logo, a clínica das psicoses expõe o analista que a encara à regra fundamental da psicanálise: a associação livre, ou seja, o expõe, de maneira privilegiada, ao funcionamento inconsciente escancarado nas produções psicóticas. Logo, a partir da experiência da psicose é possível ver em ato o que está teorizado sobre a constituição psíquica, seus entraves e possíveis destinos. A escuta da psicose permite ao analista, ancorado na soberania da clínica juntamente à transferência de trabalho, presenciar e apreender a complexidade inconsciente da entrada na linguagem pelos seres falantes^{119,122,123}. Desta forma, as especificidades da clínica das psicoses incluem esta prática como ponto importante na formação de um analista. Somado a isso, este achado ainda evidencia que um psicólogo ao suportar e operar a clínica da psicose é o que compõe uma especificidade da autorização da realização da clínica em um CAPS.

Outro achado deste estudo sobre a formação foi a importância atribuída ao estudo teórico, um dos componentes do tripé, onde observou-se que a formação do analista deve ser algo sistematizado teoricamente.

Apesar da importância da acuracidade teórica e desta ser um dos pilares da formação de um psicanalista, ela não pode ser concebida exclusivamente enquanto aquilo que autoriza, desatrelada dos outros dois pilares. No texto “A questão da análise leiga” de 1926, Freud afirma a soberania do processo de análise pessoal na formação do analista¹⁶. É a partir das experiências com o inconsciente, experimentadas “de fato, no próprio corpo”^{16:223} do psicanalista em formação, que se articula o ensino teórico e o eleva enquanto parte da formação e o autoriza¹⁷.

O que é endossado pelo significativo análise pessoal, que será discutido a frente, de que há a implicação do sujeito do analista em sua formação. Pois a teoria psicanalítica quando aprendida apartada da experiência com o inconsciente se articula pela via do discurso universitário, agenciado por um conhecimento sistematizado, racionalizado, excluindo o sujeito e o saber do inconsciente. O que não corrobora nem permite a formação nem a mudança de posição necessária para a autorização de um psicanalista¹⁷. O perigo de uma autorização pela via exclusiva do conhecimento teórico apartado da experiência analítica e clínica, é bastante antigo e já fazia questão desde o início da psicanálise¹²⁴.

Embora os conceitos psicanalíticos estejam estruturados em uma teoria escrita na literatura, que inclusive fomenta disciplinas e pesquisas na universidade, estes só adquirem valor de autorização e de formação se orientados à experiência com o inconsciente em análise e na realização da supervisão clínica. A teoria por si só não autoriza a realização uma clínica psicanalítica, ela precisa estar articulada à uma experiência analítica, por meio de um “método do qual decorre uma experiência que, por sua vez, estabelece seu devido valor no caso a caso”^{125:383}.

Uma conduta clínica mecanicamente teórica é considerada selvagem, pois institui manejos teóricos, dogmáticos e prescritivos de fim curativo, não resulta na realização ética de uma clínica psicanalítica. A ética em si, remete a regulação e direção de ações. Portanto, a ética da psicanálise tem como regulação e direção a subversão radical ao desejo inconsciente sem qualquer referência a um bem-estar ou felicidade inata¹²⁶.

O analista opera a partir de um não saber, o saber inconsciente, que apesar de teorizado só pode ser apreendido através da experiência e de seu desejo. O analista, portanto, só opera deste lugar quando, a partir de um giro discursivo, do discurso universitário para o discurso do analista, se esvazia da fantasia imaginária de um saber todo, o que permite que a análise possa ser reinventada cada vez em cada caso^{17,125,127}.

Como apontado até aqui, no contexto do CAPS, a formação é parte da autorização da realização de uma clínica psicanalítica. Os resultados deste estudo mostraram a importância da análise pessoal, do estudo teórico e da prática clínica. Entretanto, apesar de ter sido citada nas narrativas, a supervisão não teve expressividade enquanto resultado, desta forma não constituiu uma categoria na análise dos dados.

No tripé atual de formação do analista, a prática clínica deve estar articulada à supervisão. Essa prática foi gradualmente incorporada aos três pilares de formação, passando a ser exigida e controlada pela instituição psicanalítica de formação a partir da IPA¹²⁸. Frente a diferentes abordagens e concepções de formação em psicanálise há, portanto, várias compreensões acerca da noção de supervisão, variando de acordo com a abordagem teórica dentro da psicanálise.

A supervisão pode ser compreendida desde uma análise-controle, nos moldes da IPA, que ocupa o lugar de um terceiro na análise conduzida pelo analista em formação. Deste lugar, um analista já formado e mais experiente conduz a supervisão,

auxiliando na compreensão dos pontos cegos, ou seja, de como a subjetividade do analista em formação incide ou não em sua atuação, das problemáticas presentes na função de analisar e de ocupar o lugar de analista. Sendo muito importante para a construção do pensamento clínico, no manejo e na direção do tratamento¹²⁹.

Assim como compreendida, em uma perspectiva mais lacaniana, onde deixa de ser uma atividade obrigatória, mas permanece como parte da formação, a partir da compreensão enquanto uma situação analítica, onde estão em cena o saber e a transferência. Onde cabe ao supervisor abdicar de sua posição de saber a ele suposto, permitindo que a surpresa frente ao novo de cada caso possa aparecer, sustentando as interrogações e incertezas, que são o motor do trabalho analítico¹³⁰.

Além da presença da supervisão no tripé de formação como destacado, a supervisão psicanalítica é uma prática presente nos CAPS e fonte de produção científica. Cabe apontar que a supervisão nesse contexto tem um enquadramento mais amplo que na clínica particular¹³¹.

A partir da orientação teórica lacaniana deste estudo, a supervisão toma o lugar de um espaço que compreende a impossibilidade da apresentação de um caso de forma completamente objetiva. Ou seja, a apresentação na supervisão implica o analista naquilo que ele fala sobre o caso que atende, apreendendo suas questões inconscientes e seus efeitos presentes na apresentação a ser supervisionada¹²⁸.

Como no fundamento do método psicanalítico, a supervisão também se constitui como um espaço para a fala *no* sujeito, que pelo deslizamento significante ele possa advir. Em outras palavras, a supervisão é uma situação analítica onde o analista pode endereçar sua fala a outro, aludi à essência da experiência analítica juntamente com a possibilidade de uma *super-visão*, ou seja, mais olhares e de diferentes ângulos, do que vai se desenhando a partir do quadro apresentado, buscando-se ver e ouvir para além do que é e pode ser dito¹²⁸.

É fato que essas questões podem ser faladas na análise pessoal do próprio analista, mas isso não é impedimento para que também seja feita em supervisão. Uma vez que é nesse espaço que há uma articulação das experiências da clínica com a teoria¹²⁸. A supervisão é um dispositivo para a transmissão da psicanálise pois ela articula o saber dos estudos teóricos com o não saber e o particular da experiência analítica a partir da escuta¹²⁸.

Logo, a partir dessa concepção de supervisão e a falta dela nos resultados, parece apontar para uma contradição, onde há uma formação como elemento da

autorização, em partes apartada da experiência psicanalítica. Dito de outra maneira, nos resultados, apesar da análise pessoal e a prática clínica aparecerem, a autorização também aparece articulada ao estudo teórico desatrelado do dispositivo da supervisão que teceria o não saber inconsciente da clínica com o saber da teoria psicanalítica.

Ou seja, observa-se nestes resultados o que parece ser uma formação em partes distanciada da experiência com o inconsciente, experiência esta repetidamente apontada como essencial na formação e autorização do analista. Esse resultado reforça a crítica lacaniana de que a formação do analista, nos moldes mais doutrinários da IPA, havia se distanciada do saber inconsciente¹³².

5.1.2. Análise pessoal

Como apontado no tópico anterior, há uma implicação do analista em sua formação. Isso é corroborado em mais resultados, onde observou-se a análise pessoal enquanto o primeiro contato com a psicanálise e com uma clínica não tradicional.

A noção de clínica tradicional pode ser definida pelas práticas de cuidado em saúde que, orientadas por uma corrente filosófica racional, estabelecem relações de saber e poder sobre os fenômenos humanos, objetificando os corpos e submetendo-os a saberes disciplinares¹³³. Nesse contexto, a cura é compreendida como a eliminação de um mal que acomete o doente por meio da aplicação de saberes em um método clínico¹³⁴.

A psicologia foi e é uma dessas ciências que disciplinou corpos por meio de um saber normatizador acerca da subjetividade e sobre o normal e patológico. Apesar do questionamento contemporâneo sobre esse caráter disciplinador da psicologia, é inegável que em sua clínica, tradicionalmente, há um saber completo sobre o sujeito e é o profissional que o possui, o que a mantém próxima de outras clínicas tradicionais como a medicina¹³⁴.

Neste sentido, a psicanálise se inscreve enquanto uma clínica não tradicional uma vez que atribui ao inconsciente a condição um saber que não se sabe. Isso quer dizer que o inconsciente é um saber que escapa de ser definido totalmente pelo simbólico²³. Cada sujeito falante apresentará formações do inconsciente que portarão um saber radicalmente singular, particular e único sobre aquela pessoa. Ao passo que universalmente, para todos os sujeitos que falam, o inconsciente é o não saber que

instaura o sujeito, que demanda leitura enquanto sintoma, que regula o funcionamento pulsional, a relação com os outros, o desejo, a apreensão da realidade e da lei¹³⁵.

Frente a esse não saber inconsciente inerente a clínica psicanalítica, há formas de fazer com esse saber não sabido. Uma delas é a construção de caso que será discutida no tópico CAPS e Instituição. Outra forma é a própria análise pessoal, onde o sujeito busca interrogar e se haver com o não saber presente em seu sintoma²⁵. Nesse sentido, este estudo mostrou que a análise pessoal é parte da autorização na realização da clínica psicanalítica e com a psicanálise.

Lacan foi um dos teóricos que se ocupou de pensar a questão da análise pessoal na formação em psicanálise. Ao fazê-lo, ele relê aquilo que foi teorizado por Freud e traz desdobramentos da experiência com inconsciente em análise na autorização do psicanalista¹³⁶. Nesta lógica, Lacan afirma que “o psicanalista só se autoriza de si mesmo”, ou seja, acrescenta-se mais uma categoria a formação do analista^{136:248}. Seus avanços retiram o poder exclusivo das escolas de psicanálise na autorização do analista, como havia sido desde Freud e é visto ainda hoje. Nessa perspectiva, não há um programa doutrinário institucional, nem uma instância de poder que pode habilitar um sujeito analista, este deve autorizar-se por si mesmo¹³⁶.

Nesta releitura lacaniana, a análise pessoal continua sendo a condição para a formação do analista, o item mais importante do tripé e da autorização. Lacan também desinstitucionalizou a análise enquanto didática, devolvendo a análise sua condição de pessoal e seu papel fundamental na formação. Uma vez que, enquanto experiência com o inconsciente, toda análise é didática e tem papel imprescindível no surgimento e na autorização da passagem de analisando para analista¹³⁷.

É a partir das experiências na análise pessoal que o analista se familiariza com o inconsciente. Sendo assim, a própria subjetividade do analista passa ao centro de sua formação e este o faz à medida que implica sua condição de sujeito, seus desejos, fantasias e seus processos inconscientes na sua formação^{16,138}. São as experiências com o inconsciente do analista que abrem espaço e autorizam a escuta analítica dos seus pacientes. Ao mesmo tempo, é em sua análise que o psicanalista em formação percebe e desfaz os pontos cegos de sua escuta. Também é na análise pessoal que há a possibilidade do surgimento do estilo próprio de cada analista na condução do tratamento de seus analisantes⁹⁹.

Observa-se o mesmo que foi discutido no tópico anterior, a formação demanda a implicação do sujeito do analista e uma aposta no sujeito barrado e no inconsciente

enquanto um saber. Ou seja, o saber que forma o analista e autoriza a sua clínica não é o saber científico, oriundo da verdade da compreensão consciente dos sentidos, mas do saber do inconsciente⁷⁹. O saber inconsciente enquanto aquele produzido pela intervenção de S1 no campo dos outros significantes e que faz emergir o sujeito barrado, observado na equação S1- $\$$ -S2^{139,140}.

A condição de saber não está na bateria de significantes da cadeia de S2, mas no sujeito barrado que emerge entre dois significantes, que é único no encadeamento significativo de cada pessoa. Nesse sentido, para a psicanálise a verdade tem outra relação com o saber. Ela é da ordem da fala, comparecendo sempre na forma de um semi-dizer, aquilo que aparece para além da relação significante e significado. No contexto de análise, pela fala única e radical de cada paciente, a verdade que resulta do curso dos significantes em direção da construção de um saber possível de ser dito por aquela pessoa sobre o impossível do real^{77:58}. Portanto, a verdade e o saber inconsciente são sempre singulares¹⁴⁰.

Logo a produção desse saber sob transferência na análise pessoal e na formação é o que autoriza o desenvolvimento da clínica para todo psicanalista, inclusive para aquele que tem diploma de psicologia e atua na clínica pela psicanálise dentro de um CAPS.

5.1.3. Autorização

Como exposto até aqui, a formação do analista se dá a partir de um tripé sustentado pela transferência que articula estudo teórico, análise pessoal e prática clínica sob supervisão, requerendo uma autorização. Essa noção de autorização foi elaborada por Lacan¹³⁶ e advém das críticas do teórico sobre a situação da psicanálise e da formação do analista naquela época.

A IPA, instituição fundada por Freud nos ditames do discurso do mestre, única a oferecer formação nos primórdios da psicanálise, além de deter o papel de disseminá-la pelo mundo e elevá-la ao patamar das ciências naturais, havia delimitado um modelo de formação com características acadêmicas e mais próxima do discurso universitário e do mestre do que do analítico^{23,141}. Essa formação padronizava que um candidato a psicanalista deveria se submeter a psicanálise exclusivamente com analistas autorizados da IPA; fazer estudos teóricos e supervisão e, após ser avaliado pelos analistas da alta hierarquia da escola, ser aprovado e assim autorizado a realizar a prática clínica¹⁴¹.

Esse modelo acadêmico, hierárquico e identificatório, ou seja, formar analistas em massa a partir do modelo do analista perfeito, aderidos ao ideal paterno de se recriar aquilo que Freud fez, era fortemente pautado no discurso universitário, na noção de um saber a ser aprendido, descrito, ensinado e aprimorado, o que excluía o imprescindível para a psicanálise: o inconsciente, que nasce da experiência de linguagem e que é radicalmente singular^{23,141,142}.

Lacan não estava alheio a isso, sendo ele um dos que teorizavam e apontavam esse dilema na formação dos futuros analistas. Desta forma Lacan, a partir da situação da psicanálise e da formação do analista naquela época, escreveu em 1967 uma proposição que devolveu ao inconsciente o papel central, reestruturando a instituição psicanalítica e a formação do analista¹³⁶. As contribuições lacanianas dessa reorganização constituíram a dissolução da hierarquia dos analistas da escola para um *gradus*, ou seja, uma organização dos analistas membros a partir do tempo de sua formação, considerando percurso clínico, análise pessoal e seu trabalho com a psicanálise e com a escola a partir dos dispositivos do cartel e do passe. E, por fim, o que toca diretamente neste estudo: a autorização do analista¹³⁶.

Sobre a autorização, a proposição estabelece que ela advém do próprio analista, a partir da sua experiência com o inconsciente. Ou seja, retorna ao singular, onde cada analista irá responder à questão de sua autorização a partir da sua experiência com o inconsciente. Somado a isso, também há a dos seus pares, ou seja, a autorização também a partir da escola e de seus dispositivos que a garantem¹³⁶.

Partindo teoricamente da noção de autorização acima colocada, o primeiro recorte encontrado que trata sobre isso foi o de que a autorização se renova a cada atendimento na clínica. Esse resultado encontrado corrobora com a literatura que afirma que a saída da condição de paciente para autorizar-se analista, durante o processo de análise, marca um ato que se introduz por meio de um tempo que é lógico e não cronológico⁹⁹.

Em um dos textos clássicos sobre a técnica clínica, Freud orienta que o analista aja como um cirurgião, mantendo-se neutro de suas emoções e sentimentos, deixando sua atenção uniformemente suspensa para ouvir sem selecionar previamente o que lhe é dito⁹⁰.

Lacan, em sua releitura de Freud, estende esse conceito, levando a máxima de que o analista deve se abster e ocupar o lugar de objeto na clínica. Sobre o conceito de objeto, a teoria psicanalítica aponta que para os seres habitados pela linguagem

não há “o” objeto do desejo, passível de ser encontrado e sanar tal demanda ou necessidade, mas há um vazio que circunscreve uma falta, sendo este buraco a causa do desejo, irremediavelmente sem objeto que o obture, o qual denomina-se objeto a .^{143,144}

A falta circunscrita no objeto causa de desejo, o objeto a , convoca aquilo que Lacan denominou de afeto que não engana, a angústia¹⁴³. Ao se fiar pela angústia na experiência analítica, Lacan pode teorizar que essa falta, causa de desejo, convoca tal afeto, pois é o ponto mais próximo da experiência de um desejo sem objeto e, portanto, sem substrato para simbolização, o que causa o horror do real^{143,144}. Pois o sujeito tem uma experiência real sem a mediação da linguagem, ou seja, do registro simbólico. Assim, a angústia se torna o sinal do desamparo escancarado frente a queda do imaginário e do suporte significante¹⁴³.

Esta falta, portanto, é o que coloca o sujeito a desejar e é motor para o deslizamento significante que opera mediante a angústia da experiência fora da linguagem^{143,144}. É a partir dela que o sujeito articula um complexo mecanismo de demandas que mascaram este desejo sem objeto, estabelecendo assim para cada sujeito sua subjetividade, assim como seu sintoma e uma ordenação lógica do laço discursivo a partir do simbólico¹⁴³.

A partir dessa conceituação é possível formalizar sobre o real que aparece em ato na clínica, naquilo que falha, repete e que a linguagem não é capaz de dar amparo ou expressar. Logo, a angústia que é convocada pelo objeto a é um norteador na clínica ao dar sinais e presentificar a falta, a saída do circuito das demandas e da aproximação do desejo daquele sujeito escutado^{143,145}.

Sabe-se que a clínica psicanalítica é movida pela transferência e do que surge a partir da sua instauração, como a angústia, as demandas e indícios do desejo do analisando. Entretanto também é necessário considerar o que acontece na outra ponta da transferência e que não pode ser reduzido a simples contratransferência, o que foi longamente teorizado como o desejo do analista¹⁴⁴.

A contratransferência pode ser definida como as reações inconscientes por parte do analista na relação transferencial. Ela passou a ter grande importância à medida que a transferência foi se estabelecendo como componente importante da análise. Desta forma, passou-se a discutir sua acuidade, do ponto de vista técnico, pois é o próprio inconsciente do analista se presentificando no trabalho analítico¹⁴⁶.

Lacan rompeu com essa compreensão, estabelecendo que há apenas a transferência entre analista e analisando.

Ao cabo de uma análise é esperado que o desejo possa advir sobre o logro circuito da demanda, que despista a angústia ao supor que há satisfação do desejo no saber simbólico e imaginário do Outro. E esse desejo não é exatamente o desejo do analista¹⁴⁴. O desejo do analista é marcado por algo a mais, conceituado como um desejo advertido de sua condição de saber sobre o real, que possibilita que a transferência se instaure e a clínica aconteça justamente pelo fato do real convocar o vazio no lugar do analista, na certeza de que nada sabe. Fiado no discurso do analisando, o analista se coloca enquanto um objeto vazio¹³⁷.

Ao fim de uma análise, não necessariamente de todas, há o surgimento de um analista, não enquanto uma pessoa encarnada mas enquanto o surgimento desse desejo outro, desejo que nasce no horror do encontro com o real, na abdicação de seu ser por parte do analista. Somente assim, nessa perda que o analista pode se oferecer como objeto a para seus analisantes, para que estes desejem e que o tratamento siga na direção estabelecida¹⁴⁴.

Portanto, o desejo do analista só é instaurado quando o psicanalista, em sua análise pessoal se desloca do horror do real para a consentir com um saber possível de se construir do real, saber esse que as ciências ignoram e que discursos do mestre e da universidade fazem questão de suprimir¹⁴⁴. É desse entusiasmo em saber que surge um analista, desse encontro com a verdade não toda do real, ou seja, da castração, mecanismo de defesa contra a angústia que define a estrutura subjetiva frente ao horror do real¹⁴⁴. Desse encontro que o desejo do analista advém e sustenta a análise e o compromisso ético com a construção e teorização de um saber inconsciente¹⁴⁴.

Desta forma, pensar a autorização da realização de uma clínica psicanalítica em um CAPS é reiterá-la todas as vezes que o psicanalista suporta o horror do real e escolhe se colocar enquanto objeto causa de desejo, a , destituindo-se de toda e qualquer pretensão e fantasia de indivíduo e de saber, para assim portar o discurso do analista e em ato atribuir ao inconsciente seu status de um saber.

O que nos leva a outro resultado, a autorização aparece enquanto uma aposta no sujeito do inconsciente. Como supracitado, a clínica psicanalítica rompe com a clínica tradicional em seu aspecto normatizador. Pela disciplinação dos corpos, a cura

na clínica tradicional resulta da aplicação dos saberes do profissional por meio do método clínico com o objetivo de eliminação de sintomas e cura da doença. Logo, as expressões e conceitualizações subjetivas do enfermo sobre a doença, assim como o encontro e a relação médico e paciente tem menos ou pouca importância¹⁴⁷.

Para a psicanálise, em contrapartida, a cura não está atrelada a se aplicar um método clínico de erradicação de sintoma ou alcançar um modelo de vida de acordo com o ideário moral e social de adequação. Diferentemente das ciências da saúde, o sintoma tem outro estatuto na teoria psicanalítica. Ele é central na experiência analítica pois é seu campo de atuação¹⁴⁸.

Portanto, a noção de cura em psicanálise não busca a supressão e eliminação sintomática, como nas ciências da saúde. O método psicanalítico proporciona uma diminuição do sofrimento, mas seu principal objetivo é indagar o sujeito sobre o que há dele naquilo que ele sofre¹⁴⁸. E, por meio da análise do sintoma, que o sujeito possa sair da condição de quem apenas sofre para a de quem tem um saber fazer com aquilo de que se queixa. Logo, o processo de análise permite ao sujeito que se desidentifique do sofrimento de seu sintoma e se dê conta da sua singularidade presente naquilo. E assim possa manipulá-lo, desenvolvendo um saber e um fazer com seu sintoma ao invés de meramente sofrer alienadamente dele¹⁴⁸.

O sintoma é, na maioria dos casos, o que leva uma pessoa buscar uma análise, se apresentando enquanto um enigma a ser interrogado que, apesar de infligir sofrimento tem uma função¹⁴⁸. O sintoma, portanto, apresenta algo de irreduzível, essa irreduzibilidade é a particularidade do encontro de cada sujeito com o real, aquilo que não se inscreve no simbólico, evidenciando formas de gozo únicas e a radicalidade singular a cada sujeito no encontro com aquilo que não é capaz de simbolizar¹⁴⁸.

Adotar essa noção de cura e de compreensão sobre o sintoma só foi possível ao se resgatar na clínica, por meio do discurso analítico, a função da escuta do analista orientada para a fala do paciente enquanto fonte de saber. Legitimar a experiência de fala do paciente como via de acesso ao saber é uma subversão a racionalidade da clínica tradicional e é uma das contribuições da psicanálise para a área da saúde¹¹⁷. Tanto o convite ao paciente para que ele fale em associação livre quanto a escuta do analista estabelecem, portanto, uma forma de laço social pela via do discurso da psicanálise, que instaura a condição para que a verdade inconsciente seja dita, sempre não toda e em semi-dizer, que o sujeito barrado emergja entre os significantes e que o saber inconsciente seja construído^{23,117}.

Essa subversão psicanalítica é pautada na noção da linguagem como o material que constitui o homem, portanto central na experiência humana. Também caracteriza o inconsciente estruturado como uma linguagem, ou seja, uma narrativa desconhecida, mas que se faz presente em breves aparições como as formações inconsciente e na cadeia significante, evidenciando o inconsciente como discurso do Outro¹¹⁹. É desse alicerce que se apreende que sendo o inconsciente uma estrutura de linguagem, ele se articula na fala dos sujeitos. Sendo a experiência analítica um processo de retorno a função da fala dos sujeitos a partir desta concepção da linguagem^{24,149}. A linguagem apesar de ser o campo e o meio de comunicação onde se institui o inconsciente e a psicanálise, também se apresenta como uma resistência a fala, pois sempre há um resto não simbolizável, o real. Logo, a linguagem é o meio e a resistência da fala plena^{24,149}.

Na teoria lacaniana, há a constatação da fala plena e da fala vazia na cena analítica. A fala vazia é impregnada do registro imaginário, ou seja, é preenchida com a concepção de eu e seus ideais. Nela há a experiência de linguagem de fusão significante-significado, como vemos no discurso do mestre e universitário²³. Já a fala plena, também reconhecida como “verdadeira”, é a que mais se aproxima do desejo e da verdade do sujeito. Logo, o objetivo de uma análise é que o próprio sujeito apreenda a cumplicidade entre sua verdade em semi-dizer, sua história e seu desejo, assim como o reconhecimento desse desejo por ele, no trabalho analítico estabelecido a partir do convite à associação livre realizado no discurso do analista, o que pode causar o efeito de fala plena desse sujeito¹⁴⁹.

Portanto, toda vez que um analista faz um convite a fala livre e se põe a escutar um usuário em um CAPS, agenciado por tal discurso, se instaura em ato uma aposta no sujeito do inconsciente, autorizando a clínica psicanalítica que se renova e se reafirma a cada atendimento neste equipamento.

Também foi evidenciado nos resultados que a autorização deve ser bancada pelo psicólogo junto a equipe que ele trabalha. Em uma proposição sobre a formação do psicanalista e a escola de psicanálise, Lacan define a psicanálise por extensão e por intensão. A primeira diz respeito a presença da psicanálise no mundo para além do consultório, tanto na própria escola de psicanálise quanto outros espaços como instituições, escolas, universidades e na pólis. Já a psicanálise por intenção diz respeito a análise pessoal em si, aquilo que se estabelece pela fala na relação transferencial paciente e psicanalista¹³⁶.

Autores contemporâneos^{150,151,152,153} tem ampliado o conceito de psicanálise por intenção ao teorizar sobre o trabalho do psicanalista na instituição de saúde e sua participação em equipes. Onde apesar de ser uma clínica modificada, ela ainda é em intenção, agenciada pelo discurso do analista e orientada pela escuta, transferência e a fala dos sujeitos^{150,151,152,153}.

No contexto do CAPS, o trabalho em equipe é central. Se organiza de maneira multiprofissional a partir de uma lógica transdisciplinar para o cuidado. A equipe é um dos pilares que sustentam a lógica do cuidado no CAPS, ao lado do Plano Terapêutico Singular (PTS), matriciamento, ambiência e cuidado no território. A portaria do Ministério da Saúde define que a equipe técnica mínima de um CAPS III deve conter um enfermeiro com formação em saúde mental; dois psiquiatras; cinco profissionais de nível superior (psicólogo, farmacêutico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo, entre outros) e oito profissionais de nível técnico médio (técnicos de enfermagem, administrativo, artesão, etc)¹⁵⁴.

Nessa equipe multiprofissional, nos casos dos entrevistados nesse estudo, a presença da psicanálise acontece na atuação do psicólogo. Como temos visto até aqui, a clínica psicanalítica subverte a lógica da clínica tradicional, mesmo quando realizada em um CAPS. O deslocamento do saber do profissional e das disciplinas para a subjetividade do paciente, a noção de cura e de sintoma podem causar estranheza para outros profissionais da saúde que atuam sob o paradigma da clínica tradicional^{126,135,148}.

O objeto *a* é o agente do discurso do analista assim como o objeto da psicanálise por ser a causa de desejo e de angústia. Esse objeto foi inicialmente teorizado a partir do termo freudiano *unheimlich*, que pode ser traduzido como infamiliar ou estranho¹⁵⁵. O campo do Outro produz uma estabilização imaginária, em outras palavras, estabiliza a imagem corporal em uma identificação com um eu completo, protegendo o sujeito com essa imagem de eu do real, do não sentido do corpo. Nesse contexto, o *unheimlich* aparece na clínica nos momentos em que essa construção de eu é abalada pela proximidade com o real^{155,156}. O sujeito, portanto, tem notícias desse infamiliar todas as vezes que uma formação inconsciente impõe seu saber à consciência e faz vacilar as identificações simbólicas e imaginárias do sujeito¹⁵⁵.

Ou seja, o tema do qual a psicanálise se ocupa é desse infamiliar, dessa estranheza do saber do inconsciente, sempre ignorado pela ciência moderna. Não

seria diferente para a própria teoria, logo a psicanálise é um elemento estranho na sociedade e também nas equipes de saúde, inclusive na de saúde mental¹⁵⁶. Ao portar o discurso da psicanálise, que é o exato avesso do discurso predominante que não considera o inconsciente e se esforça para que este continue recalcado, a psicanálise e seus praticantes ocupam este lugar estrangeiro na sociedade^{23,143,155,157}.

Portanto, o psicanalista, como os psicólogos aqui entrevistados, ao compor uma equipe portando o discurso da psicanálise precisam bancar toda essa estranheza junto aos outros profissionais. Esse sustentar inclui ampliar a psicanálise por intenção¹⁵², incluindo a equipe e o estrangeirismo da própria psicanálise, operando uma escuta, a partir do discurso analítico, da equipe e da própria instituição. Situação está que encadeia e articula o próximo tópico a ser analisado.

5.1.4. CAPS e Instituição

As narrativas coletadas apontaram que a autorização está relacionada com o alinhamento teórico da instituição com a psicanálise, exemplificado pelo discurso do entrevistado que identificou que o serviço tinha um alinhamento com a psicanálise lacaniana. Para compreendermos esse alinhamento é necessário retomar o que caracteriza o CAPS e a clínica passível de ser desenvolvida ali.

Os CAPS, tributários da RPB, atuam a partir do modelo de atenção psicossocial baseado na ampliação da concepção de saúde e doença, em um cuidado humanizado e integral, considerando a história do usuário, família e comunidade. Que visa superar visões individualizantes e meramente nosológicas, assim como a utopia do completo bem-estar biopsicossocial¹⁵⁸.

Nesse contexto, possuem uma equipe interdisciplinar com a proposta de que os diferentes saberes dos profissionais trabalhem de forma integrada e interligada no oferecimento de um cuidado integral adequado ao paradigma da atenção psicossocial¹⁵⁹. Desta forma, a equipe lança mão de vários saberes e técnicas, para além da psiquiatria, nos cuidados dos usuários do serviço. Nesse espaço de vários olhares técnicos sobre um sujeito adoecido psiquicamente, a psicanálise propõe a construção de caso como ferramenta e forma de diálogo entre os saberes em uma instituição^{160,161}.

A construção de caso surge da condição da psicanálise enquanto um método clínico e de pesquisa, sendo estas as duas faces inseparáveis do tratamento psicanalítico¹⁶². Essa construção também se articula na compreensão de psicanálise

por intenção, aquilo que acontece na clínica em uma análise, e por extensão, da psicanálise no mundo, presentificada na escola e em outros espaços, como instituições^{136,163}. Partindo desse lugar, a construção de caso pode ser definida como a escrita da narrativa de um caso clínico articulado à teoria. Um psicanalista, ao construir um caso que atende, designa a direção do tratamento adotado ao mesmo tempo que transmite a psicanálise nos moldes do discurso universitário, o que possibilita a troca de experiências entre pares e a supervisão¹⁶⁴.

A construção de caso da prática clínica de consultório particular também ocorre na supervisão. Onde o analista passa ao lugar de analisante, e junto de seu supervisor, um psicanalista mais experiente, constroem o caso no posteriori, ou seja, depois da intervenção do psicanalista nas análises que conduz e o que isso gerou. No contexto institucional da saúde mental, como o deste trabalho, o psicanalista também passa a ocupar o lugar do analisante na construção do caso, mas diante de si não há, obrigatoriamente, um outro analista e sim um outro público, formado pelos profissionais que compõem a equipe e atores importantes como usuário e família^{100,160}.

No CAPS, a construção de caso passa a ser uma via de trabalho feito pelo psicanalista juntamente com a equipe. Nesta construção, os operadores psicanalíticos como transferência, sintoma, demanda e direção do tratamento, juntamente com as histórias dos protagonistas, a saber: o usuário, família, equipe e serviço, auxiliam para que pontos cegos sejam desvelados e que a singularidade de cada caso seja o centro do tratamento oferecido por toda equipe do serviço^{160,161}.

Esses avanços trazidos pela construção e formalização dos casos só são possíveis se o psicólogo que desenvolve uma clínica psicanalítica esteja inserido na equipe do CAPS. Como visto nos resultados deste estudo, este é um grande desafio narrado. Mesmo que legalmente e fisicamente o psicólogo componha a equipe multidisciplinar do serviço, isso não significa que o campo para o trabalho do psicólogo-psicanalista esteja aberto¹⁶¹.

Logo, a autorização de uma clínica psicanalítica está atrelada ao fato de que o psicólogo-psicanalista precisa construir sua inserção na equipe, que vai além da inserção física no espaço. Apesar de haver a vaga para o psicólogo, a inserção do psicanalista e de seu discurso requer uma criação simbólica desse espaço^{161,165}.

Como debatido nos tópicos acima desta discussão, a transferência se relaciona com uma demanda de saber. No contexto institucional, autores apontam que ela pode

se apresentar na forma como a equipe se interroga e se interessa pela subjetividade dos usuários que se manifesta em cena no espaço do CAPS. Essa subjetividade pode ser encarada pela equipe na forma de um desejo de saber sobre o caso, a mesma que se vê em um analisando em sua análise pessoal^{161,165}.

Ou seja, o discurso do analista, tanto na clínica quanto na instituição, instaura em ato uma interrogação, um desejo de saber. O que possibilita a inserção e a autorização do psicólogo-psicanalista por meio da transferência de trabalho e construção de caso^{161,165}. Sendo assim, o alinhamento teórico da instituição com a psicanálise, possibilita que o não saber inconsciente componha o cuidado e o enriquecimento da clínica pelo trabalho multiprofissional, na soma de saberes e olhares para o sujeito¹⁶⁵.

Entretanto, o oposto também pode ocorrer, a equipe pode excluir a subjetividade dos usuários e nada querer saber sobre isso no cuidado que oferecem¹⁶¹. Como bem nos mostrou a descoberta freudiana, o inconsciente resiste e, por muitas vezes, os sujeitos, no caso a equipe, nada querem saber da sua verdade inconsciente que lhes escapa, mas que retorna sutilmente nas formações inconscientes deles próprios ou são escancarados no inconsciente a céu aberto dos fenômenos elementares da psicose dos usuários por eles cuidados¹⁶⁶. Essa desresponsabilização e resistência frente ao inconsciente parece apontar para um cuidado agenciado pelos discursos do mestre e da universidade, que comprimem sob a barra os termos que remetem ao sujeito do inconsciente²³.

Nessa situação, o psicólogo-psicanalista não encontra uma inserção para além da física na equipe, sendo convocado apenas para responder, resolvendo questões e concertando aqueles usuários que dão “trabalho” e que são considerados mais “difíceis”¹⁶¹. Mesmo nesse contexto, o psicólogo-psicanalista não deve recuar. Muito pode ser construído a partir disso, que pelo viés da psicanálise podemos considerar como um sintoma, e como todo sintoma pode produzir um saber que pode ser escutado e interpretado^{161,165}.

Portanto, um cuidado oferecido por uma equipe que inclui a subjetividade do usuário, além de melhor atender aos princípios da RPB e cumprir os preceitos do modelo de atenção psicossocial esperado de um CAPS, também enriquece a clínica ali realizada, possibilitando um trabalho multiprofissional que soma saberes e olhares para o sujeito, incluindo aquilo que é inconsciente.

Somado a isso, o alinhamento teórico da instituição com a psicanálise é analisado em outros estudos recentes que evidenciaram que a inserção de um psicanalista em uma equipe de saúde demanda um processo de construção desse lugar que não é dado ou garantido de antemão^{161,165}. Nesse sentido, os resultados deste trabalho complementam e avançam tais descobertas ao evidenciarem que o alinhamento teórico da instituição também é essencial para a autorização da realização da clínica psicanalítica nos espaços institucionais, em especial nos CAPS.

Outro resultado evidenciado foi a influência do modelo de atenção à saúde na instituição e seus impactos para a autorização de uma clínica psicanalítica. Os modelos de atenção à saúde definem a organização do cuidado em saúde, combinando gestão de processos de trabalho, políticos e organizacionais em prol do atendimento e da resolução das necessidades de saúde de uma população em um dado território e realidade¹⁶⁷.

Em meio ao contexto europeu renascentista e todas suas revoluções científicas e técnicas, o modelo biomédico se constituiu, tendo como foco da atenção e do cuidado a organicidade individual e biológica. Este modelo hospitalocêntrico permitiu uma reorientação da medicina a partir da descrição clínica e nosográfica, com maior ênfase à doença³³.

Desta forma, desenvolveu-se uma compreensão universal e mecanicista, sendo papel do tratamento diagnosticar e corrigir o que havia de errado no corpo biológico. Este paradigma também promoveu grandes avanços e contribuições na erradicação de sintomas, nos tratamentos e na cura de doenças. Também teve impacto na formação dos trabalhadores da área e nos cursos das profissões das ciências da saúde, que em alguma medida passaram a acompanhar esse modelo, priorizando o ensino técnico de conteúdos e práticas focadas na cura e na reabilitação³³. Logo, a clínica no modelo biomédico, transmutou o leito do doente em um espaço de verificação, onde o discurso científico opera e impera, reduzindo o sujeito a um ser orgânico, genérico, disfuncional e anônimo¹³³.

Apesar de todos os avanços alcançados e imprescindíveis para a vida moderna, esse modelo de atenção à saúde é focado na doença, deixando de lado uma visão mais ampla do processo de adoecimento e fatores importantes como a relação profissional e paciente e os aspectos psicossociais, ideológicos, discursivos e sociais presentes no processo saúde e doença¹⁶⁸.

Tentando responder a ampliação da compreensão do processo saúde-adoecimento, no Brasil, a partir da criação do SUS e em concordância com seus princípios, o campo da saúde coletiva articulou diversos saberes das ciências humanas, como a filosofia, psicologia, psicanálise, assistência social etc. O que possibilitou a ampliação do entendimento do processo saúde-adoecimento, incluindo e fomentando a multidisciplinaridade, a superação de um modelo meramente curativo para prevenção e promoção de saúde, reabilitação psicossocial e cidadania^{33,169}.

Tal entendimento do processo saúde-adoecimento originou o modelo de vigilância em saúde, que vem sendo construído e instaurado no SUS a partir de lutas e conquistas de movimentos sociais. Esse modelo, diferentemente do biomédico, considera a disputa política ideológica, a complexidade social, econômica e cultural no processo saúde-adoecimento. Baseia-se no acesso universal à saúde, considerando indivíduos, comunidades e território, tendo a assistência organizada por complexidade e em níveis, com mecanismos de referência e contrarreferência^{33,170}. Este modelo se apoia no reconhecimento dos determinantes sociais nos processos de adoecimento, da indissociabilidade de desenvolvimento social, econômico e da saúde de uma comunidade. Além de considerar a subjetividade dos seus usuários e a participação e controle social¹⁷⁰.

No mesmo contexto deste modelo, as ações destinadas à saúde mental são pautadas pelo modelo de atenção psicossocial operado a partir da RAPS, que concebe a política de saúde mental a partir da participação social e atenção comunitária. Com diversas portas de entrada, como a atenção básica, serviços de urgências e emergência e atenção psicossocial especializada, como o CAPS¹⁷¹.

As disputas entre os diferentes modelos de atenção em saúde respondem à uma luta ideológica, de necessidades ou demandas. Em nosso país o modelo biomédico hospitalocêntrico e o de atenção primária em saúde convivem historicamente de forma complementar e contraditória. O modelo biomédico hospitalocêntrico é considerado um modelo hegemônico, com um discurso que responde aos interesses da classe dominante, uma vez que é pautado em: uma visão mercantil da saúde e não enquanto um direito do cidadão; com ênfase no biologismo e no individualismo; com uma prática medicalizante de problemas não médicos; acrítico e a-histórico e com usuário enquanto passivo em seu próprio cuidado¹⁷².

Na teoria lacaniana dos discursos, é sabido que o mais-de-gozar, α , é o que engendra a cadeia significante a partir da repetição, na busca eterna pelo objeto

perdido, S_1 , resultante da castração. Lacan aproximou isso do modelo de produção capitalista, onde o trabalhador jamais tem acesso total àquilo que produziu, pois, parte do lucro de seu trabalho fica com o patrão, o que foi denominado mais-valia na obra de Marx^{23,173}.

A releitura lacaniana da obra de Marx aponta que sua teoria é estrutural pois evidencia o mercado que nasce a partir da venda e da compra da força de trabalho enquanto mercadoria, marcando o surgimento de um novo sistema econômico e, para Lacan, um novo discurso, o capitalista (IMAGEM 6). Ou seja, a mais-valia só passa a existir a partir do discurso capitalista, dito de outra forma, ela é ao mesmo tempo causa e produto, põe em funcionamento assim como é produto do funcionamento do sistema e discurso capitalista^{23,173}.

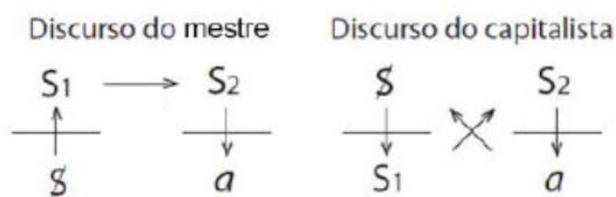


Imagem 6: Discurso do mestre e discurso do capitalista¹³⁹

Para pensar a questão dos discursos, Lacan traça um paralelo com a estrutura apontada por Marx ao aproximar o campo do Outro ao mercado, estabelecendo que o correlato a mais-valia seria o mais-de-gozar, ou seja, uma operação de impossibilidade, onde uma perda é o efeito do discurso que, ao mesmo tempo, o articula, em um ciclo sem fim^{23,173}.

O discurso do mestre, assim como o discurso do capitalismo, dissimula essa operação de impossibilidade, ocultando em seu funcionamento a eterna perda que engendra o movimento significante em uma produção que não tem fim. Onde tanto o trabalhador quanto o sujeito nunca terão acesso ao todo, seja ao total daquilo que produz, seja a condição de inteiro reintegrado ao seu objeto eternamente perdido^{23,174}.

Partindo do discurso do mestre, um quarto de giro para trás temos o discurso universitário, onde a ciência moderna e o discurso científico, tão presentes no modelo biomédico, encontram abrigo. O saber, S_2 , ocupa o lugar de agente desse discurso, sendo este saber um saber da citação, ou seja, não o saber sobre o sujeito do inconsciente, mas aquele saber científico universitário^{23,175}. Onde aquele que estuda

é o explorado, subjugado no mandatório de sempre saber mais, mas saber daquilo que se encerra de sentido em si mesmo, a nível do enunciado, saber apenas que pode ser escrito, documentado, organizado, catalogado e universalizado e em nada tem relação com sua verdade. É nessa modalidade de laço social que o especialista é criado sob a égide daquele que sabe, onde o mandatório da produção de mais conhecimento mascara a divisão subjetiva, tanto do especialista quando da pessoa que o procura^{23,175}.

O discurso científico, possibilidade de laço sustentada pelo discurso universitário, produz simbolicamente nomes e significados para a falta original. Os modos de subjetivação são, portanto, atravessadas pelo discurso científico e tamponados em sua falta por esses nomes ofertados, prescritos e vendidos. Logo, percebe-se amarras imaginárias submetidas a essas nomeações universais do discurso científico, moldando e obrigando os sujeitos a seguirem meios de gozo, ou seja, meios de lidar com sua própria falta e castração preestabelecidos, universais e completamente alienados da possibilidade de criação a partir de seu saber inconsciente e de sua verdade, que sempre não toda, não cabe nas denominações todas do discurso da ciência. Nessa lógica de laço há uma troca de senhor, do mestre para o saber. Portanto o discurso universitário passa a ser um mestre atualizado (IMAGEM 7)^{23,176}.

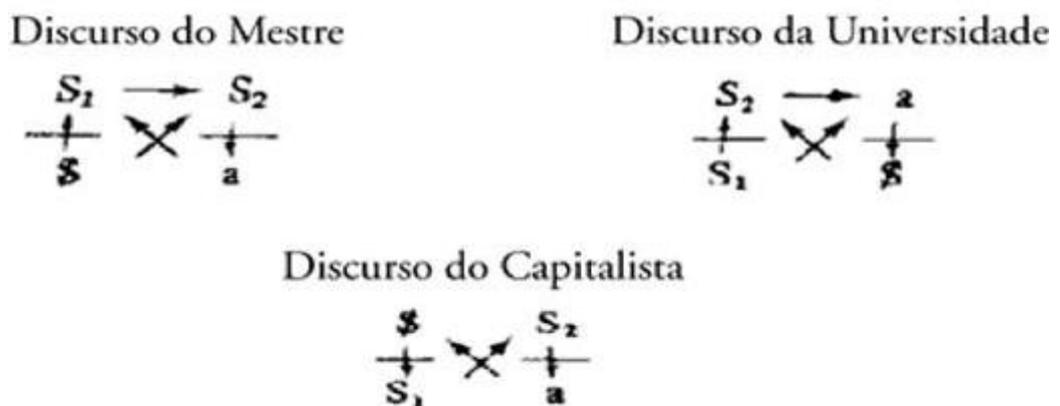


Imagem 7: Discurso do mestre, universitário e capitalista¹³⁹

Sabe-se que a realidade se define e é fundada a partir do discurso, não havendo nenhuma possibilidade pré-discursiva¹⁷⁷. Sendo assim, a forma de laço discursiva estabelecida no liame social e sua relação com o saber é o que fomenta discursos hegemônicos e dominadores da nossa sociedade atual. Como observa-se *in vivo* a realidade do discurso universitário em modelos de atenção à saúde

individualizadores, mercantis e hospitalocêntricos que apresentam um caráter hegemônico e reproduzem a dominação, onde o sujeito e o saber inconsciente estão cada vez mais ignorados, obliterados e reprimidos sob a barra^{23,178}.

O discurso do analista, que é a forma de laço que sustenta e possibilita da análise e da clínica psicanalítica, é o avesso do discurso do mestre e, por consequência, do mestre moderno, o discurso universitário. Avesso, pois, os termos a e $\$$, agente e outro no discurso da psicanálise, são tidos como aquilo que não funciona no discurso do mestre e universitário, onde são mascarados e colocados sob a barra. S1, agente do discurso do mestre, é o que ordena S2, agente do discurso universitário, e todos os seguintes significantes da cadeira. O discurso do analista adquire seu caráter subversivo uma vez que seu agente, α , permite uma ordenação significante que não responda exclusivamente a S1, permitindo que a contradição e os equívocos apareçam e sejam trabalhados a nível significante e não do significado, produzindo saber a partir do inconsciente²³.

Portanto, aos entrevistados deste estudo apontarem a importância do modelo de atenção à saúde da instituição como parte da autorização, indicam para o imperialismo do discurso do mestre e universitário nas instituições de saúde, evidenciando ainda o quanto o modelo biomédico hospitalocêntrico e o modelo de atenção primária em saúde e reabilitação social disputam e concorrem nos espaços institucionais no SUS e na saúde mental.

Além disso, esse resultado evidencia ainda que em uma instituição pautada em um modelo de assistência agenciado por esses discursos, a presença do discurso do analista a partir da clínica de um psicólogo-psicanalista pode ser subversiva e a causa de um tensionamento, o que é reforçado com outros achados deste mesmo estudo, que evidenciam que o psicólogo-psicanalista precisa bancar sua clínica junto a equipe e o alinhamento teórico da instituição com a psicanálise como parte da autorização.

Neste ponto se articula outro resultado deste estudo que diz respeito a um ideal de cura. O conceito de cura acompanha a história dos seres humanos, desde os primórdios, há registros do adoecimento físico e mental do homem assim como de práticas curativas associadas a rituais, elementos da natureza realizadas por xamãs e divindades¹⁷⁹. Em um recorte mais próximo da modernidade e da medicina ocidental, os gregos foram os primeiros a sistematizar conhecimentos a partir da

observação, no princípio de uma separação entre pensamento mítico e observação empírica¹⁷⁹.

A partir do Iluminismo, a constituição da ciência empírica e o advento do Positivismo ajudaram a estabelecer o modelo biomédico hoje. Nesse contexto, as ciências ocidentais passaram a separar sujeito e objeto, focando sua produção no método científico tradicional para verificação e validação de hipóteses. Nesse processo, as ciências médicas foram legitimadas e a cientificidade passou a contestar saberes tradicionais e socioculturais a partir de uma concepção experimental e racionalista pautada no método e na observação¹⁸⁰.

O estabelecimento do método científico das ciências da saúde ocorreu juntamente com o estabelecimento da própria instituição médica, ou seja, o conjunto de conhecimentos médicos também estabelece um esforço para centralizar nos profissionais da saúde, em especial no médico, o saber, desapropriando saberes tradicionais populares de seus valores. Portanto, pensar a clínica requer considerar questões políticas, históricas e sociais. Apesar da neutralidade almejada pelo método científico tradicional, existe nos modelos de atenção à saúde projetos em disputa e ideologias que sustentam os saberes e práticas em saúde que disciplinam os corpos que cuidam^{181,182}.

Neste panorama fundamentalmente cientificista e de inspiração cartesiana, o ideal de cura positivista foi estabelecido a partir de novas técnicas, medicamentos, inovações e saberes para as ciências médicas. A medicina foi reconhecida como entidade de conhecimentos sobre o adoecimento e a cura, especialmente no que tange os saberes técnicos. Junto a isso, se estabeleceu juridicamente a regulamentação das profissões da saúde e sua afirmação como o saber curativo “oficial”¹⁸¹.

Essa organização operacionalizou uma compreensão objetificante da realidade e dos corpos adoecidos, reorganizando e reclassificando os fenômenos patológicos. A cura passa a ter um caráter normatizador, homogeneizante, onde o corpo é analisado e valorizado sem o sujeito, o normal e o patológico é definido pelo orgânico e alienado a subjetividade. Nesse contexto organicista, a cura é a ausência da doença, sendo a doença um inimigo, um corpo estranho a ser extirpado à revelia do sujeito e desvinculado do processo de saúde-adoecimento^{33,169,181}.

Também cabe ressaltar que esse ideal de cura, a partir de seu dispositivo universal e organicista, possibilitou e fomentou que o Estado regulamentasse e

promovesse algumas práticas sociais em detrimento de outras, estabelecendo dispositivos disciplinadores pautados na premissa de cura e de saúde, mas que mascaram ideologias e práticas dominantes, por vezes racistas, misóginas, homofóbicas entre outras formas de opressão e preconceito^{181,182}.

A psicanálise, em seu caráter disruptivo e subversivo, foi a causa, juntamente com Darwin e Copérnico, de mais uma ferida narcísica na humanidade ao instaurar o inconsciente como uma instância que governa o homem a sua revelia, tirando do cogito cartesiano o domínio total e completo da consciência. Na clínica isso se repete, o método psicanalítico causa uma quebra no discurso das ciências da saúde ao devolver ao doente o saber sobre seu adoecimento. O convite a fala livre do paciente, a *talking cure*, e a escuta a partir da atenção uniformemente suspensa por parte do analista, causou um rompimento com o método clínico tradicional da psiquiatria do século XX^{80,183}.

Ao localizar a fonte do saber na fala do paciente, comportando o ilógico, o irracional, o mito, o sonho, retirando o foco do orgânico e do caráter corretivo, a psicanálise aponta a impossibilidade da cura padronizada nos moldes do modelo biomédico para a subjetividade humana. No viés psicanalítico, a cura adquire outro status, com herança na filosofia, articulada não a adequação ou extinção da doença ou sintoma, mas uma forma possível de vida, praticada a partir da verdade do sujeito na sua relação com o mundo e com o outro¹⁴⁷.

A cura psicanalítica não se apoia na eliminação de um mal, promessa de felicidade, completude genuína ou em uma noção pré-estabelecida de bem-estar, muito embora ela traga a possibilidade de diminuição do sofrimento humano. A cura aqui se encontra invariavelmente atrelada ao próprio processo de análise e seus efeitos, que toma forma na construção da narrativa particular pela fala do analisando, na escuta do analista, na interpretação dos sintomas, das formações do inconsciente, na possibilidade de que o desejo possa advir e na retificação subjetiva frente a construção de um saber a partir da desalienação ao sofrimento do sintoma^{107,184}.

O paradigma biomédico que formou profissionais da saúde, que compõem a equipe na qual o psicólogo-psicanalista precisa se inserir, também incute neles um certo ideal de cura divergente do da psicanálise, como dito pelos entrevistados nesse estudo. Isso parece confirmar que apesar do avanço da saúde coletiva e do impacto da psicanálise na RPB, há ainda uma lacuna e uma timidez em considerar o sujeito do inconsciente, ou seja, esse sujeito que, como o conceito psicanalítico da pulsão, é

aquilo que se encontra na fronteira do mental e do somático, representante psíquico de estímulos que partem do organismo e reverberam na mente^{33,185}.

Logo, ao ter o ideal de cura como um dos achados, este estudo reitera que não há trabalho com o inconsciente que não encontre resistências^{75,103,186}. Portanto, compreender como o psicólogo se autoriza a realizar uma clínica psicanalítica em um CAPS é considerar que há uma resistência da instituição inerente ao próprio trabalho psicanalítico que se materializa em um ideal que se espera dessa clínica. Frente a tal resistência, o psicólogo-analista não deve resistir, considerando a pontuação lacaniana de que a resistência é sempre do analista¹⁸⁷.

Nesse sentido, ele, o psicólogo-psicanalista, deve operar a partir do desejo e do discurso do analista, possibilitando giros discursivos que operem furos nessa resistência concretizada no ideal absoluto de uma cura impossível. E, como a cadeia significativa, insistir em ocupar este espaço e desenvolver sua clínica orientada pela noção de cura nos moldes da ética da psicanálise.

Os CAPS III e AD atendem a população portadora de transtornos mentais graves e a clínica com esses casos apresenta desafios para toda a equipe. A imprevisibilidade da clínica acossa a todos os profissionais que ali trabalham. Forçando-os a escancarar a realidade do serviço, desde os casos graves até a condição de extrema pobreza e vulnerabilidade social que atinge grande parte dos portadores de transtornos mentais graves, assim como suas famílias e comunidades¹⁸⁸. Concomitantemente a isso, é necessário considerar também as particularidades da clínica operada no serviço. Onde os resultados deste estudo nos mostraram a angústia daquele que opera a clínica diante de casos gravíssimos e insolúveis.

Desde o início da psicanálise, Freud considerava a insolubilidade e a impossibilidade de tratamento pela psicanálise de casos graves de psicose¹⁸⁸. Partindo do contexto da clientela que é atendida pelo CAPS e a história e teoria psicanalítica, iremos assumir que os que “casos gravíssimos e insolúveis” dizem respeito a psicose.

Como discutido anteriormente sobre a importância da clínica das psicoses na formação do analista. A psicose é uma estrutura subjetiva fundada a partir de uma das saídas possíveis frente ao real, juntamente com a neurose e a perversão. Sendo a psicose uma estrutura subjetiva completamente diferente, não é possível haver uma simples transposição do tratamento psicanalítico da estrutura neurótica para a

psicótica. Teorizar a clínica das psicoses é ir além dos referenciais do registro simbólico da clínica da neurose e avançar sobre o terreno do registro do não simbolizável, o real^{122,189}.

Na formação da estrutura psicótica, como tratado na seção Formação desta discussão, a forclusão do Nome-do-pai deixa um buraco no simbólico, onde os fenômenos alucinatorios e delirantes virão a ocupar. Portanto, como o nome forclusão remete, há a exclusão, por parte do sujeito, de algo da ordem simbólica frente a ameaça da castração. O que leva ao fenômeno do reaparecimento nas produções psicóticas, onde o que não foi simbolizado reaparece no real^{122,189}.

Essa retomada do funcionamento estrutural é importante para pensar a condução da clínica das psicoses. Pautada no tratamento psicanalítico, esta clínica se dá pela transferência, mas não a partir da demanda de saber sobre o inconsciente como na clínica das neuroses. Na psicose, pela ausência da mediação simbólica, o sujeito psicótico está à mercê do saber do Outro, o que lhe subtrai a condição de sujeito, deixando apenas a de objeto. Ou seja, na psicose todo o saber, condição para transferência, não é suposto como na neurose, mas tem valor de certeza¹²³.

Portanto, a clínica das psicoses destitui a demanda de saber direcionada ao analista, como nas análises neuróticas, cabendo a este suportar esse outro tipo de transferência. A de operar de outro lugar, secretariando o alienado na sua posição frente a linguagem em uma tentativa de estabilizar tal estrutura a partir do barramento desse Outro que o invade por meio de vozes e visões alucinadas¹¹⁴.

Desta forma, o manejo desses casos demanda uma posição diferente para o analista frente a transferência, exigindo que este faça uma manobra. Dito de outra forma, o ato do analista deve estar advertido do lugar do saber que o paciente o coloca, não ocupando esse lugar alucinatorio de saber absoluto e assim ter condições de barrar esse Outro que invade¹²³.

É desta manobra transferencial por parte do analista que permite que o significante possa advir, que a escuta se fie daquilo que estes sujeitos dizem da sua relação com o significante. É disto que se institui o ato secretariar, em que ele, o analista, é testemunha dessa relação do sujeito com o Outro¹²³.

Entretanto, devido a própria estrutura psicótica, há uma certa sutileza e um tensionamento entre ocupar o lugar de secretário do alienado e o lugar do Outro absoluto pelo analista, pois é desse estatuto do saber que se instaura a transferência. O que evidencia tanto a dificuldade quanto o ensinamento que a clínica das psicoses

impõe aos analistas que a praticam, pois o analista precisa manter o laço analítico transferencial ao mesmo tempo que recusa esse lugar de Outro absoluto que instaura a transferência, mas que também reduz o sujeito psicótico a objeto¹²³.

Nesse sentido, a autorização para realização de uma clínica psicanalítica em uma instituição como o CAPS inclui suportar a angústia e a exaustão da manobra da transferência frente a casos graves e lembrar de que nesta clínica, cabe ao analista secretariar¹²². Convocando-o a mais uma vez subverter e operar na posição do inconsciente mesmo que isso signifique operar manobras outras, distintas das clássicas da clínica da neurose.

Outra evidência deste estudo foi a identificação das demandas da instituição e os impactos delas na clínica psicanalítica. Para os seres humanos, enquanto seres de linguagem, há a perda do estado natural de necessidade e satisfação, ou seja, diferentemente dos animais, não há estado puro, não há algo pré-estabelecido capaz de satisfazer completamente uma necessidade. A satisfação humana não é determinada instintivamente como nos outros animais, ela é investida por outras determinações que, para a psicanálise, são inconscientes. Nesse sentido, a linguagem deixa de ser mera nomeação das coisas, transpondo a noção de registro ao conseguir nomear algo mesmo em sua ausência. Desta forma, a linguagem se impõe como a morte da coisa, ou seja, a palavra é capaz de representar algo que não está ali, assim a linguagem parte de uma ausência, de um cancelamento, de uma falta^{24,190}.

Sendo assim, vale destacar que o inconsciente é estruturado tal como uma linguagem, ou seja, ele tem normas e leis que o regem, impondo uma ordenação de tempo e espaço^{24,80,190}. A partir destas constatações sobre necessidades humanas circunscritas na linguagem, depreende-se o conceito de demanda e desejo.

A demanda, parte de uma necessidade e a transcende, na medida em que a necessidade é significada por meio das palavras^{24,80}. Retomando às primeiras experiências do bebê com a pessoa responsável por seu cuidado. Essa relação é mediada pela presença e ausência simbólica e imaginária do cuidador, onde o apelo do bebê se dirige ao Outro, neste momento encarnado no sujeito que cuida. Nessa alienação completa da relação bebê e cuidador, a significação da demanda do bebê é dada exclusivamente pelo cuidador e a satisfação então escapa ao instinto, onde o recém-nascido recebe além do básico das necessidades biológicas para subsistir¹⁹¹.

Logo, a demanda é uma demanda de amor, no sentido que retorna a esse momento marcante do início da vida, no engodo da suposição da completude da relação bebê-cuidador, onde o outro semelhante se faz Outro alteridade, completando e dando aquilo que nem ele tem, uma vez que na linguagem, não há ser uno e completo¹⁹¹.

O desejo, sempre de dimensão inconsciente, surge então como desejo de desejo do Outro, resultante da separação dessa relação de alienação primordial, marcando a falta e a alteridade do outro semelhante e do Outro campo de linguagem, por meio da castração^{80,192}.

Nesse momento, na estrutura neurótica, o sujeito do inconsciente se instaura e no vazio da falta, que não é preenchida por nenhum objeto real, passa a emergir a cadeia significativa na produção de um saber para além do que o Outro até então dizia. A demanda tem uma relação dialética com o desejo, mas não o representa, pois o desejo institui uma força que coloca o sujeito em movimento no deslizamento significativo até sua morte^{80,192}.

Na clínica, a demanda sempre se apresenta em um processo de análise, onde o analisante a endereça para o analista. Para que o processo analítico aconteça, cabe ao analista não responder a essa demanda para que esta retorne ao sujeito que a faz enquanto um desejo de saber, para que assim algo do desejo desse sujeito possa aparecer¹⁹².

Em uma instituição, há demandas de ordem prática como regimentos, faturamentos, leis, normas e deveres institucionais que são indispensáveis para o funcionamento institucional e precisam ser cumpridas. Entretanto, essas demandas práticas institucionais podem entrar no circuito da falta simbólica inconsciente de maneira singular para cada um, desempenhando assim função de demandas subjetivas¹⁹¹.

São essas demandas da ordem simbólica o terreno da clínica psicanalítica. As demandas ditas “práticas” cooptadas pela ordem simbólica de cada sujeito apontam e estão ligadas ao sintoma de cada um¹⁹³. É dessa demanda que o analista na clínica deve se ocupar.

Como a demanda do sujeito desejante, as demandas institucionais também são inesgotáveis^{54,191}. É necessário salientar que o psicanalista precisa estar atento ao perigo de se ocupar na clínica exclusivamente destas demandas, pois este desejo de

satisfazê-las por parte do analista constitui uma armadilha, uma vez que tal satisfação é impossível¹⁹¹.

Na teoria dos discursos, o discurso da histérica é marcado pela demanda. Esse discurso demanda um saber que responda a sua falta, demandando um mestre. Entretanto, o discurso da histeria não aceita a resposta que lhe é dada, produzida por S1, colocando a insatisfação como marca desse discurso. Sempre insatisfeito, como discutido, é o desejo, logo apenas o discurso da histeria e do analista fazem frente aos discursos dominantes como o do mestre, o capitalista e o universitário, do mestre moderno²³.

Entretanto, o discurso histórico só faz furo frente a dominação se for contingenciado pelo discurso do analista, que não responde a tais demandas. Pois sem o agenciamento do *a*, no discurso do analista, a demanda histórica apenas coloca em curso a produção do discurso universitário e do mestre. Portanto, é no encontro do discurso da histérica e do analista que é possível a construção de uma saída por meio da incompletude, ou seja, pela não resposta frente a demanda da ilusão da condição de todo, de *um inteiro*²³.

Nesse sentido, o psicólogo-analista deve estar atento a armadilha de associar a autorização da realização de sua clínica psicanalítica à satisfação das demandas do serviço, pois quando tenta respondê-las atua na ilusão impossível da satisfação completa. Isso quer dizer que, o psicólogo-analista precisa cumprir com o que é institucionalmente esperado dele no cargo que ele ocupa, entretanto, sua autorização enquanto analista e para o desenvolvimento da clínica não está condicionada a satisfação dessas demandas.

A autorização do psicólogo-analista no desenvolvimento de uma clínica psicanalítica está no ato de portar o discurso do analista dentro da instituição, se autorizando desde sua formação, análise pessoal, passando pela sustentação de uma ética e um discurso que possibilita a sua função enquanto analista.

5.2. Análise conteúdo-integral

A angústia, o afeto que não engana, tem importante papel na psicanálise por dar sinal da proximidade do objeto *a* e, por consequência, da falta¹⁴³. Esse conceito é central pois é oriundo do objeto eternamente perdido na castração, operando a instalação dessa falta nos três registros: simbólico, imaginário e real¹⁹⁴. Como

abordado na narrativa resultante das entrevistas, esse afeto é convocado quando se pensa a autorização do analista na clínica no CAPS.

Os entrevistados, assim como todos os seres atravessados pela linguagem, se constituem enquanto falta-a-ser. Ou seja, sujeito do inconsciente é constituído no campo do Outro por meio desse vazio, oriundo da castração que nos insere na linguagem as custas de um objeto para sempre perdido. Desse processo, o vazio deixado pelo objeto perdido não conclama um objeto específico, pelo contrário, nesse vazio se encontra o objeto *a*, objeto causa de desejo, instaurando assim a falta enquanto uma mola que põe em circulação contínua o desejo do sujeito e demarcando o ponto mais próximo da experiência subjetiva de uma falta que a linguagem é incapaz de tamponar. E tudo o que a linguagem não dá conta indica que nos aproximamos do registro do real^{143,144}.

Experiência esta que acontece uma vez que o simbólico, registro que contempla a linguagem, e/ou o imaginário, registro da ordem especular, falham na tentativa impossível de encobrimento total do real. Neste ponto onde simbólico e imaginário esvanecem frente ao real, escancara ao sujeito sua condição de desamparo e de angústia^{108,144,195}. Nesse sentido, a angústia é um sinal, um acontecimento que denuncia o ponto mais próximo da experiência dos seres de linguagem do registro do real.

Desse ponto destacamos as angústias coletadas pelas narrativas. Dessas várias vozes entrevistadas, as angústias narradas sobre a autorização parecem apontar para a angústia em formas diferentes. Uma delas é uma angústia frente ao real do contexto institucional.

Da escuta desta angústia, vemos o registro do real enquanto contingente, aquilo que irrompe na sua forma mais traumática. Onde as leis e a lógica que regem simbólico e imaginário caem por terra e a linguagem, matéria que nos constitui, não é capaz de fazer frente a tal vivência¹⁹⁶. Escancarando a falta inconsciente e o desamparo frente a falta concreta de espaço, materiais e reconhecimento. Assim como na batalha das faltas, nascidas da desigualdade social e que assolam os sujeitos.

Frente a esse encontro com o real, o sujeito pode ter algumas saídas como: fazer um sintoma, ato de criação ou um delírio. Ou seja, não se sai incólume ao encontro não mediado com o real¹⁹⁶, nem mesmo o profissional da saúde mental. Portanto, essa angústia narrada parece ser inerente à condição de se estar em uma

instituição como um CAPS, que lida diariamente com as faltas concretas das mais distintas ordens materiais do nosso sistema econômico e com a condição da psicose, estrutura subjetiva do público-alvo do equipamento que discutimos acima, onde aquilo que foi rechaçado no simbólico retorna no real^{197,198}. Essa experiência apreendida das narrativas parece indicar um campo para se pensar as consequências psíquicas de se trabalhar em uma instituição com o CAPS, nesse contato traumático com o real desse serviço.

Outra angústia narrada foi a da própria formação em psicanálise dos entrevistados. Da leitura da falta a partir da perspectiva do objeto a_x é sabido que na clínica ela aparece do lado do analisante, enquanto aquele ponto de angústia e de impasse onde não há mais palavras, onde o simbólico falha. Entretanto a angústia também se apresenta no lado do analista, tanto nos impasses de sua prática clínica quanto nos de sua formação^{144,199}.

A angústia narrada sobre a formação versa sobre o quanto ela aparece enquanto um signo único, inteiro e maciço, demandando algo impossível de cumprir. Neste ideal de formação há sempre algo que não se sabe, que não foi lido, estudado, cursado, analisado, explanado... Indo ao infinito, apresentando uma certa voracidade que convoca a tentativa, por parte dos profissionais, de preencher de conhecimento a falta que estrutura todos os seres falantes, sejam eles psicólogos ou não.

Alguns dos psicólogos ouvidos pareceram capturados em uma postura estática nessa angústia frente a formação, como da narrativa de um sujeito entrevistado que afirma, categoricamente, que não se considera um analista pois não fez formação.

Nesse sentido, podemos remeter ao discurso universitário, que tendo o saber (S2) como agente, diz respeito a um saber desatrelado do significante mestre (S1), origem do saber inconsciente. Desta forma, o saber engendrado pelo discurso universitário é um saber desnaturado, que convoca o imperativo do “continuar a saber sempre mais”²³. Criando e sustentando uma certa ilusão referente a este saber, onde este pode ser independente e feito de forma autônoma, ou seja, dispensando a presença de um outro semelhante.

O discurso universitário é o mestre contemporâneo. Lacan aponta que, no discurso universitário, o estudante é “*astudado*”, como o trabalhador no capitalismo e como o escravo no discurso do mestre, o estudante precisa produzir²³. Dito de outra maneira, o *astudado* é o sujeito que na posição de aluno tem que seguir o imperativo de sempre saber mais, produzir seguindo os modelos desejados, replicando

protocolos, sempre produzindo aquele tipo de saber acomodado e aceito na cultura, o que objetiva impedir a criação de qualquer saber particular, singular, radical e único do sujeito do inconsciente^{23,184}. Nesse sentido, ser *astudado* é estar desprovido da condição de sujeito, tornando-se um produto consumível, logo, um mero objeto^{23,184}.

Portanto, podemos reconhecer que nesta angústia narrada, certos psicólogos parecem se encontrar na condição de *astudados*, ou seja, objetos em seu próprio processo de formação. Onde, aparentemente, mesmo que desejem se autorizar na e pela psicanálise, enveredam em uma formação nos modelos acadêmicos pautada no discurso universitário. Lacan foi cirúrgico ao explicitar o mal-estar do *astudado*, onde esses sujeitos são convocados a produzir no imperativo de saber mais, entretanto desse outro lugar de objeto, de exploração²³. Portanto, tais entrevistados experimentam a angústia de estarem na condição de objeto dissociado de seus significantes primordiais em suas formações e não do movimento esperado de um analista.

Essa mudança de posição frente ao saber pode ser pensando a partir da diferença de ser objeto em uma dita formação desatrelado da sua condição subjetiva e a de se colocar enquanto semblante de objeto, para assim ser causa de desejo do analisante e operar uma análise. Explicarei de outra forma, o lugar de objeto do *astudado*, como discutimos, difere completamente do lugar do analista. A posição do analista deve ser a de semblante de objeto α ⁷⁷.

A noção de semblante desenvolvida por Lacan indica o conceito de parecer, representar, ter aparência de, contudo sem se opor ao verdadeiro. Portanto, o analista faz semblante de objeto, servindo de mira, causa de desejo de saber no analisante, para que este se coloque a falar e a produzir um saber sobre si. Essa operação clínica do analista, de se colocar enquanto semblante de objeto α no rastro do desejo do saber inconsciente, permite que a psicanálise opere a partir do real, dando espaço para aquilo que insiste, repete e que a linguagem não comporta possa aparecer^{23,144}.

O discurso do analista, o qual deve ser a fonte da autorização de um analisante, não escamoteia o real e a falta, não tenta, inutilmente, encobri-los com um saber universal. Portanto, diferentemente do discurso universitário pautado na neutralidade e imparcialidade, o discurso do psicanalista se pauta no desejo que é inconsciente. Por isso, que o agente de tal discurso é α , objeto que é causa de desejo na relação direta com o real e, portanto, com a angústia^{23,184}.

Depreende-se então que a angústia está topologicamente próxima do próprio desejo do analista, uma vez que a posição do analista é fazer semblante e ceder ao lugar de objeto *a*²⁰⁰. Esse desejo, como discutido neste trabalho, é um desejo advertido da sua constituição e dá condição para que o analista seja tomado como o Outro de seu analisando. Ou seja, a angústia é esperada na autorização de um analista, pois ela está intimamente ligada à condição de objeto, a posição do analista na clínica e o agente do discurso da psicanálise²⁰⁰.

Sendo a angústia inerente a formação e autorização do analista, vimos que ela pode evidenciar a condição de astudado do analista em formação, assim como ela pode servir de motor para um giro e uma outra inserção no processo de formação como visto em outros entrevistados.

Tais profissionais narraram a angústia por mais um caminho diferente. Par e passo com ela, esses profissionais apontaram o laço enquanto possibilidade. No percurso de se autorizar de alguns dos entrevistados, o laço aparece na partilha entre pares das angústias, saberes e palavras nas formações, equipes, supervisões e na própria análise pessoal.

O conceito de laço surge nos primórdios na psicanálise a partir do conceito de transferência, remetendo àquilo que faz laço entre psicanalista e paciente. Fazer laço, na psicanálise, requer um investimento libidinal, ou seja, um investimento de energia psíquica, sendo esta uma forma de presença efetiva do desejo⁵⁴.

No seu seminário sobre a Transferência²⁰¹, Lacan se ocupa das relações entre transferência e desejo do analista, o mesmo que as descobertas deste trabalho já apontaram. Neste seminário, Lacan se questiona sobre o que é necessário para o surgimento de um analista. Em seus apontamentos, ele evidencia que um analista advém da travessia da fantasia fundamental, dito de outra forma, do atravessamento da construção do contorno, da matriz psíquica que cada sujeito singularmente elabora para enfrentar o vazio instaurado pela falta a partir da castração^{201,202}. Restando assim, ao final de algumas análises, o desejo desses sujeitos, mas como tratado anteriormente, um desejo advertido da condição de saber inconsciente, o desejo do analista.

Desta forma, é a partir do desejo do analista que este pode se oferecer como espaço vazio, espaço de *des-ser*, para receber o desejo de saber que, por meio de uma demanda de saber do analisante, se instaura a transferência e possibilita que exista uma análise²⁰¹. Esta equação evidencia que o processo de formação,

sustentado na transferência e no desejo, requer do analista em seu processo de formação um deslocamento da posição de sujeito amado para objeto vazio que é causa de amor^{200,201}.

Toda essa equação na formação de um analista, a travessia da fantasia, o desejo do analista e oferecer-se enquanto vazio só é possibilitada pelo cumprimento do tripé da formação, em especial da análise pessoal. O que irá permitir ao analista uma outra posição frente ao saber¹²⁶. Logo, a formação enquanto forma de laço é um saber fazer com a angústia, que aparece a partir de um giro, de uma mudança de posição frente ao saber, sendo este agora não-todo, o que permite uma outra saída. Passando assim a ser uma forma-ação, pois visa o laço e compõe a autorização.

Esse percurso diferente para a angústia da e na formação não acontece no vácuo. Há espaços importantes nesse processo, dentre eles destacamos a escola de psicanálise por ser um espaço de encontro com pares onde esta angústia pode ser direcionada. A escola de Lacan surgiu como uma resposta subversiva aos espaços de formação, rompendo radicalmente com os modelos da IPA^{95,96,97}.

A escola lacaniana renega o conceito de escolarização e adequação, oferecendo uma (de)formação, em outras palavras, ela propicia uma formação pautada na experiência com o inconsciente como a da análise pessoal. Uma experiência de mudança de posição frente ao sintoma, transferência e desejo. E, assim como em um processo analítico, cada analista em formação terá um percurso único e uma resposta singular a questão de como se tornar e se autorizar analista¹²⁶.

A escola não bane contato com a teoria e a troca entre os pares, mas instaura que a formação não se reduz a realização de disciplinas e créditos. O espaço da escola lacaniana passa a ser um campo de transmissão, ou seja, o ensino acontece fora dos ditames do discurso do mestre e universitário e terá ligação direta com a experiência singular de cada um com o inconsciente. Ou seja, como o desejo que não possui "O" objeto que o satisfará e o sujeito dividido que aparece na hiância entre significantes, a formação é não-toda, não há como tê-la acabada e concluída^{107,203,204}.

Portanto, posso dizer que as narrativas me contaram sobre uma autoriza-ação, que não é estática, sendo dialética e dinâmica. Que demanda de cada psicólogo, a partir da sua radicalidade subjetiva, uma ação diferente de se autorizar a fazer uma clínica psicanalítica nos CAPS. Desta forma, autorizar-se é se orientar para uma ação que soluciona esse embaraço pelo laço. Articulando assim uma forma-ação, autoriza-ação e orienta-ação psicanalítica de uma clínica possível dentro de um CAPS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaria retomar minha questão pessoal, a inquietação que deu origem a este trabalho. Para a realização desta pesquisa, a aproximação com a teoria psicanalítica, nos seus domínios mais densos, assim como todas as descobertas que as narrativas dos entrevistados propiciaram foram indispensáveis para elaboração da minha própria prática enquanto psicóloga-psicanalista. Assim como o percurso da minha própria autorização enquanto profissional que deseja se autorizar a portar o discurso psicanalítico.

Sobre o método utilizado nesse estudo, construí um aporte teórico metodológico capaz de coletar, preservar e analisar a singularidade das informações importantes sobre o processo de autorização. Nesse sentido, a metodologia da pesquisa narrativa utilizada articulada ao aporte teórico e técnico da psicanálise foi útil na coleta, tratamento e análise de narrativas. Cabe ressaltar que, partindo do método psicanalítico, mesmo que um outro pesquisador realize sua pesquisa nos mesmos moldes que esta, outros resultados e discussões serão levantados devido ao caráter singular do inconsciente que o próprio método convoca. Desta forma, considero que além de responder à pergunta e atingir o objetivo desta pesquisa, o aporte teórico metodológico construído se estabeleceu enquanto uma ferramenta útil para outros pesquisadores que busquem realizar uma pesquisa nestes moldes.

Sobre a autorização do psicólogo para realizar uma clínica psicanalítica em um equipamento público de saúde mental, ela vai de encontro com a teoria freudiana, reafirmando a importância do tripé na formação e autorização do analista. Entretanto, a autorização pensada no contexto institucional evidenciou que profissionais da equipe, clientela e demandas do serviço compuseram o processo de autorização, exigindo que o psicólogo-psicanalista as inclua no cálculo singular de sua autorização, como evidenciado na categoria CAPS e Instituição. O que coaduna e amplia estudos que já tratam sobre a inserção do psicólogo-psicanalista, adicionando a problemática da autorização como parte da inserção e atuação destes profissionais. Desvelando mais uma área de pesquisa para o campo da psicanálise, ao se pensar a autorização de seus praticantes nesses espaços.

É possível afirmar que gestores e outros profissionais da saúde de equipes de CAPS III e AD podem se beneficiar deste estudo uma vez que se evidencia que a prática clínica por parte dos psicólogos-psicanalistas não acontece no vácuo dentro

de uma instituição. As questões institucionais atravessam essa clínica e facilitam ou impedem a autorização do psicólogo-psicanalista em realizá-la e, em última instância, da existência dela. Desta forma, gestores e equipe cientes de tal realidade podem atuar como facilitadores para que esta autorização, na parte que toca a instituição, aconteça.

Apesar das descobertas sobre o impacto da instituição na autorização, a sensibilidade do aporte teórico metodológico me permitiu observar que, apesar dos novos achados, ainda cabe ao analista, a partir da sua radicalidade inconsciente, responder de forma singular a sua autorização. O que evidencia e expõe que, assim como cada sujeito barrado, cada autorização da realização de uma clínica psicanalítica em um CAPS também é única, contendo a radicalidade inconsciente do psicólogo-psicanalista na resposta para esta questão, o que foi evidenciado nas categorias de formação, análise pessoal e autorização.

Em relação as fragilidades deste estudo, constato que poderia ter entrevistado mais profissionais. Além do fato de que poderia ter sido selecionado profissionais de orientação teórica lacaniana, onde o conceito de autorização é amplamente difundido e debatido.

Gostaria de concluir que este trabalho não pretende delimitar ou definir “A” verdade, uma vez que, como discutido, ela não existe, havendo apenas a verdade singular e semi-dita de cada um. As contribuições deste estudo para a compreensão da autorização se apresentam, portanto, não como absolutas, mas enquanto interrogações, como as que o método psicanalítico cifra nos sintomas. Logo, apontam novas direções em que novas pesquisas podem surgir, colocando a produção de conhecimento científico, a teorização e a transmissão da psicanálise, em seus moldes, em movimento e no meio acadêmico.

REFERÊNCIAS

1. BOCK, AMB; TEIXEIRA, MLT; FURTADO, O. *Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia*. 15ª Edição. São José dos Campos: SaraivaUni; 2018, 464p.
2. GUARESCHI, NMF. Diversidade na produção de conhecimento em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2017; 37(4):847-851. doi:10.1590/1982-3703000042017
3. PFISTER, R; SCHWARZ, KA. Should We Pre-date the Beginning of Scientific Psychology to 1787? *Front. Psychol.* 2018;9(s/v):1-3. doi:10.3389/fpsyg.2018.02481
4. TEIXEIRA, RP. Repensando a psicologia clínica. *Paidéia*. 1997; 12(13):51-62. DOI: 10.1590/S0103-863X1997000100005.
5. BRASIL, Lei Nº 4.119, de 27 de agosto 1962. Presidência da República. Brasília, DF, ago 1962.
6. BRASIL. Conselho Federal de Psicologia: Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil. Brasília, DF; 1992.
7. MOREIRA, JO; ROMAGNOLI, RC; NEVES, EO. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília. 2007;27(4):608-621. doi:https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400004.
8. JACÓ-VILELA, AM; MELLO, DS. Por uma História Local: A Psicologia Clínica no Rio de Janeiro. *Revista Psicologia e Saúde*. 2018;10(1):77-89. doi:http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i1.627.
9. MEZAN, R. Psicanálise e psicoterapias. *Estudos Avançados*. 1996; 10(27):95-108.
10. BUSCH, F. Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2010;91(s/v):23-34.
11. SRIPADA, B. Essential Psychoanalysis: Toward a Re-Appraisal of the Relationship between Psychoanalysis and Dynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*. 2015; 43(3):396–422. doi:10.1521/pdps.2015.43.3.396.
12. RAVITZ, P. Contemporary Psychiatry, Psychoanalysis, and Psychotherapy. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017;62(5):304–307. doi:10.1177/0706743717704762.
13. ZIMMERMANN, D. *Fundamentos psicanalíticos. Teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2015.

14. SILVA, MR; GASPARETTO, L; CAMPEZATTO, PVM. Psicanálise e psicoterapia psicanalítica: tangências e superposições. *Revista Psicologia e Saúde*. 2015;7(1):39-46.
15. BLASS, RB. An Introduction to “Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy.” *The International Journal of Psychoanalysis*. 2010;91(1):15–21. doi:10.1111/j.1745-8315.2009.00230.x
16. FREUD, S. A questão da análise leiga. *Conversas com uma pessoa imparcial* (1926). In: FREUD, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Tradução de Cláudia Dornbusch. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 205-289. (Obras incompletas de Sigmund Freud, 6).
17. BERNARDES, WLF. Como se forma um psicanalista? *Reverso*. 2019;41(77):111-117.
18. SILVA, MBP; PEREIRA, MEC; CELERI, EHV. The analyst's desire in the clinic of anorexia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2010;13(2):207-223. doi:https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000200004
19. LAURU, D. Une transmission possible en psychanalyse ? *Enfances & Psy*. 2017;75(3):152-164. doi:10.3917/ep.075.0152.
20. KHATER, E.; PEIXOTO, EM; HONDA, GC; ENÉAS, MLE; YOSHIDA, EMP. Momentos-chave e natureza das intervenções do terapeuta em psicoterapia breve psicodinâmica. *Psico-USF*. 2014;19(2):233-242. doi:https://doi.org/10.1590/1413-82712014019002010.
21. KEMBERG, OF. The four basic components of psychoanalytic technique and derived psychoanalytic psychotherapies. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2016;15(3):287–288. doi:https://doi.org/10.1002/wps.20368.
22. BUSCH, FN. Promoting Behavioral Change in Psychoanalytic Treatments. *Psychodynamic Psychiatry*. 2017;45(1):79–102. doi:10.1521/pdps.2017.45.1.79.
23. LACAN, J. O seminário. Livro 17: O avesso da psicanálise. 1992. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
24. LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: LACAN, J. *Escritos*, 1998, p. 238-324. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

25. FINK, B. On the value of the Lacanian approach to analytic practice. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2019;100(2):315–332. doi:10.1080/00207578.2019.1576137.
26. FINK, B. What's So Different About Lacan's Approach to Psychoanalysis? *The Psychoanalytic Review*. 2011;98(6):843–869. doi:10.1521/prev.2011.98.6.843.
27. DIMITRIADIS, Y. Schizophrenia as a psychosomatic illness: An interdisciplinary approach between Lacanian psychoanalysis and the neurosciences. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2018;82(1):1–18. doi:10.1521/bumc_2017_81_09.
28. KYRILLOS NETO, F.; MOREIRA, JO; DUNKER, CIL. DSMs and the Brazilian psychiatric reform. *Frontiers in Psychology*. 2015;6(401):1-3. doi:10.3389/fpsyg.2015.00401.
29. COUTO, R.; ALBERTI, S. Contribuição ao debate entre a psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira. *Mental, Barbacena*. 2008;6(11):15-33.
30. TRAPÉ, TL; ONOCKO-CAMPOS, R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saude Publica*. 2017;51:1-8. Doi:https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059
31. BURNS, T. A history of antipsychiatry in four books. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):312–314. doi:10.1016/s2215-0366(20)30106-1.
32. RONCHETTI, C.; TOFFOLUTTI, V.; MCKEE, M.; STUCKLER, D. The quantification of the psychiatric revolution: a quasi-natural experiment of the suicide impact of the Basaglia Law, *European Journal of Public Health*. 2020:1-5. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa011.
33. VAL, AC; MODENA, CM; ONOCKO-CAMPOS, RT; GAMA, CAP. Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2017;.27(4):1287-1307 doi:https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400022
34. HOCHMANN, J. Réflexionssur lesrapports entre l'historie et la psychiatrie. *Evol Psychiatr*. 2017;82(3):469–81. doi:10.1016/j.evopsy.2017.08.001.
35. ONOCKO-CAMPOS, RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019;35(11):1-5. doi:https://doi.org/10.1590/0102-311x00156119
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2007. Brasília: Ministério da Saúde.

37. FILHO, NCA; SOUZA, AMP. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface*. 2017;21(60):63-76.
38. RIBEIRO, J; GOMES, G.; ESLABÃO, A.; OLIVEIRA, N. Trajetória dos adolescentes usuários de crack até o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2019;9(23):1-21. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769232526>.
39. DIAS, TBM.; CHAVES, WC; NETO, F.K.. Psicanálise e Assistência Social: O Sujeito entre a Demanda e o Desejo. *Estud. pesqui. Psicol*. 2017;17(1):238-258.
40. SHIMOGUIRI, AFDT; COSTA-ROSA, A. From moral treatment to the psychosocial care: occupational therapy in the aftermath of Brazilian psychiatric reform. *Interface*. 2017;21(63):845-56.
41. KURIMOTO, TCS; PENNA, CMM; NITKIN, DIRK. Saberes e fazeres no cuidado de enfermagem em saúde mental. *Rev. Bras. Enferm*. 2017;70(5):973-980. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0343>.
42. BADIN, M; TOLEDO, VP; GARCIA, APRF. Contribution of transference to the psychiatric nursing process. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2161-2168. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0640>.
43. MARANHÃO, JH; VIEIRA, CLA. Reflexões sobre os conceitos de cidadania e sujeito em psicanálise na Atenção Psicossocial. *Estud. pesqui. psicol*. 2019;19(3):753-771.
44. FURTADO, LAR; VIEIRA, CAL. A transmissão da psicanálise, a política do psicanalista e sua presença nos dispositivos universitários e de atenção à saúde mental. *Stylus*. 2018;36(s/v):77-83.
45. RIBEIRO, EEM. A psicanálise nas instituições: clínica e política. *Boletim da Saúde*. 2009;23(2):15-21.
46. ZUGNO, D; MAFALDA, D; MARTINS, R; UBESSI, L. A clínica psicanalítica em uma equipe de saúde mental. *Revista Contexto & Saúde*. 2015;15(28):32-40. doi: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2015.28.32-40>.
47. SANTOS, RAN; FONSECA, T; KYRILLOS NETO, F. Reforma Psiquiátrica e lógica diagnóstica psicanalítica: Discussões acerca de uma possível tessitura. *Ágora*. 2020;23(1):12-20.

48. SILVA, ML; AMBONI, G; SILVA, DM; KERN, CAR; FERRAZ, F. Escuta psicanalítica no acolhimento em um centro de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2019;11(29):63-83.
49. BUENO, G; ZANELLA, AV. A imagem na pesquisa em psicologia social: um possível encontro da etnografia com o documentário cinematográfico. *Revista De Psicologia*. 2017;8(1):37-52.
50. Understanding qualitative research in health care. *Drug Ther Bull*. 2017 Feb;55(2):21-24. doi: 10.1136/dtb.2017.2.0457. PMID: 28183724.
51. LIEBLICH, A; TUVAL-MASHIACH, R; ZILBER, T. *Narrative Research: reading, analysis and interpretation*. California: SAGE Publications Inc; 1998.
52. BROWN, P. Narrative: An ontology, epistemology, and methodology for proenvironmental psychology research. *Energy Research & Social Science*. 2017;31(1):215–222.
53. SPECTOR-MERSEL, G; KNAIFEL, E. Narrative research on mental health recovery: two sister paradigms. *Journal of Mental Health*. 2017;2(35):1–9. doi:10.1080/09638237.2017.1340607.
54. LACAN, J. *O seminário Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 1985. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
55. SMITH, B; MONFORTE, J. Stories, new materialism and pluralism: Understanding, practicing and pushing the boundaries of narrative analysis. *Methods in Psychology*. 2020;2(1):1-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.metip.2020.100016>
56. HIVER, P; ZHOU, SA; TAHMOURESI, S; SANG, Y; PAPI, M. Why stories matter: Exploring learner engagement and metacognition through narratives of the L2 learning experience. *System*. 2020;91(1):1–12.
57. BAGNARA, IC; FENSTERSEIFER, PE. Relação entre formação inicial e ação docente: o desafio político da educação física escolar no centro do debate. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*. 2019;41(3):277-28.
58. VANDERHEIDE, J; JOHNSON, A. Examining preservice teachers' narratives of teaching dialogically. *Teaching and Teacher Education*. 2020;87(1):102946.
59. TOMKOW, L. Health and hostile hospitality: Understanding asylum applicants' narratives of life and health in the UK. *Social Science & Medicine*. 2020;265(1):113509. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113509>
60. BOOKER, JA; PIVUSH, R.; GRACI, ME; HEITZ, H; HUDAK, LA; JOVANOVIC, T; ROTHBAUM, BO; STEVENS, JS. Longitudinal changes in trauma narratives over

- the first year and associations with coping and mental health. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 272(1):116–124. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.009>
61. BRANDÃO, K. O que a teorização lacaniana dos discursos nos ensina sobre o laço contemporâneo? *Revista de Filosofia do IFCH da Universidade Estadual de Campinas*. 2019;3(5):24-43.
62. BERNARDES AC. Pesquisa & Psicanálise: Algumas Referências Lacanianas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010;26(1):35-38.
63. SIQUEIRA, E. Reflexões sobre o ser e o sujeito em psicanálise. *Opção Lacaniana*. 2017;8(24):1-21.
64. REIS, VAW; WERNER, PSAJS. O estruturalismo na obra de Jacques Lacan: um retorno a questão da linguagem. *J. psicanal*, 2020;53(98):331-346.
65. SAUSSURE, F. *Curso de linguística geral*. 2012. 28 ed. São Paulo: Cultrix.
66. CABRAL, AFGA. Da metáfora à subversão do Nome-do-Pai: a relação entre a lei e o desejo na teoria de Lacan. *Analytica*. 2020;9(16):1-24.
67. LACAN, J. Instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud In: LACAN, J, *Escritos*, 1998, p. 496-536. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
68. OLIVEIRA, JB. O inconsciente lacaniano. *Psicanálise & Barroco em revista* 2012;10(1):109-120.
69. LEMOS, SCA; NEVES, AS. Os processos de constituição psíquica do sujeito na perspectiva da psicanálise de família e casal. *Psicol. Clin.* 2019;31(1):55-75.
70. FERREIRA-LEMOS, PP. Sujeito na psicanálise: o ato de resposta à ordem social. In: SPINK, MJP; FIGUEIREDO, P; BRASILINO, J. *Psicologia social e personalidade* 2011, p. 89-108. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO.
71. OLIVEIRA, JB. O inconsciente lacaniano. *Psicanálise & Barroco em revista* 2012;10(1):109-120.
72. LANG, CE; ANDRADE, HV. Formalização e clínica psicanalítica: a estrutura, o significante e o sujeito. *Cad. psicanal.* 2019;41(40):99-119.
73. FERREIRA, NP. Jacques Lacan: apropriação e subversão da linguística. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. 2002;5(1):113-131. Doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982002000100009>
74. GARCIA, APRF. O ensino do processo de enfermagem em saúde mental: proposta metodológica a partir da psicanálise. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] – Faculdade de Enfermagem da UNICAMP; 2017.

75. RINALDI, D; JORGE, MAC. Saber, verdade e gozo: leituras de Jacques seminário, livro 17 de Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 1 ed. 2002.
76. JORGE, MAC. Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, v.1: as bases conceituais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar 1 ed., 2000.
77. LACAN, J. O seminário Livro 18: De um discurso que não fosse semblante. 2009. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
78. ESPINOZA, MV; BESSET, VL. Sobre laços, amor e discursos. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*. 2009;15(2):149-165.
79. LACAN, J. A ciência e a verdade. In: LACAN, J, *Escritos*, 1998, p. 869-892. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
80. LACAN, J. A subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: LACAN, J. *Escritos*, 1998, p. 807-842. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
81. ROCHA, Z. A experiência psicanalítica: seus desafios e vicissitudes, hoje e amanhã. *Ágora*. 2008;11(1):101-116.
82. PAMPONET, R. O Cartel na Escola de Lacan. *@gente Revista de Psicanálise*. 2013;8(2):24-30.
83. ALBERTI, S. Transferência de trabalho e a universidade. *Dossiê: Homenagens Psicol. USP*. 2004;15(1-2):55-70.
84. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [internet]. *Panorama Brasil/São Paulo/Campinas* [acesso em 23 jun 2023]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>.
85. SERVIÇO DE SAÚDE “DR. CÂNDIDO FERREIRA” [internet]. [acesso em 23 maio 2023]. Disponível em: <https://candido.org.br/portal/>.
86. BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011, dez 26. [acesso em 23 maio 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
87. JUCÁ, VS; VORCARO, AMR. Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica. *Psicologia USP*. 2018;29(2):246-252. doi:<https://doi.org/10.1590/0103-656420160157>

88. BEAUD, S. El uso de la entrevista en las ciencias sociales. En defensa de la entrevista etnográfica. *Revista Colombiana De Antropología*. 2018;54(1):175-218. doi:<https://doi.org/10.22380/2539472X.388>
89. SPECTOR-MERSEL, G; KNAIFEL, E. Narrative research on mental health recovery: two sister paradigms. *Journal of Mental Health*. 2017;2(35):1–9. doi:10.1080/09638237.2017.1340607.
90. FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Freud S. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. 1912. Rio de Janeiro: Imago.
91. BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. [acesso em 23 jun 2021] Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3>.
92. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS [internet]. Orientações sanitárias para o enfrentamento da pandemia [acesso em 6 de abr de 2020]. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/cartilha-covid-19/orientacoes-sanitarias-para-o-enfrentamento-da-pandemia>
93. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations: scientific brief. 2020.
94. HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. 2001. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva.
95. MEDEIROS, RHA. Elementos iniciais para uma crítica da formação profissional superior inspirada pelos dispositivos da escola de Lacan e a formação do analista. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica* [online]. 2018;21(2):277-288. ISSN 1809-4414. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982018002013>.
96. MEDEIROS, VHR; MOREIRA, MIB. Os sentidos dos cuidados em saúde mental a partir de encontros e relatos de usuários de um CAPS. *Saúde e Sociedade* [online]. 2022;31(1):e210094. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210094>
97. JANK, CMA. Reflexões sobre a diversidade do campo da psicanálise. *J. psicanal.* 2018;51(9):95-110, jun.
98. FERRAZ, FC. Transmissão e formação: apontamentos sobre o tripé analítico. *Jornal de Psicanálise*. 2014;47(86):87-102.
99. DAYRELL, MAA. “O psicanalista só se autoriza por si mesmo”. *Reverso*. 2019;41(77):103-110.

100. VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. *Psicanálise e Saúde Mental Revista Curinga*, Belo Horizonte, EBP/MG. 1999;13(1):50-59.
101. MAESSO, MC. A Estratégia da Transferência na Psicanálise como Contradispositivo. *Psic: Teor e Pesq.* 2020;36(spe):e36nspe12. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe1>
102. MEIRELLES, CEF. O manejo da transferência. *Stylus*. 2012;25(1):123-135.
103. LACAN, J. Seminário 1: Os escritos técnicos de Freud. 1979. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
104. LACAN, J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: LACAN, J.. *Escritos*, 1998, p. 197-213. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
105. FREUD, S. A dinâmica da transferência. 1912. In: FREUD, S. *O caso Shereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos, 1911-1913*, p. 129-143. Rio de Janeiro: Imago.
106. GOBBATO, GG. Transferência: amor ao saber. *Ágora (Rio J)* [Internet]. 2001;4(1). <https://doi.org/10.1590/S1516-14982001000100007>
107. LACAN, J. Ato de fundação. In LACAN, J. *Outros escritos*, 1964, p. 235-247. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
108. LACAN, J. *Nomes-do-Pai*. 2005. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
109. LEITE, MPS. *Psicanálise lacaniana: cinco seminários para analistas kleinianos*. 2000. São Paulo: Iluminuras.
110. CLAVURIER, V; GUIA-MENENDEZ, ERM. Real, simbólico, imaginário: da referência ao nó. *Estudos de Psicanálise*. 2013;(39):125-136.
111. FREUD, S. Sobre a psicoterapia. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 1904. Rio de Janeiro: Imago.
112. SANTOS, TC; OLIVEIRA, FLG. Teoria e clínica psicanalítica da psicose em Freud e Lacan. *Psicologia em Estudo*. 2012;17(1):73-82.
113. FREUD, S. *Neurose e Psicose*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 1996. Rio de Janeiro: Imago.
114. MACIEL, VS. A transferência no tratamento da psicose. *Mental*, Barbacena. 2008;6(10):1-10.
115. CHAVES, ME. Estruturas clínicas em psicanálise: um recorte. *Reverso* [online]. 2018;40(76):55-62. ISSN 0102-7395.
116. FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: FREUD, S. *Obras completas de Sigmund Freud*. 1996. p. 205–209. Rio de Janeiro: Imago.

117. NEVES, TI. O universalismo da cura em Freud. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica* [online]. 2020;23(1):21-29. ISSN 1809-4414. <https://doi.org/10.1590/1809-44142020001003>.
118. SANTOS, MA et al. Clínica das configurações vinculares: do estabelecimento do vínculo terapêutico às transformações possíveis. *Vínculo* [online]. 2017;14(2):45-57.
119. LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose". In: *Escritos*. 1998, p. 537-590. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
120. ALBINO, A. A psicanálise em perspectiva. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2021;9(2):356-357.
121. BAIO, V. O ato a partir de muitos. *Curinga, Belo Horizonte*. 1999;13(1):66-73.
122. LACAN, J. Seminário 3: As psicoses. 1985. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
123. QUINET, A. Teoria e Clínica da Psicose. 2000. Rio de Janeiro: Forense. Universitária.
124. FREUD, S. Psicanálise 'silvestre'. In: FREUD, S. *Obras completas de Sigmund Freud*, Vol.9. 2013, p. 324-333. São Paulo: Companhia das Letras.
125. LEITAO, IB. A construção do estudo de caso em psicanálise: revisão de literatura. *Contextos Clínicos* [online]. 2018;11(3):410-424. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2018.113.11>.
126. SANTORO, VC. Clínica psicanalítica e ética. *Reverso* [online]. 2006;28(53):61-66.
127. OLIVEIRA, HM; NEVES, TI. Considerações sobre a formação do analista: ética, saber e transmissão. *Cad. psicanal.* [Internet]. 2013; 35(28):91-110.
128. POLI, MC; SCHNEIDER, VS. Sobre a supervisão em psicanálise: relendo Freud a partir de Lacan. *Psicologia Clínica* [online]. 2014;26(1):151-164. ISSN 1980-5438. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652014000100010>.
129. TANIS, B. A formação psicanalítica: especificidade e transformações. *J. psicanal.* 2018;51(95):29-41.
130. MABILDE, LC. Validação da escuta em supervisão psicanalítica. *Rev. bras. Psicanál.* 2018;52(3):149-165.
131. LIMA, CH; SAMPAIO, TCSM; CUNHA, JS. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de qualificação na Atenção Psicossocial: uma experiência de parceria com a Universidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online].

- 2019;29(3):e290314. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290314>.
132. JORGE, MAC. Lacan e a formação do psicanalista. 2006. Rio de Janeiro: Contra Capa.
133. FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 1998. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
134. SARMIENTO-PESÁNTEZ, MM; CORDERO-ZUMBA, NB; LATACELA, GA; ABAD-MARTÍNEZ, NI; OCHOA-YUMBLA, CC et al. Reseña histórica de Michel Foucault (1926-1984): concepto de ciencia e incidencia en la Psicología. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2020;39(6):740-745. Doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4406598>
135. MOREIRA, JO; OLIVEIRA, NA; COSTA, EA. Psicanálise e pesquisa científica: o pesquisador na posição de analisante. Tempo psicanal. [online]. 2018;50(2):119-142.
136. LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. 1967. In: LACAN, J. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
137. LACAN, J. O seminário 15: o ato psicanalítico. 1968. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
138. NOGUEIRA FILHO, DM; WARCHAVCHIK, VLH. Formação do analista: um impasse necessário. J. psicanal. 2008;41(74):141-150.
139. PÉRICO, W. Ensaio sobre psicanálise, instituições e luta de classes no campo da Saúde Mental Coletiva. Tese [Doutorado em Psicanálise] – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.
140. JORGE, MAC; RINALDI, D. Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan. 2002. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
141. CASTRO, JE. Considerações sobre a escrita lacaniana dos discursos. Ágora (Rio J) [Internet]. 2009;12(2):245–58. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982009000200006>
142. BACELAR, J; COUTINHO, D. A noção lacaniana de imaginarização: a clínica psicanalítica e seus desdobramentos no social. Rev latinoam psicopatol fundam [Internet]. 2022;25(1):83–105. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n1p83.5>
143. LACAN, J. O Seminário 10: a angústia. 2005. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
144. MACHADO, Z. Da angústia ao desejo do analista. Reverso [online]. 2008;30(56):35-39.

145. DARRIBA, V. A falta conceituada por Lacan: da coisa ao objeto a. *Ágora*. 2005;8(1):63–76. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982005000100005>
146. LAPLANCHE, J; PONTALIS, JB. *Vocabulário da Psicanálise*. 1996. São Paulo: Martins Fontes.
147. LAZZARINI, ER; CARVALHO, MC. Os Casos-Limite e os Limites da Técnica Psicanalítica: Subversão e Cura nos Fundamentos da Psicanálise. *Psic: Teor e Pesq*. 2020;36(spe):e36nspe5. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe5>
148. MARCOS, CM; OLIVEIRA JUNIOR, ES. O sintoma entre a terapêutica e o incurável: uma leitura lacaniana. *Psicol. clin*. 2013;25(2):17-31.
149. SALES, LS. Linguagem no Discurso de Roma: programa de leitura da psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]*. 2004;20(1):49-58. ISSN 1806-3446. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000100007>
150. ELIA, L. Psicanálise: clínica e pesquisa. In: ALBERT, S.; ELIA, L. (Org.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. 2000. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
151. COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan?. *Rev. Psicol. UNESP*. 2019;18(1):37-54.
152. COSTA MF, COSTA-ROSA, A. Considerações sobre a Ampliação da Intensão da Psicanálise numa Unidade de Pronto Atendimento. *Psicol cienc prof*. 2021;41(2):e219208. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219208>
153. COSTA-ROSA, A. A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. *Estud psicol*. 2012;29(1):115–26. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100013>
154. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.336/GM. Regulamenta o funcionamento e estrutura dos Caps. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf
155. FREUD, S. *O infamiliar / Das Unheimliche*. 2019. Belo Horizonte: Autêntica.
156. MARTELLO, A; MARTINS, JR. O duplo especular nas psicoses não desencadeadas: um paradigma contemporâneo? *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. 2017;20(3):591-602.
157. QUINET, A. *A Estranheza da Psicanálise*. 2009. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
158. NUNES, JMS; GUIMARÃES, JMX; SAMPAIO, JJC. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2016;26(4):1213-1232. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>.

159. BEZERRA, EBN; SILVA, EF; MÁXIMO, TACO; MELO, JSVB. O trabalho de equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2018;18(1):169-188.
160. VIGANÓ, C. A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online*. 2010;1(1):1-9.
161. FENDER, WD; MORETTO, MLT. Construir, comunicar, transmitir: um caminho possível para o analista em uma equipe multidisciplinar. *Rev. SBPH*. 2020;23(1):3-15.
162. GUERRA, AMC; OLIVEIRA MOREIRA, J; OLIVEIRA, LV. Narrativa memorialística como estratégia de pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais, In: *Pesquisas com narrativas nas ciências humanas: psicanálise, psicologia social, sociologia e história*. 2022. Porto Alegre: ediPUCRS.
163. RAVANELLO, T; DUNKER, CIL; BEVIDAS, W. Para uma Concepção Discursiva dos Afetos: Lacan e a Semiótica Tensiva. *Psicol cienc prof*. 2018;38(1):172–85. <https://doi.org/10.1590/1982-37030004312016>
164. LEBREGO, AM; PENA, BF. The writing of clinical cases: from the effects on the analyst and the transmission of psychoanalysis. *Research, Society and Development*, 2021;10(11):p.e296101119639. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19639.
165. MORETTO, MLT; PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanalítico*. 2014;46(2):287-298.
166. ANDRADE JÚNIOR, M. O desejo em questão: ética da psicanálise e desejo do analista. *Psychê*. 2007;11(21):183-196.
167. MENDONÇA, SBM, RODRIGUES, D; PEREIRA, PPG. Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2019;35:e00008119. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00008119>
168. CASTANEDA, L. O Cuidado em Saúde e o Modelo Biopsicossocial: apreender para agir. *CoDAS [Internet]*. 2019;31(5):e20180312. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018312>
169. ROCHA, MB; MOREIRA, DC; BISPO JÚNIOR, JP. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00241718. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00241718>
170. DAMOUS, I; ERLICH, H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*. 2017;27(4):911–932. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400004>

171. TRAPÉ, TL; ONOCKO-CAMPOS, RTO; COSTA, KS. Rede de Atenção à Saúde Mental: estudo comparado Brasil e Catalunha. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*. 2018;28(4):1-19. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280402>
172. GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2012, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
173. OLIVEIRA, C. O chiste, a mais-valia e o mais-de-gozar. *Revista Estudos Lacanianos*. 2008;1(1):1-15.
174. BATISTA, LC. Paradoxos do discurso capitalista: Um novo sujeito? *R. Inter. Interdisc. INTERthesis, Florianópolis*. 2017;14(2):39-56. <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2017v14n2p39>
175. LUSTOZA, RZ. A formação do conceito de Nome do pai (1938-1958). *Ágora (Rio J) [Internet]*. 2018;21(3):323–32. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982018003004>
176. BACELAR, J; COUTINHO, D. A noção lacaniana de imaginarização: a clínica psicanalítica e seus desdobramentos no social. *Rev latinoam psicopatol fundam [Internet]*. 2022;25(1):83–105. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n1p83.5>
177. LACAN, J. O Seminário 20: Mias, ainda. 1985. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
178. SILVA MM; ALTOÉ, S. O pai: uma questão sempre atual para a psicanálise. *Ágora*. 2018;21(3):333–42. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982018003005>
179. GEWEHR, RB; BAÊTA, J; GOMES, E; TAVARES, R. Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. *Psicologia USP*. 2017;28(1):33–43. <https://doi.org/10.1590/0103-656420150092>
180. PUTTINI, RF; PEREIRA JUNIOR, A; OLIVEIRA, LR. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis [Internet]*. 2010;20(3):753–67. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300004>
181. CATÃO, MO. *Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade [online]*, 2011. Campina Grande: EDUEPB.
182. FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*, 1977. Petrópolis: Ed. Vozes.
183. FREUD, S. Conferências introdutórias sobre psicanálise, parte III, Teoria geral das neuroses: conferência XXI – O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XVI. 1996, Rio de Janeiro: Imago.

184. FERRARI, V. Práticas discursivas na universidade: uma análise a partir da teoria lacaniana dos quatro discursos. *Revista Estudos Lacanianos*. 2010;3(4):1-15.
185. FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes. In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v.14, 1996. Rio de Janeiro: Imago.
186. FREUD, S. Sobre psicoterapia. In: Freud S. Obras Completas, 2006. Buenos Aires: Amorrortu.
187. LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In: LACAN, J. Escritos, 1998, Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
188. RINALDI, DL. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2015;20(2):315–23 <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.17332013>
189. HERMANN, MC. O real na psicose. *Psicologia USP*. 2004;15(1-2):279-293. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642004000100025>.
190. FREUD, S. Observações sobre o amor transferencial. In: FREUD, S. O caso Shereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos, 1969. Rio de Janeiro: Imago.
191. PISETTA, MAM. Medicalização e discurso universitário: Por uma Política de Cuidado e Escuta do Sujeito na Educação. *Movimento-Revista De educação*. 2020;7(15):1-16. <https://doi.org/10.22409/mov.v7i15.47558>
192. FONSECA, J. O lugar do desejo na matriz de identidade. *Rev Bras Psicodrama* [Internet]. 2022;30:e0122. <https://doi.org/10.1590/psicodrama.v30.511>
193. QUINET, A. As 4+1 condições da análise, 2002. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
194. LACAN, J.O Seminário, Livro 4: A relação de objeto, 1995. Rio de Janeiro: Jorge Zahar
195. VASCONCELOS, ACP; PENA, BF. Angústia: o afeto que não engana. *Reverso*. 2019;41(78):27-33.
196. RATTI, FC; ESTEVÃO, IR. Violência, acidente e trauma: a clínica psicanalítica frente ao real da urgência e da emergência. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. 2016;19(3):605-636.
197. COSTA, CAR. Do fenômeno à estrutura, da estrutura à domesticação do gozo: os recursos da "foraclusão estrita". *Tempo psicanal*. 2016;48(2):25-46.
198. MILLER, JÁ. Los signos del goce. 1998. Buenos Aires: Paidós.

199. KESSLER, CH; SILVA, TP. Psicanálise, Clínica e Universidade: Impasses e Possibilidades. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [online]. 2021;37(1):1-9. e37415. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37415>.
200. CASTRO, JE; FERRARI, IF. O desejo do psicanalista e sua implicação na transferência segundo o ensino de Lacan. *Psicol clin.* 2013;25(2):53–72. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652013000200004>
201. LACAN, J. O seminário, livro 8: A transferência. 1992. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
202. SILVA, JM. Das fantasias à fantasia fundamental: caso clínico. *Estud. psicanal.* 2021;55(1):193-203.
203. SILVA, AT; BIANCO, ACL. O Moisés de Freud: Saber e transmissão na psicanálise. *Estilos da Clínica.* 2009;14(26):216–235. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v14i26p216-235>
204. LACAN, J. Meu ensino. 2006. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

ANEXOS

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTORIZANDO-SE: COMPREENSÃO SOBRE O PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CLÍNICA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL POR PSICÓLOGOS

Pesquisador: Beatriz Almeida Gabardo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44339121.0.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.658.700

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos apresentados para apreciação ética e das informações inseridas pelo Pesquisador Responsável do estudo na Plataforma Brasil.

Desde o início da minha graduação percebi que a Psicologia era uma ciência multifacetada. Ao longo de minha formação pude perceber que não falamos de uma Psicologia se sim de Psicologias¹. Essa pluralidade além de enriquecedora e geradora de conhecimento também aparece enquanto ponto de tensão, como pode ser visto na disputa entre as diferentes teorias psicológicas acerca da compreensão do homem e das práticas profissionais². Esse tensionamento também aparece no espaço entre a teoria e a prática no que vivi especialmente em meu último ano de formação. Onde me graduei, há duas disciplinas que abarcam os conceitos psicanalíticos, elas são ofertadas na grade do terceiro ano do curso. Depois disso, a Psicanálise reaparece como opção no último ano para desenvolvimento do estágio prático de psicoterapia breve. Tanto o ensino da teoria psicanalítica quanto o estágio desenvolvido sob essa orientação teórica foram vividos por mim enquanto um grande ponto de tensionamento entre o que é Psicanálise e o que a Psicologia faz a partir da Psicanálise. No descompasso entre Psicanálise e Psicologia experienciado por mim nas minhas vivências práticas durante a minha formação, surgiu esse desejo de compreender

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.658.700

melhor esse desacerto e esse tensionamento entre essas áreas que parecem bastante distintas. Assim, início o meu percurso pensando a Psicologia. Esta é uma ciência recente que se constituiu como área do conhecimento apenas no final do século XIX com a criação do primeiro laboratório experimental em Leipzig na Alemanha³. Além de recente, outra característica da psicologia enquanto ciência é ser multifacetada, desenvolvendo-se em muitas direções teóricas². Após o término da segunda guerra mundial, a psicologia teve seu maior avanço e destaque, adquirindo status na sociedade. Assim, a psicologia ocupa um espaço não criado por ela e sim pela configuração social e cultural do horizonte histórico do momento. Isso possibilitou uma autoafirmação enquanto ciência e profissão, ao mesmo tempo, também criaram lacunas que distorcem e complicam a definição desse campo de conhecimento⁴. Enquanto profissão em nosso país, a psicologia só foi regulamentada nos anos 60. A lei 4119 de 27 de agosto de 1962 regulamenta a profissão e torna exclusivo aos profissionais da psicologia o uso de técnicas psicológicas com os objetivos de solução de problemas de ajustamento, orientação psicopedagógica, diagnóstico psicológico e orientação e seleção profissional⁵. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) definiu junto ao Ministério do Trabalho as atribuições do psicólogo no Brasil. Neste documento enviado ao ministério para integrar o catálogo brasileiro de ocupações, o conselho definiu atuações como psicólogo clínico, do trabalho, do trânsito, educacional, jurídico, do esporte, social e o professor de Psicologia⁶. Nesta pesquisa voltaremos o nosso olhar para a ocupação da Psicologia na clínica a fim de responder a inquietação que deu início a este trabalho. A atuação do psicólogo na área clínica é descrita como campo específico da saúde, que tem por objetivo a compreensão dos processos inter e intrapessoais, além de apresentar um caráter curativo ou preventivo⁶. Também faz parte da Psicologia clínica o diagnóstico, o acompanhamento e a intervenção psicoterápica grupal ou individual, utilizando distintas abordagens teóricas⁶. A definição da atuação descrita pelo documento vai ao encontro com a literatura que aponta que tal definição acaba por caracterizar socialmente a prática da psicologia clínica como vinculada exclusivamente a psicoterapia^{4,7,8}. Uma das abordagens teóricas dentro da Psicologia clínica é a Psicanálise. Enquanto abordagem teórica, ela oferece um arcabouço teórico e técnico pautado na concepção de inconsciente, de sexualidade infantil, de transferência, de resistência e de interpretação do material que aparece no campo analítico na relação paciente e profissional^{9,10,11,12}. A absorção desses elementos da Psicanálise pela Psicologia levou a criação de uma terapia sistemática e com fundamentação psicanalítica que foi nomeada como psicoterapia psicanalítica. Isso também ocorreu com o Behaviorismo e a terapia cognitivo comportamental, o Humanismo e a terapia centrada na pessoa e outras correntes teóricas^{13,10}. Assim, como o que

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.658.700

experienciei na minha formação e que fez nascer em mim o desejo de pesquisar o descompasso entre a psicanálise e a psicologia, representada pela psicoterapia psicanalítica, tem sido objeto de discussão e pesquisa. Desde a assimilação da psicanálise pelas universidades nos cursos de psicologia na década de cinquenta, psicanalistas tem se posicionado em relação a psicanálise e psicoterapia psicanalítica¹⁴. Na literatura, as discussões sobre esse tema apontam três grandes grupos de posicionamento. O primeiro grupo de autores consideram a psicanálise e a psicoterapia psicanalítica como extremamente diferentes e radicais, logo, para eles, tal distinção deve ser delimitada¹³. O segundo grupo de autores, convictos de que a diferença entre elas se dá por uma natureza quantitativa, havendo uma interpenetração entre ambas e o terceiro grupo que considera um amplo espectro de fatores (técnicas, processos, contextos, indicações etc.) que se diferenciam mas se sobrepõem, se tangenciam e, até mesmo, confundem-se^{11,13,14,15}. Fatores como intervenções e a formação do psicanalista tem sido apontados como distanciamentos da psicanálise clássica e da psicoterapia de base psicanalítica^{12,14}. A formação do psicanalista, desde os primórdios da psicanálise já se instaurava como um tema a ser debatido. Freud, fundador da psicanálise, defendeu que esta poderia ser praticada também por não médicos e que a formação psicanalítica deveria ser a condição para o exercício da clínica¹⁶. A formação em psicanálise é definida por um tripé composto pela análise pessoal, supervisão clínica e estudos teóricos¹⁶. Com maior importância na tríade da formação se encontra a análise pessoal, uma vez que só se é possível apreender os conceitos psicanalíticos pela experiência destes em um processo analítico, no contato com o próprio inconsciente^{16,17}. O contato do sujeito com o seu inconsciente na experiência analítica, com os conceitos teóricos e com as experiências de atendimentos pontuadas pela supervisão clínica constituem o percurso único de cada sujeito em tornar-se psicanalista^{16,17}. Essa formação em psicanálise é entendida como uma transmissão, se diferencia do ensino nas demais as áreas de conhecimento, pois ela advém de um desejo da própria pessoa e de um saber do inconsciente que não é encontrado em nenhum ensino sistematizado de um curso ou ensinado por um mestre^{18,19}. Portanto, possuir um diploma de psicologia, ou qualquer outra graduação, não garante a autorização e o surgimento de um psicanalista¹⁷. Tal como a formação psicanalítica há também diferenças no campo das intervenções feitas por um psicólogo e por um psicanalista. A intervenção que é considerada o divisor entre psicanálise e psicologia é a interpretação. Em psicologia, a interpretação é uma forma de intervenção verbal com o objetivo de tornar o desconhecido conhecido, por meio da linguagem. Nela o psicólogo atribui e produz sentido as emoções, relações, falas, comportamentos e ideias que surgem no processo de psicoterapia²⁰. Sendo assim, o psicólogo assume uma posição de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.658.700

saber sobre o mal-estar do sujeito^{21,22}. Na psicanálise a interpretação é de outra ordem, caracteriza-se por uma revelação que surge no para além da comunicação, posto que o sujeito em análise irá considerar a lógica de seu inconsciente para atribuir sentido as suas experiências de não-sentido, que até então convocavam o mal-estar^{23,24}. O psicanalista é responsável por pontuar o não sentido no discurso do analisante e o trabalho deste é elaborar algum sentido para sua experiência analítica²⁵. O inconsciente, nesta perspectiva, caracteriza-se por aquilo que é censurado e retorna no sintoma, nas lembranças da infância, no falar, nas suas formações e nos mitos²⁴. Nesse contexto, a interpretação psicanalítica, especialmente em uma perspectiva lacaniana, visa criar reverberações do inconsciente que levem a geração de algo novo pelo sujeito^{26,27}. Com esse objetivo, a linguagem usada é deliberadamente evocativa, equívoca e polivalente, respeitando a lógica inconsciente²⁶. A interpretação psicanalítica é uma produção concreta de sentido que devolve ao sujeito falante a posição de detentor da verdade sobre si^{24,26,27}. É neste ponto que eu encontro na literatura o que eu experimentei junto a minha prática clínica desenvolvida a partir da psicoterapia psicanalítica. Em atendimento realizado no estágio de orientação teórica psicanalítica, elaborei uma interpretação para a paciente que estava em curso terapêutico comigo. Tal interpretação continha o movimento inconsciente deste sujeito, no entanto eu atribui sentido a dinâmica por ela realizada, após me ouvir, a paciente me inquiriu: "E agora, o que eu faço com isso?". Nesse momento vi que a interpretação que eu havia feito era totalmente exterior a ela e pude reconhecer que mesmo pensando minha prática a partir dos conceitos psicanalíticos, o manejo que eu estava fazendo era de outra ordem, não fazia ali a clínica do inconsciente, posto que o saber sobre o sofrimento da paciente permaneceu no meu discurso, impossibilitando a elaboração criativa desse sujeito. Pautada na inquietação dessa experiência, busquei pensar a psicanálise e a psicologia para além dos muros da clínica escola onde atendi e dos consultórios particulares onde a psicoterapia psicanalítica é encontrada. Voltei o meu olhar para onde mais existe a prática clínica que envolva psicanálise e psicoterapia psicanalítica, então encontro a saúde mental pública, pois é lá que talvez esse impasse também possa ser experimentado por outros psicólogos inclinados a desenvolver sua prática clínica a partir da psicanálise. A inserção da psicologia nos serviços de saúde pública aconteceu no final dos anos 70, com o intuito de prover modelos alternativos aos hospitais psiquiátricos²⁸. A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e o abandono do modelo hospitalocêntrico, permitiu aos psicólogos a ampliação de sua atuação, saindo dos consultórios particulares e passando a compor as equipes multidisciplinares sustentadas nas políticas públicas de saúde^{29,30,31,32}. A psicanálise teve um papel importante na RPB. Seu referencial teórico foi norteador nos questionamentos da psiquiatria

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.658.700

tradicional em suas concepções de sujeito e suas práticas para com aqueles considerados doentes incapacitados por seu transtorno mental²⁸. O referencial psicanalítico também trouxe coordenadas para os trabalhos em equipe, que passaram a ser adotados com a RPB 28. Além de toda a contribuição de seu arcabouço teórico, uma importante contribuição da psicanálise foi o acréscimo do conceito de construção de caso, cuja sua circulação permite seu constante desenvolvimento, envolvendo diferentes profissionais e o sujeito em sua particularidade³³. Desta forma, a psicanálise contribuiu com o campo da saúde mental não só com a clínica, mas com um discurso e uma ética do sujeito do inconsciente³⁴. No Sistema Único de Saúde (SUS), permeado por influências da RPB, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o intuito de atender de forma integral pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico e sujeitos com necessidades provenientes do uso de substâncias psicoativas como álcool, crack e outras drogas³⁵. A RAPS é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades básicas de saúde, centros de cultura e convivência, serviços de desinstitucionalização, serviços de atenção emergencial e de urgência, unidades de acolhimento, residências terapêuticas e leitos de atenção integral com o objetivo de atender, ampliar e articular as demandas da população assistida assim como o fluxo entre os equipamentos da RAPS³⁶. A política nacional de saúde mental determina os CAPS como referência no atendimento de portadores de sofrimento psíquico grave³⁰. Nesses locais a clínica a ser desenvolvidas pelos psicólogos é a que tem sido denominada de clínica ampliada. Diferente dos moldes tradicionais, nessa prática clínica o psicólogo atua articulado com a RAPS^{37,38}. Pautada na determinação nacional de saúde mental e nas questões que iniciaram este percurso teórico, voltarei o meu olhar para a prática clínica nos CAPS, uma vez que são referência no atendimento em saúde mental na RAPS³⁰. No contexto desse equipamento, a atuação do psicólogo deve favorecer e possibilitar o diálogo com os setores da sociedade civil e setores públicos, viabilizando ações no âmbito comunitário e social, recuperando laços sociais, promovendo a autonomia e o desenvolvimento das potencialidades dos sujeitos por meio de um Projeto Terapêutico Singular (PTS)³⁷. Além da presença da psicologia na RAPS há, também, a presença da psicanálise. Sua inserção e presença no campo da saúde mental brasileira é inegável, assim como o benefício de seu diálogo com outras áreas de conhecimento, como é pregado pela ideia de clínica ampliada. A psicanálise entra no equipamento de saúde mental, pela prática clínica de psiquiatras e psicólogos, assim como no fazer dos outros profissionais que compõe a equipe como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros ^{39,40,41,42}. No cotidiano dos CAPS, a partir dos preceitos da RPB, do SUS e da RAPS, é exigido do psicólogo e de todos os outros profissionais da equipe de saúde mental novas práticas e perspectivas teóricas pautadas nos

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.658.700

direitos humanos que fomentem integralmente a cidadania do portador de transtorno mental, incluindo-o como um sujeito de direitos, assegurando direitos atuais e lutando por outros novos^{38,43}. Essa prática cidadã se articula com a busca do Estado pela diminuição das desigualdades sociais, produto do sistema econômico capitalista⁴³. A psicanálise tem nos mostrado que a sua clínica, ética e discurso se justificam por seus efeitos tanto na prática individual quanto no plano coletivo da RPB, do SUS, da RAPS e dos CAPS⁴⁴. Entretanto, ao se adotar a psicanálise nesses espaços institucionais é necessário considerar seu desenvolvimento nesse espaço onde outras éticas e outras concepções de sujeito existem, assim como demandas, urgências e emergências da instituição, não esquecendo de computar questões sociais e econômicas do nosso próprio país ^{45,46}. Desta forma, este estudo se justifica pelo reconhecimento da importância da psicanálise no percurso histórico da RPB^{28,33,34,44,47} e na clínica dos equipamentos organizados a partir da RAPS^{39,40,41,42,44,48} e as vicissitudes da formação do psicanalista frente a tensão que se estabelece para o psicólogo que deseja portar tal referencial teórico e clínico^{13,14,17}, torna-se relevante reconhecer como na prática clínica destes equipamentos o psicólogo autoriza-se a portar o discurso psicanalítico apesar dos desafios de sua formação e a convivência de diferentes referenciais teóricos que sustentam o cuidado na saúde mental na atualidade^{30,37,38,48}. Sendo assim, surge a pergunta desse estudo: Como o psicólogo se autoriza a realizar a clínica de orientação psicanalítica com os sujeitos que atende nos CAPS?

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como o psicólogo se autoriza a desenvolver uma clínica de orientação psicanalítica com os sujeitos nos CAPS modalidade III e AD do município de Campinas/SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com as pesquisadoras, a presente pesquisa não apresenta desconfortos nem riscos previsíveis, além daqueles que concernem a dispensa de tempo para a realização da entrevista e questões relacionais inerentes a entrevista, como medo de responder errado, tédio, entre outros. Em relação aos benefícios, o principal será a produção de conhecimento sobre a prática clínica do psicólogo utilizando o referencial teórico da psicanálise em equipamento de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial no contexto de Campinas/SP. Tal conhecimento tem como objetivo formalizar métodos de transmissão da psicanálise para a prática clínica de psicólogos da Rede de Atenção Psicossocial com o benefício do atendimento clínico dos usuários desta.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.658.700

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo se refere ao Projeto de Pesquisa intitulado "AUTORIZANDO-SE: COMPREENSÃO SOBRE O PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CLÍNICA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL POR PSICÓLOGOS", cuja pesquisadora responsável é BEATRIZ ALMEIDA GABARDO, pós graduanda no Programa de Pós-graduação FEnf-UNICAMP em nível de Mestrado, sob orientação da PROFA. DRA. VANESSA PELLEGRINO TOLEDO e CO-ORIENTAÇÃO DA PROFA. DRA. ANA PAULA RIGON FRANCISCHETTI GARCIA. A Instituição Proponente é a Faculdade de Enfermagem da UNICAMP. A pesquisa será realizada no Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira" e terá como instituição de fomento a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

De acordo com as pesquisadoras, trata-se de um estudo narrativo de natureza qualitativa, um tipo de pesquisa científica vem sendo desenvolvido por vários profissionais na área da saúde⁵⁴. O método qualitativo é empregado quando se deseja pesquisar sobre fenômenos inapreensíveis numericamente, como produções de sentidos, significados, opiniões, interpretações, compreensões, sentimentos e conceitos⁵³. A pesquisa qualitativa permite um entendimento aprofundado da complexidade de fenômenos humanos, individuais e sociais⁵⁰. Uma das aplicações possíveis do método qualitativo é no estudo de experiências de vida singulares, explorando tal experiência na sua minúcia e por diferentes perspectivas, possibilitando a compreensão sobre a produção de sentido ou a interpretação desses fenômenos pelos sujeitos que os vivenciam^{53,54}. A pesquisa qualitativa em seu rigor teórico é capaz de acessar desdobramentos do fenômeno que deseja ser estudado, buscando abarcar a influência do contexto e da cultura⁵⁴. Desta forma, perguntas de pesquisas qualitativas não partem de uma hipótese e sim da busca pelo desvelamento de uma experiência em sua particularidade⁵⁵. Partindo desses princípios, há vários métodos qualitativos disponíveis e esta escolha deve estar em consonância o objeto de estudo da pesquisa⁵⁴. A pesquisa narrativa é um dos métodos qualitativos disponíveis⁵⁴. Este método consiste em coletar e analisar narrativas, esses materiais narrados podem ser o objeto da pesquisa ou o meio de estudo de uma outra questão⁵⁵. A narrativa pode ser concebida como um princípio organizador da vida humana⁵⁶, ela não abarca a totalidade da experiência, ela apresenta acontecimentos que foram privilegiados pelo narrador⁵⁷. A autoetnografia, memórias, literatura jornalística, biografias, história oral, história de vida e narrativa pessoal são formas de narrativas utilizadas em pesquisa⁵⁶. Neste estudo, em conformidade com seu objetivo, serão utilizadas narrativas pessoais sobre a prática dos psicólogos que serão entrevistados. Mediante as características da narrativa, sua riqueza e

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.658.700

singularidade, a sua análise se pautará no rigor metodológico que proverá a interpretação do material e a co-construção de reflexões sobre o fenômeno estudado^{55,56}. Assim, o aporte teórico que fundamentará a interpretação das narrativas deve abarcar essa complexidade das histórias narradas, sendo capaz de dialogar com as especificidades da narrativa em sua capacidade de produção de conhecimento a partir da experiência do singular⁵⁵. A partir das especificidades da pesquisa narrativa a psicanálise é um dos aportes teóricos que se aproxima, dialoga e subsidia a interpretação necessária das narrativas. Espera-se que a partir da análise das narrativas pelo aporte teórico psicanalítico possa-se delimitar a forma particular como acontece a autorização de cada psicólogo a desenvolver sua clínica de orientação psicanalítica no contexto específico dos serviços públicos de saúde mental em que se apoiará no discurso do psicanalista. Os critérios de inclusão para os participantes dessa pesquisa serão: terem trabalhado há pelo menos um ano nos CAPS III ou AD definidos, o exercício da clínica de orientação psicanalítica para delimitação terapêutica nesses serviços e que estejam trabalhando no período da coleta dos dados. Os critérios de exclusão serão aqueles que não contemplarem os critérios de inclusão ou se reusarem a participar do estudo. Estão previstos a participação de 10 pessoas no estudo.

Para a análise dos dados, as pesquisadoras informam que após a realização das entrevistas, elas serão transcritas na íntegra pela pesquisadora. Esta tradução do oral para o escrito é essencial para análise, podendo ser empobrecedora ou enriquecedora do material coletado⁷⁶. A transcrição integral deve conter as especificidades da fala, como timbre da voz, ritmo, entonações e modulações, as emoções, tudo que surgir no campo narrativo⁷⁶. Uma transcrição integral é aquela que preserva a dinâmica da fala, o que enriquece a análise que se seguirá dela⁷⁶. Após a transcrição integral, as narrativas serão analisadas desenvolvendo a leitura holística do texto, que consiste em ler o texto em sua unidade representável enquanto o todo narrativo^{55,78}. Esta leitura será subsidiada pela técnica psicanalítica da atenção uniformemente suspensa⁷⁷ para buscar falhas discursivas, deslizos e cadeias significantes que apontarão para irrupção de formações inconscientes nas narrativas. Seguindo o método da pesquisa narrativa, os materiais narrativos serão analisados em seu conteúdo e forma, de acordo com o esquema de análise conteúdo-integral e forma-categorial proposto por Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber^{55,78}. O processo de análise conteúdo-integral se inicia por uma repetida leitura do material narrativo até o surgimento de um padrão. Durante as leituras, aspectos que convocarem a atenção, a partir da leitura em atenção uniformemente flutuante, deverão ter seu significado implicado no contexto da narrativa como um todo. Além disso, as impressões iniciais e globais deverão ser anotadas assim como as exceções, contradições, descrições inacabadas, dissonâncias e assuntos que provoquem alterações

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.658.700

no narrador⁵⁵, aqui considerados as formações do inconsciente. A autora Lieblich indica destacar os diferentes temas que surgirem nas leituras de conteúdo-integral, executando uma leitura para cada um dos temas separadamente e repetidamente, considerando sua implicação no contexto do todo narrado⁵⁵. O padrão evidenciado pelas repetidas leituras indicará os temas da narrativa, estes seguem do início ao fim da história narrada, possuem um grande espaço devotado a eles no texto, sua repetição é observada até mesmo em omissões ou referências superficiais. O resultado da análise conteúdo-integral será a apresentação do que foi encontrado na leitura, os temas mais importantes tratados ao longo de toda a narrativa, sua aparição, transições, contexto, sua eminência no texto além de sua contradição em relação aos outros conteúdos e emoções que ele suscita no narrador⁵⁵. A análise forma-categorial acontecerá após a análise conteúdo-integral. Neste passo, deve ser analisado fragmentos da narrativa, palavras, sentenças parciais ou completas, a partir de seu conteúdo. A seleção destes fragmentos se dará a partir da relevância com os objetivos deste estudo. Partindo do aparato teórico do qual esta pesquisa se serve, os fragmentos selecionados serão significantes²⁴, elementos significativos de um discurso capturados a partir da leitura uniformemente suspensa do conteúdo-integral. A partir da análise conteúdo-integral e forma-categorial, seguirá a discussão dos elementos levantados a luz da teoria psicanalítica dos quatro discursos postulados por Lacan, quais sejam: discurso do mestre, discurso da histérica, discurso universitário e o discurso do analista²³ a fim de responder a pergunta desta pesquisa e atingir seu o objetivo.

De acordo com o documento Informações Básicas do Projeto, os recursos previstos para a execução do projeto somam R\$150,00 (cento e cinquenta reais) a serem dispendidos com material de impressão e transporte até o local onde ocorrerão as entrevistas, que estão previstas serem presenciais. O cronograma de atividades prevê que em abril de 2021 se inicie a coleta dos dados junto aos participantes e a conclusão do estudo em abril de 2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

Recomendações:

1- Antes de iniciar a pesquisa solicitamos que as informações relacionadas a indenização contempladas no item "Ressarcimento e Indenização" no TCLE sejam adequadas para: "O estudo será realizado em seu ambiente de trabalho nos dias em que estiver presente, seguindo todas as medidas sanitárias de segurança, não havendo necessidade de gastos para sua execução, . Portanto, não há previsão de ressarcimento já que o estudo não gastos para participar. Você terá

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.658.700

a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.".

Somente a título de esclarecimentos ao pesquisador, informamos que a Resolução 466/12 (item IV.3) define que "os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no TCLE, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, patrocinador e das instituições envolvidas". Cabe enfatizar que a questão da indenização não é prerrogativa da Resolução 466/12, estando prevista no código civil. Portanto, TODOS os participantes da pesquisa tem direito a indenização e isso independe dos riscos da pesquisa, pois é um direito que está em nosso código civil.

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) orienta a adoção das diretrizes do Ministério da Saúde (MS) decorrentes da pandemia causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), com o objetivo de minimizar os potenciais riscos à saúde e a integridade dos participantes de pesquisas e pesquisadores.

De acordo com carta circular da CONEP intitulada "ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)" publicada em 09/05/2020, referente ao item II. "Orientações para Pesquisadores":

- Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.
- Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (COVID- 19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo-o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.
- Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.658.700

- Nos casos de ensaios clínicos, é permitida, excepcionalmente, a tramitação de emendas concomitantes à implementação de modificações/alterações no protocolo de pesquisa, visando à segurança do participante da pesquisa, assim como dos demais envolvidos no contexto da pesquisa, evitando-se, ainda, quando aplicável, a interrupção no tratamento dos participantes da pesquisa. Eventualmente, na necessidade de modificar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador deverá proceder com o novo consentimento, o mais breve possível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO COM RECOMENDAÇÕES (VIDE ITEM ACIMA RECOMENDAÇÕES).

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.658.700

e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1707181.pdf	07/04/2021 14:39:57		Aceito
Outros	Carteira_estudantil_BeatrizAGabardo.pdf	07/04/2021 14:37:31	Beatriz Almeida Gabardo	Aceito
Outros	AtestadoMatricula_BeatrizAGabardo_2021.pdf	07/04/2021 14:35:36	Beatriz Almeida Gabardo	Aceito
Outros	Cartaresposta_BeatrizAGabardo.docx	07/04/2021 14:29:23	Beatriz Almeida Gabardo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_corrigido_BeatrizAGabardo.docx	07/04/2021 14:27:56	Beatriz Almeida Gabardo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_BeatrizAGabardo_corrigido.docx	07/04/2021 14:26:19	Beatriz Almeida Gabardo	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_BeatrizAGabardo_assinada.pdf	08/03/2021 09:23:02	Beatriz Almeida Gabardo	Aceito
Declaração de concordância	TermoDeAnuencia_CandidoFerreira_BeatrizAGabardo.pdf	03/03/2021 20:36:09	Beatriz Almeida Gabardo	Aceito
Declaração do	Comprovante_financiamento_Beatriz	03/03/2021	Beatriz Almeida	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.658.700

Patrocinador	AGabardo.pdf	19:59:52	Gabardo	Aceito
--------------	--------------	----------	---------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 19 de Abril de 2021

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AUTORIZANDO-SE: COMPREENSÕES SOBRE O PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE UMA CLÍNICA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL POR PSICÓLOGOS

Beatriz Almeida Gabardo
Profa. Dra. Ana Paula Rigon F. Garcia
Número do CAAE: 44339121.0.0000.5404

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

Reconhecendo a importância da psicanálise no percurso histórico da reforma psiquiátrica brasileira, na clínica dos equipamentos da RAPS e as vicissitudes da formação do psicanalista frente a tensão que se estabelece para o psicólogo que deseja portar tal referencial teórico e clínico, esta pesquisa tem como objetivo compreender como o psicólogo se autoriza a desenvolver uma clínica de orientação psicanalítica com os sujeitos nos CAPS modalidade III e AD do município de Campinas

Procedimentos:

Participando do estudo, você está sendo convidado a dar uma entrevista contando sobre a sua prática no CAPS. A entrevista durará em torno de 90 minutos, será gravada em mídia digital e transcrita integralmente.

Desconfortos e riscos:

Não há previsão de desconfortos e riscos, uma vez que se trata de entrevistas realizadas em seu local de trabalho, com garantia de privacidade e sigilo. Você tem o direito de interromper sua participação em qualquer etapa da pesquisa. Será garantido o sigilo de sua participação como também de sua decisão sobre a interrupção de sua participação em qualquer momento do estudo.

Benefícios:

Produção de conhecimento sobre a prática clínica do psicólogo utilizando o referencial teórico da psicanálise em equipamento de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial no contexto de Campinas/SP. Tal conhecimento tem como objetivo formalizar métodos de transmissão da psicanálise para a prática clínica de psicólogos da Rede de Atenção Psicossocial com o benefício do atendimento clínico dos usuários desta rede.

Acompanhamento e assistência:

Apesar de não haver riscos previsíveis, você tem direito de receber gratuitamente assistência integral e imediata em caso de dados decorrentes desta pesquisa pelo tempo necessário. Você tem o direito em qualquer momento a solicitar a transcrição de sua entrevista bem como os resultados provenientes desta pesquisa.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização:

O estudo será realizado em seu ambiente de trabalho nos dias em que estiver presente, seguindo todas as medidas sanitárias de segurança, não havendo necessidade de gastos para sua execução, como também não há previsão de riscos. Portanto, não há previsão de indenização já que o estudo não prevê danos.

Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa prevista pelo Código Civil vigente.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Beatriz Almeida Gabardo, endereço R. Tessália Vieira de Camargo, 126 - Cidade Universitária, Campinas - SP, 13083-887, fone: 19 99218-0315, e-mail: b.a.gabrdo@gmail.com e Profa. Dra. Ana Paula Rigon F. Garcia, endereço R. Tessália Vieira de Camargo, 126 - Cidade Universitária, Campinas - SP, 13083-887, fone: (19) 3521-9091, e-mail: apgarcia@unicamp.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@unicamp.br

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante da pesquisa:

(Assinatura do participante da pesquisa ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Data: ____/____/____.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

(Assinatura do pesquisador)

Data: ____/____/____.