

Freud explica? O que a supervisão em psicanálise faz na Clínica Ampliada do PAAS? Permanências e desistências, o que o inconsciente tem para nos dizer?

Bruna Oliveira Scheffel¹
Gabriela Dionísio Ffner²
Michele Scheffel Schneider³
Natália Fagundes⁴
Rosana Cecchini de Castro⁵

Resumo: A clínica ampliada, uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde, quando sustentada, entre outros, pelo referencial psicanalítico, ao permitir uma escuta ao inconsciente, tem lugar e eficácia singulares. Baseado nesta premissa, o PAAS – Programa de Atenção Ampliada à Saúde,

-
- 1 Acadêmica de Psicologia da Unisinos e Estagiária do PAAS - Programa de Atenção Ampliada à Saúde.
 - 2 Acadêmica de Psicologia da Unisinos e Estagiária do PAAS - Programa de Atenção Ampliada à Saúde.
 - 3 Psicóloga, Professora e Supervisora Acadêmica dos Estágios Básico e Profissional do Curso de Psicologia Unisinos. Supervisora local do PAAS - Programa de Atenção Ampliada à Saúde. Psicanalista pelo Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre – CEPdePA. Mestre em Psicologia Clínica e Especialista em Psicoterapia Psicanalítica de Crianças e Adolescentes, pela Unisinos/RS. Atuo em Consultório Particular. E-mail: mischeffel@unisinos.br; michelescheffel@gmail.com.
 - 4 Acadêmica de Psicologia da Unisinos e Estagiária do PAAS - Programa de Atenção Ampliada à Saúde.
 - 5 Psicóloga, Professora e Supervisora Acadêmica dos Estágios Básico e Profissional do Curso de Psicologia Unisinos. Coordenadora e Supervisora local do PAAS - Programa de Atenção Ampliada à Saúde. Psicanalista pelo Círculo Psicanalítico do Rio Grande do Sul. Doutora em Psicologia da Saúde e da Família, Deusto /ES. Atuo em Clínica Particular. E-mail: cecchini@unisinos.br; cecchini.rosana@gmail.com.

através deste artigo, busca discutir a situação de usuários que têm procurado o serviço ou a ele têm sido enviados, com diferentes queixas ou indicações, mas que, ao serem acolhidos e recebendo indicação de tratamento, não se mantém ou, permanecem no serviço um escasso período. A abordagem do tema visa enfatizar desde a postura adotada pelo serviço, que na rede do município possui lugar peculiar “dentro-fora da rede”, e que, muitas vezes, assume um papel assistencialista com relação a manutenção do tratamento dos pacientes, bem como da perspectiva dos psicoterapeutas, estagiários do estágio profissional em psicologia, que se veem na busca da compreensão de sua prática, diante do sentido dessa não permanência. Com o intuito de nos aproximarmos da compreensão dos acontecimentos e melhorias na postura do serviço e das práticas realizadas, assume lugar essencial a teoria estudada, os processos de análise pessoal e a supervisão.

Palavras-chave: Clínica Ampliada. Psicanálise. Permanência. Desistência. Serviço-Escola.

A clínica ampliada é a diretriz de atuação dos profissionais da saúde e, de acordo com Sundfeld (2010) consiste na articulação e no diálogo de diferentes saberes na busca da compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009). Nesse contexto, a clínica existe em interface com a política, pois o encontro ocorre entre modos de subjetivação fabricados no coletivo, no plano social, em que o instituído e o novo são forças em movimento:

...a clínica, então, é sempre uma interação complexa entre sujeitos. Apesar de todas as proteções institucionais, a clínica efetivamente é um encontro entre dois Sujeitos singulares. Um profissional e um “doente”, uma equipe e um “doente”, uma equipe e um Sujeito coletivo (uma família ou uma comunidade, etc.). Neste modelo de análise entendemos a clínica com uma dimensão política e subjetiva muito forte (CUNHA, 2005, p. 46).

O PAAS, Programa Ampliado de Atenção à Saúde, serviço-escola interdisciplinar na área da saúde, da Unisinos, integra alunos-estagiários, técnicos e professores-supervisores dos cursos de enfermagem, nutrição, psicologia e fisioterapia, sendo campo de estágio curricular para estas áreas (CASTRO; RUSCHEL; RIVERO, 2015a). Tem como

objetivo a promoção e o desenvolvimento de práticas em saúde para a população vulnerável e de risco social de São Leopoldo-RS, oferecendo atendimento à comunidade (CASTRO; RUSCHEL; RIVERO, 2015b).

A parceria com os serviços de saúde de São Leopoldo também faz parte do trabalho do PAAS (CASTRO *et al.*, 2018) e tem produzido um processo de construção de conhecimentos e de qualificação, por meio dos encontros estabelecidos entre alunos, trabalhadores, professores e usuários. A proposta de estágio do PAAS está alinhada com a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, na busca pela integralidade quando diversos alunos de diferentes cursos realizam juntos as ações de cuidado dos usuários, orientados por professores de áreas profissionais diversas, independentemente da formação de origem do aluno.

Em 2011, ao completar quinze anos, Castro e Rivero (2016) mencionam que a clínica ampliada surge como questão para o PAAS, uma vez que ser apenas um serviço de natureza ambulatorial, como identificado em 2004, não contemplava as necessidades formativas dos cursos de graduação, nem tampouco as demandas da população que chegava em busca de cuidado em saúde. Com o tempo e com o surgimento de novas necessidades, assumem-se no serviço, **conceitos transversais: rede, acolhimento, interdisciplinaridade, grupalidade e clínica ampliada**, que se colocam como princípios tanto para o atendimento à população, quanto para formação profissional. A relação com o campo da saúde coletiva, atenção para equilibrar as experiências e conhecimentos da equipe de técnicos, professores e estagiários em relação a estes conceitos, que também são ferramentas teóricas⁶ (FOUCAULT, 1996) torna-se presente. Já existiam **estratégias** consolidadas do PAAS como as supervisões disciplinares e interdisciplinares, sendo instaurada a **formação continuada**. Práticas estas que também passaram a ser consideradas estratégias e que se desdobram nas **ações** do serviço, que já estavam sendo realizadas e poderiam vir a desenvolver-se⁷ (CASTRO; RIVERO, 2016).

6 Esta concepção propõe uma concepção da teoria como uma ferramenta que opera na realidade e portanto, é uma prática, não uma re(a)presentação da ação.

7 Vivências na rede; grupos de violência doméstica; visitas domiciliares; interconsultas; monitoramento e avaliação; microrrede; estudos de caso; casos de referência; acolhimento individual, grupos terapêuticos; atendimentos individuais; acolhimento institucional; perícias, grupos de promoção à saúde; grupos de sala de espera, oficinas; produções escritas, mediações, assessorias; acolhimento e recepção

O estágio curricular profissional na área da psicologia, de acordo com o Projeto Político Pedagógico do Curso (UNISINOS, 2018), é uma atividade acadêmica obrigatória única, que possibilita ao aluno ocupar um espaço de experimentação escolhido por ele, ao longo de três semestres letivos consecutivos, em geral os três últimos semestres do curso, tendo também como proposta a comunicação com as demais disciplinas, em torno da temática “*intervenções em diferentes contextos*”.

A práxis da clínica ampliada, no PAAS, tendo em conta o referencial psicanalítico, experimenta, em seu cotidiano, um lugar e aplicabilidade singulares, o que corrobora com as ideias de Martins (2018), uma vez que possibilita uma escuta ao inconsciente, diferente de outros discursos que visam, por exemplo, a medicação e a orientação. Os pacientes, a partir da intervenção desta perspectiva, podem recobrir o real de seu mal-estar, contribuindo para a desalienação de seu “rótulo de doente”. Rótulo este que é mantido e reforçado por meio da medicação apressada, além de sua manutenção contribuir para o domínio médico sobre o saber, fazendo com que o sujeito perca sua autonomia, visando uma normatização dos afetos e das variadas condições de sofrimento (MARTINS, 2018, p. 1).

Clínica ampliada, psicanálise e supervisão

Castro e Schneider (2023) refletem que Freud (1919[1918]) já apontava o quanto o ensino da psicanálise não precisava restringir-se às instituições psicanalíticas, indicando diversas contribuições do pensamento psicanalítico para a educação médica (na época), entre elas “no esclarecimento do significado dos fatores mentais nas diferentes funções vitais” (p. 187). Conforme as autoras, desde então, muito se evoluiu e, atualmente, várias formas de transmissão da psicanálise estão vinculadas às universidades, especialmente no campo da Psicologia. Conforme Marcos (2012), o psicanalista está colocado em muitos âmbitos para além do consultório privado, por meio de aperfeiçoamentos, especializações e a constatação de que o ensino da psicanálise e a iniciação à sua prática faz parte da formação curricular do aluno de gradua-

de usuários; acolhimento e recepção de estagiários, seminários teóricos; seminários do PAAS, produção de artigos, produção de pesquisas; reuniões gerais; reuniões de equipe; reuniões de estagiários; interface com atividades acadêmicas de graduação interface com atividade de pós-graduação lato e stricto sensu.

ção de psicologia, considerando a importância de pensar e conhecer como acontece a psicanálise, ou o lugar da prática clínica psicanalítica no ambulatório universitário.

Carvalho (2006) põe em destaque as dimensões técnica e ética em psicanálise. Oliveira e Neves (2013) complementam ao referir que a formação do analista ocorre no âmbito da ética do inconsciente e da construção de um saber, e não da técnica do conhecimento. A partir da releitura dos artigos de Freud sobre a técnica, Lacan (1966/1998a *apud* OLIVEIRA; NEVES, 2013) aponta que o sujeito é a matéria única do trabalho analítico, significando que, na formação de um analista, o que está em jogo não é a aquisição de competências técnicas que impliquem um saber sobre o sujeito, mas tratar cada caso como sendo único.

A supervisão é lugar de aprendizagem, suporte e amparo para os estagiários. No PAAS a supervisão dos atendimentos individuais acontece em grupo, permitindo que seja construída uma perspectiva coletiva da experiência, sendo um espaço para receios, medos, fantasias, percepções e dúvidas frente aos casos atendidos. É um ambiente que proporciona ancoragem teórica por meio das leituras propostas, estudos de caso e dialogadas, dando maior segurança nos atendimentos e nas demais atividades desenvolvidas. Dessa forma, Schlesinger (1981 *apud* ZASLAVSKY; NUNES; EIZIRIK, 2003) escreve que na supervisão também se objetiva que o estagiário perceba suas próprias dificuldades e potencialidades, buscando o aperfeiçoamento da autocritica e, consequentemente, um melhor processo formativo.

Lopes e Castro (2018) indicam que no PAAS, a prática supervisionada da clínica individual, ocorre em grupos (constituídos separadamente, de acordo com a perspectiva teórica: cognitivo-comportamental, analítico-institucional e psicanálise) e o coletivo formado integra, simultaneamente, alunos de primeiro, segundo e terceiro semestres do estágio. A cada novo semestre, ingressam aproximadamente três novos estagiários em cada grupo de supervisão, unindo-se aos colegas integrantes de semestres mais avançados no estágio. O coletivo oportuniza também que os estagiários (as) num processo grupal possam se permitir um olhar e uma supervisão mais amplas sobre cada caso, aprendendo com a fala, a experiência, a postura e a vivência da transferência de todos envolvidos. De acordo com Figueiredo e Coelho Júnior (2000), precisamos pensar na supervisão como um olhar de reserva capaz de libertar o analista de um campo de concentração totalitário.

O encontro grupal, que por si só é capaz de gerar novas indagações, novos conhecimentos, e uma série de constantes novas habilidades, que servirão como um respaldo que poderá ser inventado e reinventado ao longo de nossa prática profissional (CASTRO; RUSCHEL; RIVERO, 2015b, p. 48).

As demais ações em que os estagiários se inserem, integram componentes de diferentes cursos e, no caso da psicologia, de diferentes abordagens teóricas, contando sempre com um ou dois técnicos-professores-supervisores.

De acordo com Voltolini (2020) em 2019, o texto de Freud *Linhas de progresso na terapia analítica* (1919/1996) completou cem anos. Um texto de grande importância, na medida em que Freud se pergunta ***o que a psicanálise será?*** Freud, neste texto especial e mesmo *sui generis*, coloca a questão do alcance social da terapia analítica. E, neste sentido, emerge sua preocupação, com a extensão do sofrimento psíquico no mundo e os limites do tratamento analítico nos consultórios. Freud, segue Voltolini (2020), reconhece que há muitos mais neuróticos do que analistas para cuidar deles e identifica as dificuldades de acessibilidade à análise, pois nas condições do tratamento padrão, a psicanálise não é, nem nunca será um tratamento de massa. Para atenuar o sofrimento psíquico, ele propõe um caminho tortuoso, dispendioso, difícil de compreender para muitos, uma aventura com destino incerto, sendo que outras ofertas são mais tentadoras, mesmo até mais eficazes dentro de uma perspectiva pragmática, geralmente aquela subsidiada pelo Estado. Assim, Voltolini (2020) aponta:

Se o reconhecimento de sua clínica não tende a ser universal, a validade de suas explicações o é, pelo menos para Freud como para todos os que seguiram o curso aberto por sua teorização. Curiosa e importante observação, com consequências sobre a reflexão freudiana sobre o futuro da psicanálise: será na força e na universalidade da teoria, mais do que na eficiência da clínica, que a psicanálise se assentará no futuro. Não que esse futuro eliminará a clínica analítica, mas as “novas condições” (FREUD, 1919/1996, p. 181) – termo que Freud alude sem deixar muito claro do que se trata – a obrigarão a se reinventar sem abandonar o rigor de sua teoria (VOLTOLINI, 2020, p. 190).

A clínica ampliada, sustentada pela psicanálise, reflete a partir de Martins (2018) sobre a medicação apressada que contribui para o domínio médico sobre o saber, fazendo com que o sujeito perca sua autonomia, visando uma normatização dos afetos e das variadas condições de sofrimento.

Banalizar a prescrição de psicofármacos é um erro, já que retira do ser humano a habilidade e a possibilidade de sofrer, de vivenciar a compreender a sua dor. A expressão da subjetividade garante ao sujeito uma possível saída do “mal-estar”, que é gerado pela enorme tentativa de normatização dos modos de subjetivação. É necessário a priorização do movimento do sujeito. A química impõe um “silêncio pulsional”, o que já prejudicaria um bom atendimento psicanalítico. Dessa forma, a criatividade inerente aos processos de subjetivação, como simbolização das condições de mal-estar, mostra-se imprescindível para a obtenção de uma mente saudável (MARTINS, 2018, s/p).

Conforme trazem Amorim, Andrade e Branco (2015) a clínica ampliada se sustenta em um trabalho vivo, em que os profissionais podem ir além da prescrição, exame e medicação. “A clínica ampliada [...] entende que as pessoas não se limitam às expressões sintomatológicas, visto que são influenciadas pela história social, cultural e psíquica” (AMORIM; ANDRADE; BRANCO, 2015, p. 147). Ainda segundo os autores, busca-se um pacto entre os trabalhadores e os usuários dos serviços de saúde, visando a participação e autonomia daquele que está em sofrimento, indo ao encontro dos princípios do SUS.

A proposta da Clínica Ampliada, a partir de Bedrikow e Campos (2003) e de Cunha (2005) visa constituir uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e conhecimentos profissionais, ainda que, em alguns momentos e em situações específicas, um tema ou uma escolha possam ser predominantes ou emergenciais. A ampliação da clínica não deixa de reconhecer e utilizar o potencial dos saberes individuais dos profissionais, mas que estes enxerguem e atuem na clínica para além das visões fragmentadas. Existe o desafio de lidar com os usuários enquanto sujeitos, buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

Abreu e Guedes (2019), salientam que a identificação da complexidade do atendimento e do diagnóstico pode significar o reconhe-

cimento da necessidade de compartilhar as responsabilidades de problemas e propostas de solução. O compartilhamento não está relacionado apenas às decisões multiprofissionais, ele vai além, uma vez que também integra ações de serviços de saúde, intersetorial e o respeito às decisões e particularidades dos usuários. Fazer algo de forma compartilhada é muito mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual (BRASIL, 2009).

Cuidados em excesso: algumas reflexões sobre o PAAS a partir da nossa experiência

Ser uma “mãe suficientemente boa” é um desafio muito grande para uma mãe/responsável ou, quiçá, para uma instituição, pois implica dar suporte e cuidado a quem está em desenvolvimento, mas também necessita “falhar” e dar condições para o sujeito se experimentar em sua autonomia (WINNICOTT, 1999 [1988]). Isso funciona relativamente bem com os estagiários, no entanto, nota-se que o PAAS falha na *missão de falhar* em outras instâncias. O PAAS, para além de um serviço-escola, é continência a uma rede que transborda os seus excessos. Portanto, não basta lidar com a sustentação do processo formativo de estagiários, mas também com as falhas de uma rede intersetorial (FFNER, 2023).

Como se sabe, o PAAS não faz parte da rede de São Leopoldo, não oficialmente ao menos: ora está dentro, ora está fora, quase um sem-lugar. É possível observar esse movimento especialmente nas diferentes ações e os modos como o PAAS ganha lugares – ou não – de acordo com a conveniência para os serviços ou até por conveniência própria. De algum modo, os princípios do SUS sustentam a prática no PAAS – que entende a saúde de forma ampliada, humanizadora e comprometida aos modos de existência comunitários –, mas não são suficientes para chamá-lo ao clube. Nesse contexto, a depender da ação que o PAAS oferta, o serviço pode ser visto como bom ou mau – ora seio bom, ora seio mau, para usar nomenclaturas psicanalíticas (KLEIN, 2006 [1946]; FFNER, 2023).

A ação Avaliação Psicológica é a menina dos olhos da rede, até do PAAS, quem sabe. É um trabalho que não se consegue de forma quase-gratuita e com qualidade na rede – logo, é muito útil para o município, porque é uma ação que lida com o que a rede não tem como ferramenta. Da mesma forma, a ação Escuta de Mulheres foi constituí-

da para contribuir com falhas na rede, especificamente relacionadas ao acolhimento de mulheres durante as audiências na Vara da Violência Doméstica do Foro de São Leopoldo, que não vinham acessando o serviço municipal destinado a elas (FFNER, 2023).

O PAAS necessita de pessoas-estagiários para atuar nas ações e de pessoas-usuários que participem das ações propostas. O que parece, às vezes, é que se é refém, de certa forma, de uma rede de excessos: um serviço-escola que não só dá suporte à rede e existe por si mesmo, mas tenta fazer o que ela não consegue fazer. Um PAAS como salva-vidas. O que produz questão é a preocupação exacerbada de gerir esses cuidados e sempre tentar dar um *jeitinho* de acolher o que aparece. Isso também atravessa os estagiários que, talvez, em nome de seu próprio processo formativo, correm atrás de seus pacientes e desejam mais os atendimentos do que os próprios sujeitos que buscam o serviço. O PAAS acaba se responsabilizando não somente por demandas complexas, mas também se responsabiliza e tenta acolher o que aparece: corre atrás, faz busca ativa, chama, articula os serviços, se doa para além. Nos vemos fazendo isso pelos nossos pacientes e por pacientes a vir-a-ser, vemos nossos colegas fazendo isso pelos deles, vemos em ações em que participamos e vemos até técnicos-supervisores nesse movimento (FFNER, 2023).

Às vezes, em nossas dificuldades de *deixar ir* por uma busca de aprendizagem, paradoxalmente, se perde muito do processo formativo para o estagiário, pois há uma estagnação de semanas ao tolerar ausências dos sujeitos que são “protegidos/assistidos” pelo PAAS – mas sem as suas presenças. Contudo, o *tic-tac* do estagiário não para. A tentativa de manter um PAAS-salvacionista e paternalista, que vê a importância para o sujeito em participar de determinada ação dadas as suas condições, de não querer “abandoná-lo”, por vezes envaidecido por conseguir dar conta do que outros serviços não conseguem, pode aproximar o trabalho do PAAS a uma lógica de assistencialismo, ou seja: “a entrega de um serviço por meio da doação, boa vontade, caridade ou favor, onde o trabalho é realizado muitas vezes sem o devido respeito à singularidade do sujeito” (SILVA; QUADROS; FLACH, 2019). Quando esse sujeito é escutado pelo viés da Psicanálise, trata-se também de atentar à distinção entre um pedido consciente de auxílio e o desejo inconsciente por trás da busca pelo atendimento, o que não é simples na prática, muito menos fora da relação que se estabelece na

transferência (BALDISSERA, 2018). Questiona-se, assim, onde fica a produção de autonomia e o desejo do sujeito em meio a isso tudo, uma vez que essa é uma lógica que também reforça a dependência do usuário ao serviço (FFNER, 2023).

Algumas estratégias já estão sendo repensadas no PAAS, especialmente envolvendo o Acolhimento Permanente e o sistema de faltas no serviço. No entanto, pensamos que talvez seja válido refazer sempre uma análise de implicação sobre o PAAS e (re)pensar frequentemente nos espaços coletivos, como supervisões e reuniões gerais, o(s) lugar(es) que o PAAS ocupa na rede e como se define enquanto seu próprio modo de ser. Delinear a sua finalidade e seus princípios enquanto serviço-escola, para colocar-se em análise: o P de PAAS é da Psicologia? Nosso carro-chefe para a rede e comunidade se estabelece em grande parte por atendimentos individuais tradicionais? O que se está buscando quando o serviço se doa em determinados casos? São questões a serem refletidas, sem a necessidade de respostas prontas, mas que podem ampliar ainda mais as potencialidades do PAAS enquanto serviço-escola e enquanto lugar de clínica ampliada (FFNER, 2023).

Ao longo da nossa jornada realizando o estágio profissional no serviço, temos nos deparado com a constante frustração da realidade de pacientes que chegam ao fim do acolhimento ou ao início dos atendimentos de psicoterapia individual e abandonam o tratamento. Pensando sobre esse fenômeno que tem nos acometido em nosso espaço de supervisão local pelo viés da Psicanálise, temos buscado traçar linhas para nos apropriarmos da compreensão dessa situação. Enquanto estagiárias, temos experienciado e compartilhado da inevitável frustração que se coloca em cada paciente que vemos sair pelas portas do serviço. Levando em conta que todas as práticas de saúde são pensadas de forma a serem campo de pesquisa e de aprendizagem para os alunos (BRESSAN; ARNHOLD; RUSCHEL, 2016), temos encarado tais acontecimentos como material de discussão e reflexão, a fim de aprimorarmos as nossas escutas e nos desenvolvermos enquanto psicólogos em formação.

Em nossas trocas, temos reconhecido que alguns casos que chegam até nós, seja somente até ao acolhimento ou até a psicoterapia individual, não se trata de pacientes para o serviço. Temos entendido que são pessoas que não possuem demanda para tratamento, sendo suas questões comumente humanas, como estar passando por um pe-

ríodo de luto ou uma criança com dificuldades escolares que, por mais que poderiam se beneficiar de um olhar e/ou de uma escuta especializada, são casos que chegam ao serviço, como reflete Ceccarelli (2017) de forma patologizada e terceirizada, sem desejo para tratamento. Por mais que, no acolhimento, apareçam questões de sofrimento trazidas pelos sujeitos que buscam o serviço e por mais que nos pareçam casos indicados para tratamento, não localizamos uma demanda para atendimento. Temos constatado que, na maioria das vezes acabamos acolhendo sujeitos sem uma motivação legítima e autoral para o seu possível e “desejado” tratamento psicológico, esses muitas vezes se tornam casos de não adesão e, conseqüentemente, de abandono do tratamento.

Além desses casos com frágeis demandas, nos deparamos também com casos de pacientes com demandas para além do que o serviço pode dar conta. Nos últimos tempos, têm chegado ao acolhimento casos de maior complexidade, os quais seriam melhor atendidos em serviços de saúde especializados, como casos com risco de suicídio ou de abuso de álcool e drogas. Para esses, buscamos uma articulação com os serviços da rede pública do município, tais como os CAPS, para que esses pacientes não fiquem desatendidos. Porém, por reconhecermos as falhas da máquina pública, por vezes acabamos atendendo pacientes que requerem maior atenção e disponibilidade do serviço de referência do que conseguimos arcar com, tentando atender uma demanda sufocante em moldes caritativos, nos colocando em um lugar de “braço esquerdo do Estado” que vai contra a ética analítica das nossas práticas clínicas (MARINO; COARACY; OLIVEIRA, 2018). Assim, ao abarcarmos casos que são para além das nossas limitações, além de operarmos por uma lógica de preenchimento de lacunas da rede pública, essas também acabam novamente sendo algumas situações de não adesão e abandono do tratamento.

Para além dos casos que compreendemos que não são para o serviço, também há aqueles que são, mas tampouco permanecem para o tratamento, nos deixando ainda mais intrigadas. As razões para cada paciente não permanecer são singulares, mas temos percebido uma comum não implicação com os seus processos. Chegam até nós, por exemplo, pacientes que parecem não se haver com suas próprias questões, que parecem estar completamente armados em suas defesas e, frente a qualquer possibilidade de fissura nessa estrutura, fogem. De acordo com Freud (1914), quando o paciente não recorda e reprime,

ele reproduz o que foi reprimido não pela via da palavra, mas como ação, repetindo e atuando, sem saber que repete e atua. Podemos pensar, nesse sentido, o quanto esses abandonos do tratamento podem ser uma repetição de abandonos que se repetem em formato de resistência ao próprio tratamento.

Frente a esses casos, temos procurado lidar com a nossa frustração entendendo-a como parte da nossa experiência de estágio. Sendo o PAAS um espaço que consideramos seguro, que favorece e prioriza o nosso aprendizado, ao mesmo tempo que se mantém sensível a realidade do público que busca por ajuda, como é sinalizado como fundamento do serviço pelas autoras Bressan, Arnhold e Ruschel (2016), temos tido liberdade para refletir e colocar os nossos sentimentos e indagações frente a essa realidade que se coloca. Temos percebido que sejam quais forem os casos, esses têm refletido um desejo maior dos estagiários e da equipe técnica em mantê-los no serviço do que o desejo dos próprios pacientes no tratamento. Aqui, ao falarmos em desejo, é importante diferenciarmos que entendemos que o paciente que busca por ajuda está declaradamente demandando por algo, mas não necessariamente deseja o tratamento. Nesse viés, a não adesão e o abandono revelam a lógica ambivalente do sujeito dividido, que, ao mesmo tempo, deseja e demanda coisas diferentes (FREITAS, 2018). Nesse sentido, quando falamos sobre o desejo desses pacientes, não estamos falando de suas vontades nem do fato de legitimarmos sua real necessidade de amparo, mas do desejo de seguir e aderir a um tratamento de psicoterapia individual.

Por mais que seja válido e interessante para o nosso trabalho procurarmos compreender de onde vem esses abandonos, não podemos deixar de nos haver com as nossas próprias questões em relação a estes. Com isso, temos reconhecido em nós o enorme desejo pela chegada e, especialmente, pela permanência dos pacientes em nossos atendimentos, o que é compreensível, tendo em vista todo o significado e importância do estágio profissional para nós, estudantes. Todavia, acreditamos que também podemos estar sendo movidas pelo desejo de sujeito, que atravessa a nossa própria condição de sujeito e faz com que não operemos a partir do desejo do analista (MAURANO, 2006). Tomando os nossos desejos em detrimento do desejo do próprio paciente, que é inclusive a não permanência no tratamento, estamos desejando pelo e para o analisando, como colocado por Castro

e Ferrari (2013), em relação ao seminário, livro 6, de Lacan. Ou seja, o que os autores nos trazem é que nunca devemos desejar nada para o analisando, pois isso configura impormos aos nossos pacientes nossas próprias concepções, como de cura, civilizabilidade ou normalidade subjetiva (CASTRO; FERRARI, 2013). Portanto, é preciso encararmos tais abandonos do tratamento não com pesar e luto, mas de forma a pensarmos e repensarmos os nossos próprios desejos, já que a frustração desses tem sido de grande inquietação.

Seguindo as nossas reflexões pelas contribuições de Lacan, ele traz que o analista somente cria a demanda, mas não a responde, já que quem precisa fazer isso para o andamento do tratamento é o próprio paciente (SANTORO, 2006). Tomando essa concepção para as nossas práticas clínicas no serviço, é inquestionável o quanto tais abandonos do tratamento são inevitáveis e a permanência dos pacientes no serviço deve ser da ordem do seu próprio desejo, e, como abordado acima, não do nosso desejo de sujeito. Porém, para nos havermos com o que é nosso e com o que é do outro, por mais que ainda estejamos na nossa trajetória de formação acadêmica, outro elemento tem se colocado como essencial para lidarmos com os nossos desejos e frustrações, que é a nossa própria análise individual.

Retomando o conceito mencionado anteriormente, o desejo do analista foi pensado por Lacan ao se deparar em sua experiência clínica que o conceito de transferência, considerado inicialmente por Freud, não é suficiente para explicar o que acontece entre analista e analisando em um processo terapêutico. Como coloca Maurano (2006, p. 34-35): “O desejo do analista é o que o habilita a manejar a transferência para colocá-la a serviço do trabalho analítico, e, portanto, vencer as resistências que tentam obstaculizar o processo”. Ainda, Machado (2008, p. 38) fala sobre o desejo de analista como

um conceito crucial, um conceito lógico, articulável a partir da própria experiência de análise. É preciso ter ido longe o suficiente na própria análise para que este desejo se lhe advenha, mas não necessariamente isso acontece. E é este ‘a mais’ que concerne ao analista: um desejo inédito, um desejo que leva em conta o saber sobre o real.

Dessa maneira, é a partir de um processo de dessubjetivar-se, fruto da análise pessoal, que permite a ele o despertar do analisando.

Com isso, é possível entendermos que é preciso que atuemos e encaremos as nossas práticas não a partir do nosso desejo enquanto sujeitos, mas pela motriz do desejo do analista, que deseja somente a própria análise, e não uma permanência esvaziada desses pacientes.

Seguindo essa linha, tem se mostrado fundamental para os nossos atendimentos no serviço que cheguemos a um certo ponto de luto em nossa própria análise pessoal anterior ao nosso encontro com o analisando para reconhecermos o nosso não saber da individualidade do outro (FALCÃO, [2023?]), tendo em vista que o analisando, no tratamento, dirige-se ao analista como o grande Outro que tem uma verdade sobre ele que ele não possui. Mesmo essa suposição inicial sendo o deslanchamento inicial da transferência, é a partir da quebra, com o analista não respondendo a demanda e entregando a sua falta-a-ser, que o inconsciente se atualiza e repete e, então, isso se torna material de análise (MAURANO, 2006). Assim, considerando que o encontro analítico é o encontro de duas faltas e que é a falta que coloca o sujeito a desejar (MACHADO, 2008), se não nos colocamos no tratamento como a falta, e, como colocado anteriormente, desejamos pelos nossos pacientes, estamos fadadas a angústia que vem a ocupar esse lugar, o que podemos entender como a frustração que temos sentido com os abandonos do tratamento.

Complementado a respeito do desejo de analista em articulação com as nossas práticas em atendimentos individuais, Maurano (2006, p. 64) pontua:

O analista, tal como o paciente, não está isento de transferir, a diferença é que se espera que ele, por ter feito o seu próprio percurso de tratamento, esteja melhor preparado para saber de que são tecidas suas relações pessoais, e não venha a misturá-las com as que estão em jogo para o paciente. É para poder servir-se da transferência como instrumento de trabalho, que é pré-condição para a assunção da função de analista, que este deve se submeter ao tratamento psicanalítico. Por mais que os estudos teóricos sejam essenciais para sua formação, eles de nada valerão se o sujeito que pretende ocupar essa função não proceder a um tratamento pessoal, no qual o que Lacan propôs chamar de desejo do analista possa surgir e habilitá-lo, confirmando sua pretensão.

Desse modo, a análise pessoal, em consonância com a teoria e a supervisão, como salienta Freud, a respeito do tripé do analista e

sua primordial importância para a experiência clínica (MACEDO; FALCÃO, 2005), tem se colocado como uma ferramenta fundamental em nossa trajetória. À vista disso, acreditamos que conceitos como o desejo do analista, pensado por Lacan, podem nos ajudar a entender os fenômenos de não adesão e abandono do tratamento colocando em pauta a nossa implicação nesses. Colocadas aqui algumas de nossas reflexões acerca do nosso desassossego, tem sido no espaço de supervisão local que temos pensado sobre nossas frustrações do desejo, a fim de utilizá-las, assim como em um processo de análise, como elementos a favor da nossa formação. Por fim, vale pontuar que não pretendemos com a nossa escrita indicar soluções, mas utilizá-la como equipamento para nos ocuparmos e nos implicarmos com as nossas práticas e com os nossos próprios lutos ao nos deslocarmos do lugar de desejar pelo outro.

Considerações finais

Ao desenvolvermos as atividades do PAAS, a partir das premissas da Clínica Ampliada, nos identificamos com a perspectiva da teoria psicanalítica que oportuniza uma escuta do inconsciente. Diante dos casos que temos recebido, seja por encaminhamentos, busca espontânea ou indicação de serviços e ou profissionais da rede do município, temos nos deparado com sucessivos abandonos de tratamento ou com a pouca permanência dos usuários nas indicações de tratamento que recebem, embora revelem inicialmente evidentes indícios de comprometimento. Na busca de compreensão do que se apresenta, identificamos aspectos que estão ligados ao serviço, que muitas vezes chega a adotar uma postura assistencialista, tentando manter os pacientes ampliando, por exemplo, as próprias combinações e regras do serviço, como estendendo as possibilidades no número de faltas para que o paciente possa permanecer ou mesmo voltar a comparecer. Sobre tais atitudes temos nos indagado, sendo que parecem revelar, muitas vezes, que manter os atendimentos desta forma, ou tem mais a ver com uma “vocação” de que somos um programa que não incorrerá em “falhas”, prestando mais assistencialismo do que saúde àqueles que nos chegam; ou que tentamos dar conta daquilo que a própria rede do município deveria dar, mas que não consegue, provocando, inclusive, que abriguemos situações às quais não possuímos recursos de cuidado suficientes.

Como terapeutas, tantas vezes, vemos o nosso desejo de que o tratamento dos sujeitos aconteça tendo maior intensidade do que o desejo do próprio paciente. Com isso, deixamos para trás a premissa de que podemos desejar apenas tanto e somente o próprio tratamento, mas não por e para os pacientes, o que se desenrola em frustração para nós enquanto estagiários. Assim, destacamos a importância dos processos de análise pessoal nessa trajetória, para além dos estudos teóricos e do espaço de supervisão, para que localizemos e direcionemos tais sentimentos rumo a compreendermos o nosso lugar e a nossa prática enquanto psicoterapeutas. Deixamos como sugestão para estudos futuros sobre os fenômenos de não adesão e abandono do tratamento que se reflita com mais profundidade sobre a articulação e encaminhamento de pacientes por parte da rede, assim como se pense o próprio processo formativo dos estagiários de forma a englobar também as percepções e sentimentos desses em outros espaços de supervisão, a fim de ampliarmos o nosso olhar e compreensão acerca desses fenômenos.

Referências

- ABREU, Elaine Cristina Xavier Ferreira de; GUEDES, Carla Ribeiro. A Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde. **Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica**. Niterói, RJ: UFF / PPG Farmácia, 2019. (Série Boletins).
- AMORIM, Fázia Beatriz Torres; ANDRADE, Andréa Batista de; BRANCO, Paulo Coelho Castelo. Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde. **Contextos clínicos**, v. 8, n. 2, p. 141-152, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v8n2/v8n2a04.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2023.
- BALDISSERA, Mateus. Pode o morador de rua desejar? Breves pontuações sobre a psicanálise na Assistência Social. **Psicanálise e Políticas Públicas**, APPOA, v. 282, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. HumanizaSUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

- BRESSAN, Sarah Falena Donatti; ARNHOLD, Patrícia; RUSCHEL, Letícia Fialho. O que posso fazer hoje? A construção de um lugar para o profissional da saúde em um serviço- escola. *In*: CASTRO, Rosana Cecchini de; RIVERO, Nelson Eduardo Estamado. **Projeto de Atenção Ampliada à Saúde PAAS: 20 anos de desafios e possibilidades**. São Leopoldo, RS: Unisinos, 2016. p. 27-36.
- BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada do trabalho em saúde. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CARVALHO, Ana Cecília. O ofício do psicanalista. **Percursos. Revista de Psicanálise**, p. 1, v. 37, p. 17-26, 2006.
- CASTRO, Júlio Eduardo; FERRARI, Ilka Franco. O desejo do psicanalista e sua implicação na transferência segundo o ensino de Lacan. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, jan./jun. 2013.
- CASTRO, Rosana Cecchini de; RUSCHEL, Letícia Fialho; RIVERO, Nelson Eduardo Estamado (orgs.). **Os desafios da prática interdisciplinar em um serviço-escola**. São Leopoldo: Casa Leiria, 2015a. (Série Cadernos PAAS, 1).
- CASTRO, Rosana Cecchini de; RIVERO, Nelson Eduardo Estamado; RUSCHEL, Letícia Fialho (orgs.). **Grupidades em um serviço-escola: multiplicidades de um fazer cotidiano**. São Leopoldo: Casa Leiria, 2015b. (Série Cadernos PAAS, 2).
- CASTRO, Rosana Cecchini de; RIVERO, Nelson Eduardo Estamado (orgs.). **Projeto de atenção ampliada à saúde – PAAS: 20 anos de desafios e possibilidades**. São Leopoldo: Casa Leiria, 2016. (Série Cadernos PAAS, 3).
- CASTRO, Rosana Cecchini de; RIVERO, Nelson Eduardo Estamado *et al.* (orgs.). **Redes: Construções Coletivas com um serviço-escola**. São Leopoldo: Casa Leiria, 2018. (Série Cadernos PAAS, 5).
- CASTRO, Rosana Cecchini de; SCHNEIDER, Michele Scheffel. Serviço-escola: lugar de psicanálise, exercício clínico e supervisão. *In*: ANDRADE, Eduardo Lucas; ROIZMAN, Daniel Hamer (orgs.). **Ousadia na psicanálise: divã, supervisão e o estranho**. Bom Despacho, MG: Literatura em Cena, 2023.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 206 p.

CECCARELLI, Paulo Roberto. A patologização da normalidade. **Estudos de Psicanálise**. n. 33, p. 125-136, 2017.

FALCÃO, Ana Lúcia Bastos. Desejo de analista. **Intersecção Psicanalítica do Brasil**, [2023?]. Disponível em: http://www.intersecaoopsicanalitica.com.br/int-biblioteca/ALBFalcao/upld%202/albfalcao_desejo_analista_upld_2.pdf. Acesso em: ago. 2023.

FFNER, Gabriela Dionisio. **MÓDULO III: deixando o ninho para trilhar novos caminhos**. Estágio Profissional em Psicologia. Unisinos. São Leopoldo, jun. 2023.

FIGUEIREDO, Luis Carlos; COELHO JÚNIOR, Nelson. **Ética e Técnica em Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2000. 102 p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 12. ed. Organização e tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FREITAS, Camila Colás Sabino de. **Afinal, porque o paciente não adere ao tratamento? Considerações psicanalíticas da não adesão em doenças crônicas**. 2018. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

FREUD, Sigmund. **Linhas de progresso na terapia analítica**. (1919). Tradução de Jayme Salomão. Rio Janeiro: Imago, p. 171-181. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 17).

FREUD, Sigmund. **Recordar, repetir e elaborar**. (1914). Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12).

FREUD, Sigmund. **Sobre o ensino da psicanálise nas universidades**. (1919[1918]). Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 187-189. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 17).

KLEIN, Melanie. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *In: Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Originalmente publicado em 1946.

- LOPES, Janaína Da Silva Schmitz; CASTRO, Rosana Cecchini de. De estagiário à psicoterapeuta: sobre a descoberta de um novo lugar. **Quaderns de Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 141-158, 2018.
- MACEDO, Mônica Medeiros Kother; FALCÃO, Carolina Neumann de Barros. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psychê**, São Paulo, n. 15, p. 65-76, 2005.
- MACHADO, Zilda. Da angústia ao desejo do analista. **Reverso**, ano 30, n. 56, p. 35-40, 2008.
- MARCOS, Cristina Moreira. A Supervisão em Psicanálise na Clínica Escola: Breve Relato de uma Pesquisa. **Revista Mal-estar e subjetividade**, Fortaleza, v. Xii, n. 3-4, p. 853-872, set./dez. 2012.
- MARTINS, Alan. Clínica ampliada e psicanálise. **Anatomia da palavra**, 17 abr. 2018. Disponível em: <https://anatomiadapalavra.com/2018/04/17/CLINICA-AMPLIADA-E-PSICANALISE/>. Acesso em: 15 jul. 2023.
- MARINO, Adriana Simões; COARACY, Augusto Ribeiro; OLIVEIRA, Thiago. Uma experiência de Clínica Aberta de Psicanálise. **Lacuna: uma revista de psicanálise**, São Paulo, n. 5, p. 4, 2018. Disponível em: <https://revistalacuna.com/2018/06/04/n05-04/>. Acesso em: 8 ago. 2023.
- MAURANO, Denise. **A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.
- OLIVEIRA, Humberto Moacir de; NEVES, Tiago Iwasawa. Considerações sobre a formação do analista: ética, saber e transmissão. **Cad. Psicanál.- CPRJ**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 28, p. 91-110, jan./jun. 2013.
- SANTORO, Vanessa Campos. Clínica psicanalítica e ética. **Reverso** [online], v. 28, n.53, p. 61-66, 2006.
- SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.
- SILVA, Andrei Brendler da; QUADROS, Luana Aline de; FLACH, Flávia. **Assistencialismo no Brasil e seus efeitos subjetivos**. Ijuí: Unijuí, 2019.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS (UNISINOS).

Projeto Político Pedagógico (PPP), do Curso de Graduação em Psicologia. São Leopoldo: Unisinos, 2018.

VOLTOLINI, Rinaldo. Estilos da Clínica, revista da infância sem problemas. Editorial. **Clínica ampliada**, v. 25, n. 2, p. 190-192, 2020.

WINNICOTT, Donald W. **Os bebês e suas mães**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. Originalmente publicado em 1988.

ZASLAVSKY, Jacó; NUNES, Maria Lúcia Tiellet; EIZIRIK, Cláudio Laks. A supervisão psicanalítica: revisão e uma proposta de sistematização. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 2, p. 297-309, maio/ago. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/KgbBg73HctTJWtNymS8DLDK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2023.