

REVISTA

SABERES *da* AMAZÔNIA

CIÊNCIAS JURÍDICAS, HUMANAS E SOCIAIS

VOL. 7 | N. 13

JANEIRO - DEZEMBRO 2022 | ISSN: 2448-0576

A direção do tratamento em clínicas conveniadas: (im)possibilidades para psicanálise?

Débora Aline de Almeida Farias, Especialista em Clínica Psicanalista, E-mail: debora.al.farias@gmail.com

Halanderson Raymisson da Silva Pereira, Doutor em Psicologia, Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), E-mail: halandersonpereira@gmail.com

Resumo

Este trabalho propõe testemunhar o que é fronteiro na psicanálise aplicada à terapêutica, considerando-se os desdobramentos do sofrimento psíquico na prática clínica conveniada a planos de saúde. A modalidade de atendimento via convênios, convoca a psicanálise a responder de um lugar que é legitimado pelo discurso mestre da psiquiatria e os imperativos do gozo capitalista, produzindo, assim, reflexões contemporâneas sobre o manejo clínico e o desejo do analista em face às urgências da sociedade. Para isso, debruça-se sobre os questionamentos que norteiam a ética psicanalítica quanto aos fundamentos da temporalidade, transferência, angústia e o pagamento, bem como os desafios em sustentar o saber-fazer clínico na contramão das frenéticas promessas de cura, as quais são determinadas pela lógica institucional da prestação de serviços e operadoras de saúde.

Palavras-chave: psicanálise aplicada; planos de saúde; convênios; discurso do mestre; desejo do analista.

Abstract

This work proposes to witness what is borderline in psychoanalysis applied to therapy, considering the unfolding of psychic suffering in clinical practice associated

with health plans. The modality of care via health insurance convokes psychoanalysis to respond from a place that is legitimized by the master's discourse of psychiatry and the imperatives of capitalist jouissance, thus producing contemporary reflections on clinical management and the analyst's desire in the face of the urgencies of society. For this, it focuses on the questions that guide psychoanalytic ethics regarding the fundamentals of temporality, transference, anguish, and payment, as well as the challenges in sustaining clinical know-how against the frenetic promises of cure, which are determined by the institutional logic of providing services and health insurance companies.

Keywords: applied psychoanalysis; health insurance; agreements; master's discourse; analyst's desire.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as normas médicas e leis de mercado adentram os espaços de oferta de serviços destinados a escuta do sofrimento psíquico e atendimento das questões afetas à saúde mental, regulados por convênios e planos de saúde, que estabelecem enquadramentos de acesso, permanência e pagamento. Essa forma de organização, orientada pelo discurso psiquiátrico e imperativos do modo de produção capitalista, impõe desafios éticos, técnicos e teóricos aos profissionais de psicologia das diversas abordagens psicológicas.

Embora nas práticas de consultórios particulares haja certa autonomia quanto a construção desse “enquadre”, há atravessamentos desses discursos na práxis clínica. Além disso, nos espaços que ofertam esses serviços de forma conveniada ou por planos de saúde, identificam-se outras limitações, as quais incidem diretamente no tratamento dos sujeitos, como tempo e número das sessões reduzidos, atendimento massificado, valor tabelado pelos serviços prestados abaixo do estabelecido pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP e outras condições de precarização do trabalho.

A própria psicanálise e seus psicanalistas, principalmente os que utilizam esses espaços de trabalho, são interpelados pelo paradigma da saúde mental, a se ocupar da psicopatologização e tipificação em massa do sofrimento psíquico, diante

do mal-estar representado estritamente pela Classificação Internacional de Doenças (CID 11) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), além dos muitos nomes que o social confere ao *pathos* humano.

Sua aplicação à terapêutica, aos convênios de planos de saúde, esbarra, por sua vez, no moralismo e poder neoliberal dos serviços de bens, segundo uma modalidade de tratamento clínico, no qual o gozo capitalista provoca nos sujeitos (e no analista) a busca frenética pelo nirvana, fazendo frente a clínica da angústia: a sociedade consumista atual, parece priorizar a satisfação a todo e qualquer custo e, não, a ética do desejo.

Diante desse fenômeno da prestação de serviços, um dos interrogantes propostos neste escrito é debater como na experiência humana com o laço social, ecoa uma estética homogênea de gozo¹, representada pelo discurso do capital e da ciência, em uma não-dialética que transita entre desejo e falta – as formas de existir e se relacionar são consumidas até às últimas consequências, sem pausas ou interditos.

Nota-se que as práticas e discursos sociais têm ocasionado um esvaziamento da subjetividade: na tratativa dos processos de saúde-doença, enfatiza-se a busca imperativa pelos sujeitos em cessar qualquer alusão ao vazio, ao sintoma, consumindo as ofertas contemporâneas de cura e bem-estar universais, que administram e controlam o que é sofrimento, na tentativa de preencher a falta-a-ser.

Considerando-se esse sofrimento psíquico globalizado, de sujeitos que buscam acompanhamento terapêutico através das instituições de saúde mental, bem como os seus desdobramentos na prática psicanalítica conveniada a planos de saúde, o texto debruça-se sobre as articulações possíveis e, aquilo que resiste entre a ética psicanalítica e o testemunho clínico do analista que tem de se haver com um saber-fazer proposto a este trabalho, as quais inauguram questionamentos quanto aos fundamentos da transferência, do tempo lógico na análise, a direção do tratamento pelo desejo do analista – enquanto semblante e angústia – e, a questão do pagamento.

1 De acordo com as noções psicanalíticas lacanianas, o conceito de gozo está relacionado às experiências de prazer e sofrimento, isto é, à estrutura e economia psíquica dos sujeitos que podem se apresentar em modalidades mais construtivas (pulsão de vida) e/ou destrutivas (pulsão de morte). Tanto pode remeter a uma experiência particular (como sensações e afetos do próprio corpo), quanto a uma dimensão intersubjetiva, implicando relações objetais que incluem os sujeitos e seus semelhantes [outros] e, o campo da alteridade [Outro], articulando-se, pois, com a repetição e a satisfação da pulsão de morte, no mais além do princípio do prazer (LACAN, 1969/1992)

Propõe-se, portanto, tomarmos notas acerca dos impasses e possibilidades da psicanálise em sua relação com a clínica conveniada, discorrendo sobre as fronteiras de sua aplicação à terapêutica e o manejo desse saber-fazer clínico, na contramão das determinações institucionais da prestação de serviços e operadoras de saúde.

1. UMA ESTÉTICA CONTEMPORÂNEA DA CLÍNICA DA ANGÚSTIA

1.1. Quem decide o que é sofrimento?

A lógica institucional da prestação de serviços e das operadoras de saúde reproduzem um saber-mestre acerca de técnicas “mais adequadas” ao cuidado das questões relacionadas ao sofrimento psíquico, segundo práticas discursivas estritamente médicas e patologizantes: em se tratando de atendimentos clínicos através dos planos de saúde, observa-se a substituição do sujeito pelo corpo diagnosticável, tipificado através de uma Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10).

Evidencia-se que a clínica conveniada aos planos de saúde é regulada, no cenário brasileiro, a partir de uma política de saúde complementar² ao Sistema Único de Saúde (SUS), havendo um histórico de intrincadas relações biopolíticas entre o público e o privado nesse meio. Santana (2018)³ discorre sobre a incidência desta modalidade de assistência ao sujeito contemporâneo, interrogando os efeitos da naturalização da atenção privada à saúde mental, visto que ainda se encontra enraizada na reprodução de modelos biomédicos universalizantes.

São tecidas considerações sobre a relação dos pacientes-beneficiários com a dita saúde suplementar, inferindo-se que, na contemporaneidade, o laço com as formas de “cuidado e bem-estar” passaram a ser de consumo através dos planos e operadoras de saúde, segundo a oferta de suplências (objetos-falsos), que prometem tamponar as faltas constituintes do eu com saberes fabricados, oferecendo-se possibilidades imaginárias de satisfação, como produtos do discurso

2 Leis Federais n.º 9.961/2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências; e n.º 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde

3 SANTANA, Ana Flávia de S. **A noção de saúde suplementar no Brasil: uma leitura apoiada na teorização laciana dos discursos**. Dissertação (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

capitalista neoliberal e do discurso da ciência⁴. Nessa perspectiva, Dunker (2004)⁵, ao posicionar-se sobre a psicopatologização do sofrimento psíquico, representa uma analogia entre o processo de estetização⁶ do mundo pós-moderno e as “produções em série” de diversos tipos de sofrimento. Tal argumentação, pressupõe que a estética capitalista tipifica o ser, o administrando e controlando em suas formas de gozar, onde não há possibilidades de um saber sobre si, de uma emancipação subjetiva.

Esse estilo contemporâneo estabelece uma rigorosa moral sob o sofrimento psíquico, segundo a busca de um “bem-estar universal” a ser conquistado pelos sujeitos – temos a premissa de uma verdade científica, do capital, que está enraizada no binômio normal *versus* patológico, reproduzindo práticas seletivas e de diagnósticos em saúde mental. Nesse contexto, a aliança entre o discurso médico, os serviços terapêuticos e os planos de saúde, destaca uma recorrente demanda social, na qual a individualidade dos sujeitos, na perspectiva de Garcez (2009), é adequada a usufruir dos convênios e planos de saúde como um modo de gozo⁷.

Uma das consequências para a psicanálise, segundo essa institucionalização da prestação de serviços terapêuticos, é justamente lidar com as barreiras estéticas de um mais-de-gozar imposto pelo discurso do mestre⁸ e da ciência a serviço do capitalismo: deparamo-nos com planos de saúde que se articulam como uma grande peneira, na qual um Outro estipula o valor da saúde mental e, o que se configura ou não como adoecimento psíquico. A dicotomia saúde-doença, presente nas terapêuticas contemporâneas, tão logo, pulveriza o mal-estar subjetivo e determina

4 SANTANA, Ana Flávia de S. **A noção de saúde suplementar no Brasil: uma leitura apoiada na teorização lacaniana dos discursos**. Dissertação (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

5 DUNKER, Christian I., L. Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos contemporâneos no Brasil. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 94-111, mar. 2004.

6 O significativo estetização é utilizado nesse escrito como referência ao recorte de Christian Dunker quanto a ideologia estética de Eagleton, o qual analisa os efeitos transformadores do capitalismo e do consumo na individualidade dos sujeitos – tudo segue uma lógica estética universal, dos critérios da verdade às técnicas sedutoras que promovem satisfações individuais e efêmeras.

7 GARCEZ, Márcia M. Novas urgências sociais: a psicanálise e o plano de saúde. p. 92-93.

8 No Seminário “O avesso da psicanálise”, Lacan introduziu uma nova dimensão da linguagem, promulgando a Teoria dos Quatro Discursos, sob a ótica do saber como relações simbólicas, situando-se os sujeitos falantes em posições sexuais e societárias. Dentre eles, convencionamos o destaque ao discurso do mestre, para dizer de práticas languageiras e sociais no âmbito das políticas de saúde privadas, as quais operam como suplência; um discurso comandado pelo significativo estético do bem-estar e felicidade nirvânica, apresentados à sociedade como O Saber da cura, da satisfação do desejo de todos.

“quem sofre mais”, criando-se parâmetros “meritocráticos” e estigmatizantes de acesso à clínica.

Dias e Marçola (2016)⁹ frisam sobre esse estigma psicopatológico, reforçando que a linguagem médica nas clínicas conveniadas às operadoras de saúde, conduz os indivíduos a possível crença de curar uma doença sentida num corpo, que não responde de maneira adequada, “normal” à sociedade. O tratamento terapêutico é pensado pelo viés da saúde fisiológica e do consumo medicamentoso, tão logo, se a ciência pode “prever” e nomear onde se instalam “no cérebro” tais inadequações, a direção do serviço terapêutico haveria de ser nos termos estéticos dessa tipologia de sofrimento. Sendo assim, ao pensarmos nos atravessamentos entre a psicanálise e os planos de saúde, nos defrontamos com um apagamento dos modos de subjetivação que advêm na experiência clínica, havendo uma substituição das narrativas e angústias do ser pela ideologia do belo nas promessas de cura e felicidade¹⁰, essencialmente, na limitação do tratamento a um número específico de sessões e às exigências de diagnósticos clínicos nas entrevistas preliminares, os quais delimitam o “jeito certo” de gozar no mundo e de consumir os serviços terapêuticos¹¹ (DUNKER, 2004; GARCEZ, 2009).

Imersa em um mundo contemporâneo estético, quais seriam, então, as possibilidades para a psicanálise aplicada à terapêutica¹², em sua relação com a clínica conveniada, se desde o início do tratamento, da chegada do paciente à clínica, o olhar e discurso médico prescrevem uma verdade sobre o paciente?

1.2. O advir do sujeito: a ética do desejo em questão

9 DIAS, Aline A., S.; MARÇOLA, Maria. A. PSICANÁLISE E PLANOS DE SAÚDE: A QUE PREÇO? A expansão da Psicanálise a usuários dos planos de saúde. **Revista Vórtice de Psicanálise**, São Paulo, p. 8 -19, jun. 2016.

10 DUNKER, Christian I., L. Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos contemporâneos no Brasil. p. 98-100.

11 GARCEZ, Márcia M. Novas urgências sociais: a psicanálise e o plano de saúde. p. 92-93.

12 Em face à estética universal de bem-estar, os psicanalistas ocupam cada vez mais espaços na cidade e políticas públicas, sendo convocados ao trabalho terapêutico em saúde mental, às voltas de um enquadramento institucional que, por vezes, pressupõe o retorno a um estado primeiro, à “normalidade” aos sujeitos que usufruem dos serviços de saúde suplementares. Há diferenças fundamentais e técnicas entre psicanálise e psicoterapia, isto é, quando dizemos de uma psicanálise aplicada à terapêutica, referimo-nos criticamente às psicoterapias e serviços terapêuticos contemporâneos que podem vir a ser coniventes com práticas excludentes, concebendo-se a ideia de que o discurso psicanalítico poderá fazer frente a esta terapêutica neoliberal de apagamento do sintoma, mercantilização e desqualificação da dimensão do gozo nas relações humanas (SANTOS;FERRARI, 2014).

Refletir sobre as possibilidades da psicanálise na modalidade de atendimento aplicada às terapêuticas de convênios, é deparar-se com significantes operados pela lei dos planos de saúde, que escancaram uma não-relação com o saber-fazer do analista. Enquanto prestador de um serviço, ao analista é encaminhado demandas diagnósticas e psicopatológicas, com prescrições que nomeiam ao paciente um adoecimento que “dá conta” de seu mal-estar. Existe aí, a produção de um “saber sobre si” que vem de um Outro (modelo biomédico), a partir de uma posição alienada às exigências das operadoras de saúde, que determinam o tempo de duração de um tratamento, honorários precarizados e um número “máximo” para as sessões¹³. -

Em concordância com Garcez e, a teoria dos discursos introduzida por Lacan (1969/1992)¹⁴, consideramos esse enquadre psicopatológico do sofrimento psíquico como imposto pelas práticas e discursos do mestre, os quais são representados, aqui, pela lógica institucional dos planos de saúde, bem como, pelo discurso da ciência e do capital, presente na economia libidinal dos sujeitos. Há a invenção de nomes que classificam o sofrer e técnicas “infalíveis” de cura, cabendo interrogar, portanto, como esses discursos operam nos laços sociais, no modo de atenção ao mal-estar psíquico contemporâneo.

Nas palavras de Ravasio (2016, p. 159)¹⁵, o discurso do mestre possui “um saber sobre tudo, exigindo do outro que se submeta à lei, porém o que ele produz para usufruto tanto seu quanto do outro é o objeto mais-de-gozar, como fora da lei e fora do saber”. Tão logo, esse parâmetro alienante dos indivíduos à demanda dos planos de saúde, propicia uma busca pelo gozar *ad infinitum* num laço social de consumo, sem desprazeres, sem dores ou qualquer afeto contrário a dita felicidade: o corpo diagnosticável é incessantemente convocado à máxima lacaniana: “Goza!” (LACAN, 1972/1985)¹⁶. Deparamo-nos, pois, com um sintoma social que demanda resolutividades instantâneas e prega uma homogeneização do gozo.

É precisamente com esta demanda social que os pacientes são encaminhados pelos médicos ou procuram voluntariamente aos consultórios

13 GARCEZ, Márcia M. Novas urgências sociais: a psicanálise e o plano de saúde. p. 92-93.

14 LACAN, Jacques. (1969/70) **O Seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

15 RAVASIO, Marcele, H. Alteridade e psicanálise: as modalidades de *outro* em Lacan. **Barbarói**, Universidade de Santa Catarina do Sul, v. 46, n.1, p.153-165, jan./jun. 2016.

16 LACAN, Jacques. (1972/73) **O Seminário, Livro 20: Mais ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985, p. 9-23.

conveniados, local onde os planos de saúde assumem esse modo de gozo imperativo. Mas, por vezes, devido à ausência de experiências terapêuticas, também os planos de saúde servem como porta de entrada aos curiosos, os quais precisavam de algum estímulo para usufruir de “um auxílio” à saúde mental que, há muito, estava “engavetado”, ou talvez, nunca tivessem tido oportunidades de acesso ao tratamento terapêutico.

Nesta modalidade de atendimento conveniado, fica esclarecido com as demarcações diagnósticas e exigências iniciais dos pacientes, que há uma busca literal e imediata para resolver o sofrimento psíquico, curar a doença de um corpo patológico, para que se possa viver de modo “funcional” e “saudável”. No entanto, diante da lógica dos planos de saúde, a psicanálise produz um giro discursivo quanto a instrumentalização do mal-estar, necessitando reconhecer a função administrativa e burocrática da linguagem médica: os documentos médicos e CIDs nos serviriam apenas para indicar a continuidade ou interrupção de um tratamento em uma instituição (PIRES, 2014)¹⁷.

Consequentemente, ao recusarmos tal linguagem homogênea – tomando-se a posição da ética psicanalítica – cria-se uma brecha para a aplicação e extensão da psicanálise através dos planos de saúde: às avessas da lógica de um consumo social, esse esvaziamento de um gozar sem limites, com a imperativa invenção da “felicidade universal”, encontra uma fronteira nos convênios. O encontro entre analista e paciente faz furo na economia capitalista e saber-mestre do bem-estar, uma vez que, não há o que consumir em análise, mas sim, desconstruir um saber *a priori* e investir no desejo, o causando na experiência clínica.

Nesta não-relação das operadoras de saúde *versus* prestadores-analistas, o discurso do mestre seria o ponto de partida, todavia, após o encaminhamento para análise, os saberes diagnósticos e demandas endereçadas ao Outro – intermediados pelos convênios – transformar-se-ão em discurso analítico (GARCEZ, 2009)¹⁸. O analista, em seu papel de prestador de serviços, deverá se posicionar como agente desse discurso analítico: fazer-se “de semblante de objeto *a*, causa de desejo”¹⁹, a partir da instauração de um suposto saber que interroga o mal-estar dos pacientes, sabendo fazer com os não sentidos dos discursos sociais.

17 PIRES, Sonia. Psicanálise e Planos de Saúde. 1ª ed. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2014.

18 GARCEZ, Márcia M. Novas urgências sociais: a psicanálise e o plano de saúde. p. 93.

19 GARCEZ, Márcia M. Novas urgências sociais: a psicanálise e o plano de saúde. p. 93.

Na aposta de um ato analítico, o manejo da transferência potencializa a relação do paciente com o analista e, este, ao servir-se como causa de desejo para o paciente falado pelo sintoma social, encontra-se com a falta-a-ser desnuda, manifesta sob o olhar da angústia, do sofrimento em primeira pessoa. Na contramão da lógica em saúde mental, que há muito é materializada pelo consumo de diagnósticos, medicamentos e inúmeras técnicas clinicamente “infalíveis”, os silenciamentos estabelecidos pela tipificação psiquiátrica, se esvaem através dos dizeres em sessão – o sujeito, então, pode advir a partir de suas narrativas e histórias singulares, as quais são tomadas uma a uma.

Ao considerarmos essa psicanálise aplicada à terapêutica, entram em cena os princípios fundamentais da análise “e como podemos aplicá-la a essa nova forma do sujeito chegar, sob o discurso e demanda social”²⁰. O prestador-analista é mais um dos especialistas na lista dos pacientes que procuram tratamento, contudo, este, sempre deverá apostar no que pode advir da escuta, nos acontecimentos a partir do encontro transferencial. Em seu lugar de objeto causa de desejo, o analista faz frente a impostura médica-psiquiátrica de ser sabedor de tudo, evidenciado a impossibilidade de o saber-mestre governar as angústias humanas, com seus nomes e falsas expectativas de plenitude²¹.

Os planos e suas operações de saúde, ao se conveniarem aos serviços terapêuticos, abrem portas “para muitos que estavam em casa supervisionados e medicados pela clínica psiquiátrica e uma gama de material clínico se oferece ao analista que mergulha nessa clínica que se presta a um saber-fazer com isso”²². Relativamente a psicanálise aplicada, o autor Pierre-Gilles Guéguen (2007)²³ reflete que

o fato de haver análise não depende nem de sua duração, nem do lugar, nem do ritual, mas sim do tipo de operação que se efetua sobre o gozo, graças aos poderes da fala: para nós, o enquadre é feito para servir à análise, e não que a análise seja feita para servir ao enquadre.

20 GARCEZ, Márcia M. Novas urgências sociais: a psicanálise e o plano de saúde. p. 93.

21 RAVASIO, Marcele, H. Alteridade e psicanálise: as modalidades de *outro* em Lacan. p. 153-160.

22 GARCEZ, Márcia M. Novas urgências sociais: a psicanálise e o plano de saúde. p. 93.

23 GUÉGUEN, Pierre-Gilles. Quatro pontuações sobre a psicanálise aplicada. In: **Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano, Pertinências da Psicanálise Aplicada**, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007, p. 17-21.

A partir dessas considerações, temos que entre paciente e analista, o plano de saúde se insere como um terceiro que virá a sustentar a entrada na análise para os que chegam, podendo convocá-los ao trabalho analítico, à passagem das entrevistas iniciais à análise propriamente dita²⁴. Porém, esse manejo singular da clínica, também esbarra em alguns impasses e (con)fusões, essencialmente, quando pensamos a prática sob o testemunho e lugar do analista. Compete-nos interrogar, quais seriam as fronteiras para os analistas na relação com a prestação de serviços e as instituições de saúde?

2. OUTRAS FRONTEIRAS FUNDAMENTAIS NO SABER-FAZER PSICANALÍTICO

2.1. Entre o ser e a causa do analista: sobre a transferência, tempo e angústia

Parafraseando a questão de Lacan (1975/1986) sobre o saber-fazer do analista, cabe-nos questionar: “o que fazemos quando fazemos análise”²⁵ no âmbito da prestação de serviços e instituições de saúde? Evocam-se, nesse contexto, algumas problematizações clínicas em face ao encontro do analista com os discursos dominantes operados pelo Outro – planos de saúde e clínica psiquiátrica –, os quais produzem equívocos fronteirços à direção do tratamento psicanalítico: há significativos impasses quanto a angústia, contratransferência (resistência) e desejo do analista no trabalho do psicanalista em instituições de saúde mental.

Lacan (1962/2005)²⁶ no seminário em que versa sobre a angústia, constrói um saber sobre o objeto como causa de desejo, que é um semblante representado pelo nome de “objeto a”. É dada uma ênfase à função objetual na experiência analítica, a partir do viés da angústia, fenômeno que aproxima o real da clínica: “o objeto a, criado por Lacan, permitiu à psicanálise operar com o real, o que insiste, o que

24 GARCEZ, Márcia M. Novas urgências sociais: a psicanálise e o plano de saúde. p. 93-94.

25 LACAN, Jacques. (1975) **O Seminário, Livro 1: Os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986. p. 19.

26 LACAN, Jacques. (1962/63) **O Seminário, Livro 10: A angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

repete, o que se mostra por não ter a via da linguagem para se expressar” (MACHADO, 2008, p. 36)²⁷.

Essa presentificação da angústia na clínica, não aparece somente do lado do paciente, mas também no analista, enquanto sujeito desejante. Se pensarmos nos modos de manifestação do inconsciente, há o testemunho da contratransferência como a “incidência da presença do analista, enquanto sujeito em sua prática”²⁸, acusando uma resistência do analista que pode vir a (con)fundir a prática terapêutica da prestação de serviços com a ética da psicanálise. Já nos advertia Lacan, que a resistência em análise sempre diz algo sobre o desejo do analista, na medida em que o seu “eu”, quem se é, prevalece na relação analítica, embaraçando o manejo da transferência clínica ao gozo próprio.

Nesse sentido, tem-se a concepção de contratransferência como circunscrita à figura do analista – Lacan (1960/1992)²⁹ construiu uma crítica ao conceito freudiano, inaugurando suas próprias construções teórico-práticas sobre o que resiste na contratransferência por parte do analista. Isso que é visceral, íntimo, que entranha equívocos, denominou de desejo do analista, tomando este como uma função, um operador lógico necessário ao ato analítico: o analista oferece a si como semblante para um outro, sustentando a análise e suas enunciações (MACHADO, 2008)³⁰.

Logo, o que estaria em jogo nas relações contratransferenciais na clínica conveniada? Como se desvela, então, a angústia do analista, no hiato entre a falta-a-ser e o seu eu nas instituições?

Em um primeiro momento, reflete-se que a questão da angústia para o analista, no real de sua experiência com a psicanálise aplicada aos planos de saúde, toca na temporalidade contemporânea da pressa para a cura pelo paciente e, da mercantilização do tratamento pelo discurso médico e capitalista. Ainda que se considere o tempo lógico (do inconsciente de cada sujeito-paciente que pode advir em análise), um tempo cronológico é imposto pela instituição psicológica, a fim de que haja um ganho cumulativo de honorários.

27 MACHADO, Zilda. Da angústia ao desejo do analista. **Reverso**, v. 30, n. 56, p. 35-40, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952008000200004. Acesso em 20 de junho de 2022.

28 MACHADO, Zilda. Da angústia ao desejo do analista. p. 36.

29 LACAN, Jacques. (1960) **O Seminário, Livro 8: A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

30 MACHADO, Zilda. Da angústia ao desejo do analista. p.36-38.

O automatismo neoliberal dos planos de saúde, os excessos do capital, adentram as portas do consultório em uma média de 30 minutos semanais, não havendo pausas entre uma sessão e outra. A angústia sentida nesse tipo de serviço terapêutico, com atendimentos análogos à produção em massa – num “entra e sai” de pacientes –, pulveriza os instantes de olhar, tempo de compreender e momento de concluir na experiência analítica.

A representação de um tratamento terapêutico massificado escancara ao prestador-analista isso que é impositivo na lógica institucional dos convênios, considerando que este, ao ocupar o campo do saber na política de saúde privada, o faz sob a contratação como psicólogo e, não, psicanalista. Tão logo, os lugares da psicanálise e prestação de serviços psicológicos, ainda que divergentes em sua reponsabilidade ética e técnica, escancaram que a submissão do saber psicológico e discurso do analista ao Outro (profissionais e discurso da biomedicina) também fere a autorização necessária que um paciente-beneficiário concede ao seu terapeuta, ao elegê-lo para a escuta de seu sofrimento³¹.

A proposição é de que, devido às interferências dos atores e discursos institucionais (secretárias, médicos, burocracias dos planos saúde), às próprias questões egoicas, resistências do analista e, aos (im)passes ético-técnicos das políticas e leis reguladoras, existem prejuízos à interpretação e na relação de transferência com o outro, ao passo que, diante da psicanálise aplicada, a fadiga do tempo e as angústias do eu-analista, provocam rachaduras no semblante de objeto a, não sustentando-se, por vezes, a escuta e causa psicanalítica.

Como orientou Lacan (1958/1998)³², o analista possui uma liberdade em relação ao seu ato, sua tática analítica possui um estilo próprio, mas é menos livre em relação ao manejo da transferência, às estratégias clínicas calcadas na teoria e na experiência psicanalítica e, nem um pouco livre da política mais-de-gozar: a direção do tratamento haveria de partir da falta-a-ser do analista, a qual leva em conta um saber sobre o real, um desejo inédito, que lhe advém (através da análise pessoal) e, por isso, poderia eventualmente abdicar-se do seu eu a partir do encontro com o paciente, caracterizando-se aí a causa ética da psicanálise.

31 BRASIL. **Guia de orientação: psicologia e saúde suplementar**. 1 ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia – CFP, 2019.

32LACAN, Jacques. (1958) A direção do tratamento e o princípio do seu poder. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Mas, de que maneira abdicar o eu, se as urgências sociais sintomáticas também lhe afetam? Se resistem à constituição do desejo do analista, o levando a misturar a psicologia do bem-querer com a prática e ética psicanalítica, em uma relação entre saber e poder?

2.2. Ponderações acerca do pagamento e as implicações capitalistas na função analítica

Questionar a prática analítica nos convoca a outras questões que convergem teoria e práxis clínica, principalmente, naquilo que tange à psicanálise em intenção – clínica do singular de cada sujeito – e a psicanálise em extensão, a qual está no seio do laço social, onde vários dos discursos e saberes científicos, capitalistas produzem efeitos sobre o processo e tratamento analítico. Dentre os efeitos que conversam com a resistência do analista e suas atuações contratransferenciais, há de se considerar o pagamento como ponto fundamental à psicanálise aplicada à terapêutica.

Na modalidade terapêutica via convênios, são as operadoras e instituições de saúde que pagam o prestador-analista através de um faturamento de honorários e, não, o paciente. Raphael (2004, p. 96-97)³³ discorre que isto pode ser “prejudicial ao tratamento, principalmente pelo fato de que a relação com o dinheiro passa pelo investimento, que é a forma como cada um se relaciona com sua energia libidinal”. Já que é um Outro que paga, revela-se aí um laço entre um senhor (instituições de saúde) e seu discípulo (analista), implicando condições capitalistas e narcísicas à cobrança e recebimento de honorários pelo analista.

Sobre essa questão, importa recordar que o sujeito-analista é desejante e, ao oferecer-se à operação analítica, tem em sua economia libidinal uma disposição interna, um desejo inaugural, que lhe autoriza à análise: com “a morte do eu” do analista, de seus princípios egoicos, dar-se à luz ao semblante, assumindo uma função que inscreve os dizeres e narrativas dos pacientes a partir da interpretação (MACHADO, 2008)³⁴.

33 RAPHAEL, Jacqueline, K., D. Psicanálise e convênio: uma parceria possível?. *Cogito*, Salvador, v. 6, p. 95-97, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792004000100022&lng=pt&nrm=iso. Acesso 20 de junho de 2022.

34 MACHADO, Zilda. Da angústia ao desejo do analista.p.36-38.

Esse manejo da transferência permite a entrada da “moeda” via convênios, possibilitando que os pacientes, apoiados em um sintoma pago pelo Outro, introduzam questões relacionadas ao significativo dinheiro e o tempo determinado pelas operadoras de saúde. Lançam-se analistas e pacientes em tentativas de administrar as sessões contabilizadas pelas instituições e os desafios em sustentar a própria análise (GARCEZ, 2009)³⁵.

A função do dinheiro na análise, de acordo com as representações de Raphael³⁶ é servir

para amoedar o capital da libido e esse preço não pode ser negligenciado, questão para a qual Freud chamava atenção desde o início da psicanálise. Para ele, o sintoma seria uma satisfação libidinal substitutiva, aliás, o melhor investimento do capital do sujeito, para quem, ficar doente é obter alguma vantagem. Há um benefício secundário, além da satisfação pulsional que o sintoma proporciona, onde o sujeito lucra com isso, que é o que Lacan chama de gozo do sintoma. Dentre outras coisas, o benefício do sintoma está vinculado à questão do dinheiro. Na análise, através da transferência de capital, do sintoma, para um objeto que é o analista, há um corte na economia de gozo do sujeito incluído na “doença”, e não é fácil abrir mão desse gozo, o que acarreta dificuldades para o analista no manejo da resistência.

Na sociedade contemporânea tais resistências e os aspectos lucrativos de consumo vão ao encontro ao discurso capitalista, ideologia esta, que engessa o laço transferencial na clínica, trazendo ambivalências que dizem respeito aos modos de gozo do analista. A precarização do trabalho e economia (investimento) na clínica conveniada acaba denunciando um sintoma particular à figura do analista: existiria uma representação econômico-política na divisão do sujeito-analista? De que maneira isso recai sobre o vínculo entre analista e paciente?

Ocupamo-nos de pontos cruciais como a transferência e, o fato de também haver uma relação de gozo entre planos de saúde e o analista para esse debate. É caro ao analista saber-fazer com uma psicanálise que está enquadrada no discurso capitalista, no real e simbólico do viver e sustentar-se socioeconomicamente a partir de uma clínica conveniada: o dinheiro que é pago pelos planos de saúde, paga os investimentos narcísicos do eu-analista, mas também pode produzir desprazer e em razão à relação desproporcional entre honorários e carga horária de trabalho.

35 GARCEZ, Márcia M. Novas urgências sociais: a psicanálise e o plano de saúde. p. 94-95.

36 RAPHAEL, Jacqueline, K., D. Psicanálise e convênio: uma parceria possível?. p. 96-97.

Aí, temos um custo singular que é capaz de ser danoso ao lugar de semblante e direção do tratamento e, mais ainda, cria uma divisão econômica (financeira). Em sua relação com o gozo capitalista, o analista passa a clinicar segundo as leis de mercado que o atravessam, convergindo um psicologismo (amparo ao outro) com a dita “orientação psicanalítica”. De sujeito suposto saber, passamos há um saber que nada quer saber do sujeito inconsciente, que resiste à insatisfação egoica do analista perante a instituição de saúde, o assujeitando às amarras do saber e poder do capital e, pouco se implicando na relação transferencial.

Diante dessa (con) fusão, nos damos conta que em análise, o investimento não é somente do paciente – o analista paga com suas palavras, com a interpretação dos dizeres através da escuta; paga com sua própria pessoa, seu corpo somático, ao se dispor a ser suporte transferencial das demandas e fantasias libidinais e, paga com seu ser, oferecendo-se como falta, como causa de desejo (LACAN, 1958/1998)³⁷.

É verdade que para ocupar o lugar do analista, este tem de percorrer a travessia da própria castração na análise pessoal, estando advertido dos exercícios de poder do Outro e das práticas discursivas internalizadas nas suas inter-relações – essencialmente aqui, em relação ao dinheiro – quando dirige a análise de um outro sujeito. O saber é do inconsciente e, não do analista. (LANDI; CHATELARD, 2015)³⁸.

A premissa é de que os custos político-econômicos em jogo, na fronteira entre psicanálise e convênios, podem assumir uma maior importância na economia libidinal, quando afetam mais estritamente a vida socioeconômica e pessoal do analista, escancarando as relações simbólicas e sintomáticas deste, com o dinheiro. Tal prevalência, impossibilitaria, então, a análise, “pois o laço social estabelecido é o de mestre e discípulo, senhor e escravo, laço este que escamoteia o sujeito e por isso torna impossível a fantasia”³⁹, sendo, fundamental considerar que “no trabalho analítico o sujeito paga para perder (partes de si, grifo), e não para ganhar bens”⁴⁰.

37 LACAN, Jacques. (1958) A direção do tratamento e o princípio do seu poder, 1998, p. 593.

38 LANDI, Elizabeth., C.; CHATELARD, Daniela., S. O lugar do analista e a ética do desejo. **Tempo psicanalítico**, v. 47, n. 2, 2015, p. 156-170. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382015000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 de junho de 2022.

39 LANDI, Elizabeth., C.; CHATELARD, Daniela., S. O lugar do analista e a ética do desejo. p. 164.

40 RAPHAEL, Jacqueline, K., D. Psicanálise e convênio: uma parceria possível?. p. 96-97.

O poderio capitalista presente na relação de gozo do analista com os planos de saúde, o convida, pois, a gozar e consumir sem limitações. Em sua posição desejante, o real do trabalho enquanto prestador de serviços, demanda inúmeros custos ao analista, sejam eles estudos continuados, supervisão, análise pessoal, escrita clínica, qualidade de vida pessoal e socioeconômica. E, este, poderá pagar precariamente para ocupar essa função, abarrotando-se de frenéticos atendimentos em massa para dar conta de pagar suas dívidas financeiras e simbólicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em referência às discussões apresentadas, podemos vislumbrar a psicanálise aplicada à terapêutica dos planos de saúde enquanto um vir a ser inédito ou como Marie-Hélène Brousse (2007, p. 22)⁴¹ discorreu em *Pertinências da Psicanálise Aplicada*: “um móbil maior para o futuro da psicanálise, tanto como disciplina quanto como solução ética nova, introduzida na civilização por meio dessa experiência original que é um tratamento psicanalítico”.

À vista das urgências sociais, o mundo no qual vivemos é consumido pela instrumentalização universal da prestação de serviços e seus bens, com seus diagnósticos, medicamentos e promessas de cura. Nota-se que, essa tipificação globalizada de modos de ser e estar dos sujeitos contemporâneos, chegam até os consultórios intermediados pelos convênios de saúde, possibilitando que o método psicanalítico acolha este mal-estar pertinente à sua época e saiba fazer algo com isso.

A partir daí, desenha-se um cenário no qual os planos de saúde e convênios têm convocado a psicanálise ao movimento de uma prática em extensão, respondendo e intervindo em uma crescente massificação do adoecimento psíquico e nas novas modalidades de atendimento psicológico: se oferece um lugar ao sintoma social presentificado nas instituições de saúde, sem perder de vista os pontos fundamentais que ancoram o manejo do dispositivo analítico (Garcez, 2009)⁴².

41 BROUSSE, Marie-Hélène. Três pontos de ancoragem. In: **Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano, *Pertinências da Psicanálise Aplicada***. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007, p.22-26.

42 GARCEZ, Márcia M. Novas urgências sociais: a psicanálise e o plano de saúde. p. 94-95

Elaborando as questões que demarcam a relação transferencial entre paciente e analista, compreende-se que existem saídas possíveis para os atravessamentos dos discursos e práticas psicopatologizantes na clínica conveniada. É possível que a análise aconteça junto aos atendimentos via planos de saúde, desde que se tenha como prioridade o um a um dos pacientes e as questões fundamentais ao tratamento analítico, operando a transferência, temporalidade e desejo do analista, a fim de que os sujeitos que se põem a falar diante de nós, tenham uma outra relação com isso que denominam de mal-estar.

Aqui, psicanalisar se opõe à homogenização das angústias humanas e aos reducionismos científicos propostos pela política da felicidade, apostando que “o sintoma que se endereça ao analista na entrada em análise não é o mesmo sintoma quando se sai dela, após terem sido atravessadas as repetições próprias ao desenrolar do tratamento” (LAURENT, 2007, p. 8)⁴³. Por meio da aplicação da psicanálise à terapêutica, observou-se que a prática com planos de saúde não impossibilita que os efeitos esperados de uma análise ocorram (DIAS; MARÇOLA, 2018)⁴⁴, ainda que haja impasses a serem considerados.

Sob a perspectiva daquilo que resiste nesta lógica das instituições de saúde, daquilo que pode oferecer barreiras à análise, ressaltou-se a pertinência da experiência clínica do analista, em sua relação de gozo com os planos de saúde: as interferências e resistências relacionadas a direção do tratamento, resultam das (con)fusões egoicas e, dos equívocos éticos e técnicos no manejo da transferência por parte do analista, sendo razoável supor que as urgências contemporâneas também podem ser esmagadoras à sua experiência subjetiva.

Isto posto, infere-se que os planos de saúde e os demais determinantes institucionais e simbólicos – como, o dinheiro e gozo – têm alguma inscrição sobre o eu do analista, tanto quanto o do paciente, enfraquecendo sua função de objeto *a*, isto é, sua forma de se colocar na interpretação e escuta na clínica. Quando as angústias subjetivas do analista prevalecem, há a dissolução do discurso da psicanálise nos outros discursos dominantes, onde a relação de prazer e desprazer

43 LAURENT, Éric. *A sociedade do sintoma - a psicanálise, hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007, p.7-9; 91-125.

44 DIAS, Aline A., S.; MARÇOLA, Maria. A. PSICANÁLISE E PLANOS DE SAÚDE: A QUE PREÇO? A expansão da Psicanálise a usuários dos planos de saúde. *Revista Vórtice de Psicanálise*, São Paulo, p. 8-19, jun. 2016.

no trabalho cria um “semblante de analista”, uma caricatura distante da ética do desejo.

Tão logo, os impasses na prática podem ser contornados na medida em que o analista se autoriza à análise, engajando-se no tratamento como função e conduzindo os aspectos contratransferenciais na relação analítica: é fundamental discernir que a ética da psicanálise não é uma mera especulação que cai sob a ordem e domínio da prestação de serviços. Ela implica, propriamente falando, o encontro do analista com o tempo lógico do inconsciente e sofrimento de seus pacientes, onde não há garantias de cura.

Para dizer de outro modo, os atendimentos clínicos via planos de saúde não inibem a aplicação da psicanálise nesse contexto – o método psicanalítico pode ser manejado de acordo com a função do analista, desde que ele esteja advertido dos fundamentos aplicados na sua própria formação (supervisão e estudos continuados) e análise pessoal. Se a interferência institucional das operadoras de saúde for pouco impactante (ordem do interdito) ao analista e a análise, é possível que se conduza uma psicanálise conveniada aos planos de saúde, abrindo-se espaço para um dispositivo que tenha em seu horizonte o saber-fazer de uma clínica psicanalítica em extensão, na cidade e nas políticas de saúde.

REFERÊNCIAS DAS FONTES CITADAS

BRASIL. **Guia de orientação: psicologia e saúde suplementar**. 1 ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia – CFP, 2019.

BROUSSE, Marie-Hélène. Três pontos de ancoragem. In: **Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano, Pertinências da Psicanálise Aplicada**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007, p. 22-26.

DIAS, Aline, A., S.; MARÇOLA, Maria A. Psicanálise e Planos de Saúde: a que preço? - a expansão da psicanálise a usuários de planos de saúde. **Revista Vórtice de Psicanálise**, São Paulo, p. 8-19, jun. 2016

DUNKER, Christian, I., L. Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos contemporâneos no Brasil. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 94-111, mar. 2004.

GARCEZ, Marcele, M. Novas urgências sociais: a psicanálise e o plano de saúde. **Psicologia & foco**, Aracaju, Faculdade Pio Décimo, v. 3, n.2, p. 87-95, jul./dez., 2009.

GUÉGUEN, Pierre-Gilles. Quatro pontuações sobre a psicanálise aplicada. In: **Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano, Pertinências da Psicanálise Aplicada**, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007, p. 17-21.

LACAN, Jacques. (1972/73) **O Seminário, Livro 20: Mais ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985, p. 9-23.

_____. (1969/70) **O Seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. (1962/63) **O Seminário, Livro 10: A angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. (1960/61) **O Seminário, Livro 8: A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. (1958) A direção do tratamento e o princípio do seu poder. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1975) **O Seminário, Livro 1: Os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

LANDI, Elizabeth., C.; CHATELARD, Daniela., S. O lugar do analista e a ética do desejo. **Tempo psicanalítico**, v. 47, n. 2, p. 156-170, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010148382015000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 de junho de 2022.

LAURENT, Éric. **A sociedade do sintoma - a psicanálise, hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007, p.7-9; 91-125.

MACHADO, Zilda. Da angústia ao desejo do analista. **Reverso**, v. 30, n. 56, p. 35-40, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010273952008000200004. Acesso em 20 de junho de 2022.

PIRES, Sonia. **Psicanálise e Planos de Saúde**. 1ª ed. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2014.

RAPHAEL, Jacqueline, K., D. Psicanálise e convênio: uma parceria possível?. **Cogito**, Salvador, v. 6, p. 95-97, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151994792004000100022&lng=pt&nrm=iso. Acesso 20 de junho de 2022.

RAVASIO, Marcele, H. Alteridade e psicanálise: as modalidades de *outro* em Lacan. **Barbarói**, Universidade de Santa Catarina do Sul, v. 46, n.1, p.153-165, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i46.8670>. Acesso 20 de junho de 2022.

SANTANA, Ana Flávia de S. **A noção de saúde complementar no Brasil: uma leitura apoiada na teorização lacaniana dos discursos**. Dissertação (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

SANTOS, Lúcia G. dos; FERRARI, Ilka. F. A psicanálise aplicada à terapêutica: uma perspectiva histórica. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, v. 9, n.17, p.19-42, nov. 2013/jan.2014. Disponível em: www.isepol.com/asephallus. Acesso em 01 de agosto de 2023.