

In Formação

Boletim da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia

01

Editorial

03

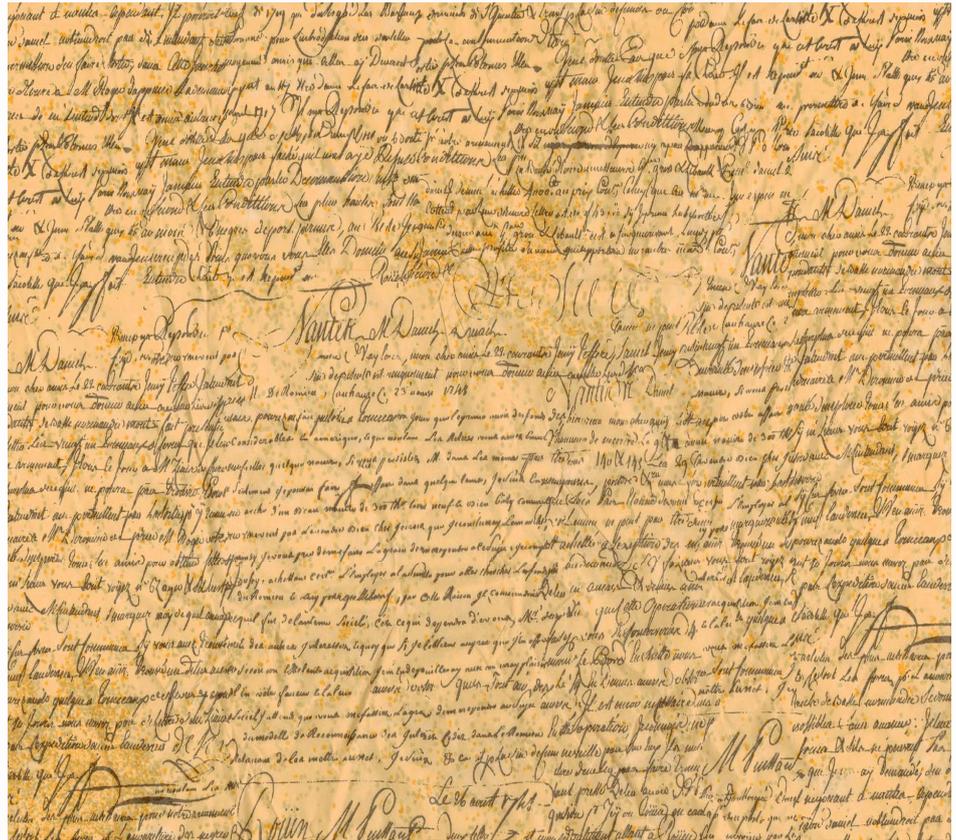
A Clínica Psicanalítica e o Tempo na Contemporaneidade

05

Primeiras experiências clínicas: aprendizados e questionamentos

06

Interrogações sobre “encerramentos” inerentes à prática clínica na universidade



Escritas da Clínica



Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia
UFSM

O presente número do Boletim (In)Formação apresenta produções escritas dos integrantes da CEIP, advindo(a)s de participações em eventos durante o segundo semestre de 2012. O primeiro artigo recorta a fala de uma das supervisoras da clínica, durante o V Noites de Psicologia, organizado pelos acadêmicos do curso de psicologia da UFSM, realizado em setembro; o segundo escrito é uma adaptação textual do trabalho apresentado pelas estagiárias da CEIP no evento Falas da Clínica, na UNIJUÍ, em outubro; por fim, o último artigo foi elaborado em decorrência da participação das estagiárias na III Jornada da CEIP, que ocorreu em novembro e cujo tema foi Clínica na Universidade. Consideramos estas produções pertinentes na medida em que se lançam ao olhar da alteridade, subsidiando momentos de relações interinstitucionais. Tais trocas fomentam o trabalho clínico e contribuem para ressignificações de nossas práticas.

Equipe da Clínica em 2012:
um coordenador geral, duas coordenadoras técnicas equatorze estagiários do curso de Psicologia – UFSM, além de dois bolsistas.

COORDENAÇÃO GERAL

Luís Fernando Lofrano de Oliveira

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Aline Bedin Jordão
Amanda Schreiner Pereira

ESTAGIÁRIOS

Anelise Schaurich dos Santos
Anselmo Gardim Azevedo
Ariadini de Andrade dos Santos
Caroline Matos Romio
Edinara Zanatta
Gabriela Barbosa de Lima
Gabriela Zuchetto
Jessica Vaz Lima
Juliana Flores Campos
Larissa Wagner Leal
Letícia Reguelin Comazzetto
Marina Zanella Delatorre
Mônica Angonese
Rafaela Quintana Marchesan

BOLSISTAS

Alice Krebs Teles
Giovani Piccini

REALIZAÇÃO

Aline Bedin Jordão
Amanda Schreiner Pereira
Ariadini de Andrade dos Santos
Caroline Matos Romio
Marina Zanella Delatorre

EQUIPE DE REVISÃO

Luís Fernando Lofrano de Oliveira (coordenação geral da Clínica)
Aline Bedin Jordão e Amanda Schreiner Pereira
(coordenação técnica da Clínica)

Contato

Rua Floriano Peixoto, 1750 – térreo do Prédio de Apoio da UFSM (antigo Hospital Universitário)
Santa Maria-RS CEP 97015-372
Telefone: (55) 3220-9229
E-mail da secretaria: ufsmceip@gmail.com
Site: <http://www.ufsm.br/ceip>

Horário de Funcionamento

De segunda a sexta-feira
Manhã: 8h às 12h
Tarde: 13h30min às 17h30min

A Clínica Psicanalítica e o Tempo na Contemporaneidade

Amanda Schreiner Pereira

O que me fez frente ao contemporâneo foi o fato de, no encontro com muitas pessoas, ser citada a escassez do tempo. Duas frases em geral me chamaram a atenção “Não tenho tempo” (a pessoa desapropriada de tempo, o tempo substancializado, como algo o qual poderíamos possuir) e “Não dá tempo”, “Que bom se o dia tivesse mais que 24hs” uma insuficiência cronológica que me parece muito contemporânea. Para falar a vocês deixo de lado a física do tempo, retiro da pós-modernidade: a volatilidade, a efemeridade (tudo passa rápido demais). É certo que nossa relação com o tempo não é mais a mesma de outrora, mas de que relação se trata?

Na clínica psicanalítica, o tempo cronológico poderia soar estranho, uma vez a afirmação freudiana de que o inconsciente é atemporal, ou seja, o inconsciente tem uma lógica que não é a temporal cronológica. Freud expôs isto desde seus primeiros escritos.

O que entendemos com inconsciente atemporal? Que pouco nos importa se determinado evento aconteceu há dez, cinco ou um ano atrás, o evento de cinco anos pode estar mais presente que o de um, ou não. Mas não apenas isto: esta presença, Freud alertava, não é uma presença fidedigna, é uma presença mutilada pela infidelidade de memória. Quando trata da lembrança dos sonhos como falseada, inexata, diz que, na tentativa de reproduzi-lo produz-se material novo, para ele o sonho manifesto nunca será fidedigno ao sonho latente. Então, não é que as coisas estejam perdidas no tempo e que tenhamos que resgatá-las, como muitos crêm fazer a técnica psicanalítica, é que a lógica do tempo não se aplica mesmo.

Deixa eu tentar situar um pouco melhor, para tanto vou usufruir do conceito freudiano de posterioridade, não é o acontecimento em si que tem ação traumática, há um segundo tempo em que ela se realiza. Lembro de Hans (se é que é possível bem lembrar), que ao sofrer a ameaça de castração (“Ihe corto o pinto”) isto

não lhe faz questão, todavia, num tempo posterior, em que o complexo de castração já está presente no menino, tal ameaça eclode e faz sintoma. Ou seja, não é o fato em si, mas algo do processo psíquico. Processo aqui estrutural.

Penso que caibam pontuações sobre diacronia e sincronia, sobre evolução e estruturação, sobre a relação entre o tempo de evolução e a constituição psíquica. A evolução envolve uma possibilidade cronológica, por exemplo: um bebê de quatro meses ainda não tem condições de mastigação e por isto não pode comer a comida de adultos, da mesma forma, ainda não produz sons plenamente compatíveis à fala das crianças ou dos adultos, ele balbucia. Todavia, num tempo posterior, mesmo com condições evolutivas para a fala, parece só poder falar em nome próprio se houve ali suposição de sujeito. Ele fala se um Outro lhe permitiu tanto acesso ao simbólico quanto precipitou em suas produções vocais algo conotativo, por isto o “mama” pronunciado uma primeira vez, pode tornar-se “mamãe”, entramos aqui em um campo estrutural, um campo que pode nos definir estruturas clínicas (para direcionar a clínica), mesmo que hipoteticamente (uma hipótese estrutural), é a este campo que me refiro enquanto processo.

Nesta ideia de um processo não falamos de sucessão temporal – como no campo evolutivo, de um tempo lógico e previsível, como: “com 1 mês reage a sons, com 2 meses vocaliza agu e arru, com quatro meses responde com sons”. Falamos de um processo lógico que configura inscrições. Então, podemos ter o processo lógico: (1) circuito pulsional, (2) estágio do espelho, (3) complexo de Édipo e estes momentos do processo podem se dar em muitos tempos – não precisamente em tal idade cronológica. Podemos observar que, com frequência, os tempos diacrônicos são “mexidos” pela questão sincrônica: uma criança não investida de

significantes pode não falar nada aos três anos de idade. Deste modo, o eixo sincrônico e o diacrônico se relacionam. O tempo lógico e o cronológico (instrumental) se conjugam. Assim, nós psicanalistas não estamos cindidos da temporalidade.

Temos até aqui duas ideias em psicanálise onde o tempo nos interessa na clínica: a relação entre a diacronia e a sincronia e a questão da posteridade. Quanto a esta última, podemos ainda citar os efeitos de nossas pontuações no discurso dos pacientes como efeitos só-depois. Nossas questões com o tempo não se tratam de medidas como às vezes nos fazem parecer algumas pontuações sobre a Psicanálise hoje. Quanto à medida, penso ser importante a divisão que Bernardino (2004), no livro *Psicoses não-decidas na infância*, situa sobre o tempo. Ela relaciona o tempo com os registros lacanianos Real, Imaginário e Simbólico. Diz que podemos tomar como real o tempo inapreensível; como imaginário, a particularidade do tempo, ou seja, a noção de tempo para cada sujeito, noção geralmente adjetivada (por exemplo: “hoje o dia foi curto!”) e como simbólico o tempo representado (em dias, meses, anos) seria esta possibilidade que temos nós falantes imersos na linguagem de convencionarmos uma medida para o tempo. Parece que através desta convenção, desta ordenação, temos sido questionados quanto à efetividade da clínica psicanalítica, como por exemplo, quando nos afirmam que para determinados diagnósticos, como a fobia, a clínica psicanalítica não serve ou que a própria psicanálise está ultrapassada, não serve mais, uma vez que poucos estão disponíveis para ficar tanto tempo em tratamento.

O que encontro na clínica? Encontro sim perguntas: quanto tempo vai demorar o tratamento? Me lembro de Freud (1913/1976) no texto sobre o início do tratamento: vai durar mais do que o paciente espera, não temos como precisar que tempo leva, pois não temos como medir o passo do caminhante. Diz Freud *“Uma pergunta importuna que o paciente faz ao médico, no início, é: ‘Quanto tempo durará o tratamento? De quanto tempo o senhor precisará para aliviar-me de meu*

problema?’... Nossa resposta assemelha-se à resposta dada pelo Filósofo ao Caminhante: Quando o caminhante perguntou quanto tempo teria de jornada, o Filósofo simplesmente respondeu ‘Caminha!’ e justificou sua resposta aparentemente inútil, com o pretexto de que precisava saber a amplitude do passo do Caminhante antes de lhe poder dizer quanto tempo a viagem duraria. Este expediente auxilia-nos a superar as primeiras dificuldades, mas a comparação não é boa, pois o neurótico pode facilmente alterar o passo e, às vezes, fazer apenas progresso muito lento. Na verdade, a pergunta relativa à duração provável de um tratamento é quase irrespondível.” O que me chama a atenção é que há exatos 100 anos atrás uma publicação já salientava a pergunta pelo tempo, o paciente solicitando ao analista. Então não creio que a urgência esteja somente relacionada ao pós-contemporâneo, mas também me parece que ela está atrelada ao sofrimento sintomático: isto em qualquer tempo.

Amparada nisto, penso nos efeitos da escuta clínica como o que subverte esta questão. Uma vez escutados, os pacientes muitas vezes querem mais tempo ou criam o sentido de rapidez à sessão sinalizando: *“já acabou?”* Em dados ignoram a pergunta inicial: *“bah, nem parece que estou aqui há um ano”*. Me parece que a psicanálise produz este efeito retroativo e não pré-colocado. Também penso que muitas análises tenham como efeito o “sujeito com tempo”, com tempo para implicar-se com o que é da ordem do seu desejo.

REFERÊNCIAS

BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. *Psicoses não-decidas na infância: um estudo psicanalítico*. SP: Casa do Psicólogo, 2004.

FREUD, Sigmund. (1913) Sobre o início do tratamento. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

¹Texto adaptado do trabalho apresentado no V Noites de Psicologia (UFSM).

²Psicanalista. Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana (UFSM), Especialista em Atendimento Clínico: Ênfase em Psicanálise (UFRGS). Membro APPOA. Psicóloga e Supervisora da CEIP.

Primeiras experiências clínicas: aprendizados e questionamentos

Jéssica Vaz Lima e Letícia Reghelin Comazzetto

Antes de tudo, a própria escolha pelo título desse trabalho já se encarrega de esclarecer a nossa proposta. Proposta essa, que surge em meio a diversas dúvidas, anseios e inquietações de duas estagiárias em suas primeiras experiências clínicas, em uma clínica na Universidade.

Nossa procura pela clínica e por essa experiência, logo para nosso primeiro ano de estágio, certamente não foi uma decisão fácil e rápida de ser tomada, quanto menos certa e absoluta. Ambas, depois de três anos em sala de aula, algumas experiências extracurriculares e alguma inclinação para outras especialidades dentro da (vasta) psicologia, por algum motivo, decidem colocar sua busca por um olhar e uma experiência de escuta clínica, frente às outras possibilidades de experiência nas demais áreas.

Esse motivo, o qual não conhecíamos bem no momento dessa escolha, fomos descobrindo e conhecendo ao passo em que se iniciaram as primeiras triagens, em que fomos discutindo os primeiros casos, em que começaram - de fato - os primeiros estudos sobre a teoria da clínica psicanalítica, e principalmente, ao nos depararmos com as primeiras vivências de clínica, dessa vez, do outro lado, de um outro lugar. Um lugar que não é de aluno, nem de acadêmico, nem de analisando. E na tentativa de nomear qual é esse lugar, é que já nos deparamos com um dos primeiros questionamentos. Que lugar é esse?

Acreditando que não deveríamos sair da academia sem uma experiência clínica, chegamos à CEIP movidas por uma busca e um propósito de conhecer, de poder escutar e de, de poder fazer algo pelo sujeito que procura pelo serviço. E então nos deparamos com nossos primeiros pacientes, as primeiras escutas, as primeiras sessões, as primeiras demandas, as queixas, as possibilidades e as impossibilidades. Encontramos realidades psíquicas diversas

conforme fomos nos permitindo lançamos um olhar além, na tentativa de descolar o sujeito de preconceitos e rótulos. Calligaris (2004) recomenda, no livro “Cartas a um jovem terapeuta”, que uma das características esperadas para quem quiser se tornar um psicoterapeuta seria a de “ter um gosto pronunciado pela palavra e um carinho espontâneo pelas pessoas, por diferentes que sejam de você”.

Crianças, adolescentes e adultos, homens ou mulheres, pais, mães, filhos, irmãos, avôs e avós, cada um que chega ao serviço, traz sua singularidade e, com isso, exige um terapeuta singular, num lugar único. Ao longo dessa experiência fomos aos poucos nos encorajando a assumir um “jeito clínico”, uma postura de conduzir os atendimentos e de saber fazer. Esse estilo clínico não é simples e não vem só. A possibilidade de permissão traz consigo um tom de cobrança, de avaliação e de frustração. Nos cobramos na medida em que sentimos que estamos sendo avaliados, seja pelo próprio paciente, pela supervisão, pelo meio acadêmico e principalmente por nós mesmos. Nos frustramos quando julgamos ter agido precipitadamente, ou quando deixamos aquela importante brecha passar batida, ou quando não conseguimos ver efeito algum daquilo que produzimos. Inevitavelmente, buscamos uma espécie de aprovação, uma maneira de ver se o nosso trabalho está no sentido correto e se está provocando um resultado para quem procurou a nossa ajuda.

Nessa busca retomamos o que elucidamos anteriormente: que cada paciente é único e traz à clínica sua singularidade. Nesse contexto, percebemos o quanto é desafiador desvendar e descobrir aos poucos os limites de cada um desses pacientes, e também os nossos. Descobrir que cada um de nós tem seu tempo, seu tempo de ação, de resposta, de resultado. E em meio a nossa prática a questão do tempo aparece, nos

angustiado por uma espera de efeitos e resultados, tanto para o tratamento do paciente, quando para nós, em nossa experiência de estágio.

E nesses momentos em que paramos para questionar o nosso fazer, é que encontramos importantes elementos que nos ajudam a dar conta desses anseios, e seguir sustentando a nossa prática clínica. Em supervisão, contamos com um espaço acolhedor de nossas angústias. Aqui, nos vimos pensando o que seria da condução dos nossos casos clínicos se nunca os tivéssemos compartilhado com um terceiro? Considerando esse terceiro, num lugar de experiência, de saber e implicação.

Desse terceiro também fazem parte, certamente, os colegas estagiários, que em situações diárias do nosso fazer clínico são os que acolhem nossas inquietações e nos compreendem, simplesmente por compartilhar desse mesmo lugar, nos fazendo perceber, assim, o quanto essa prática não se esgota por si só. Nesses momentos é que também vemos o quanto são importantes e essenciais nossas análises pessoais.

Contudo, ao passo que nos aproximamos do final da nossa primeira experiência clínica, aparecerá preocupações e questões relacionadas com o destino dos pacientes e nos vimos aflitos pensando no encaminhamento do nosso trabalho, que, na maioria das vezes, começou a produzir efeitos. Pensamos que a gratidão, a confirmação e o dito resultado podem aparecer sim, mas de uma forma singular para cada um, terapeutas iniciantes confirmando o quanto as primeiras experiências clínicas e o primeiro estágio podem ter sido válidos e determinantes.

Algumas impressões que nos marcaram nesta experiência de estágio em clínica acabaram se confirmando na medida em fomos produzindo a escrita deste trabalho. Aprendizados que certamente se farão notar em uma próxima experiência, que nos deixaram mais preparadas para confrontar outros futuros encontros com a psicologia, seja ela desta clínica ou não. Principalmente, os questionamentos feitos ao longo do exercício clínico, que ainda não cessaram e acreditamos não terem um fim, pois pensamos que a clínica se produz destes

questionamentos, ainda que alguns desses possam ser respondidos, e outros tantos venham a continuar sem respostas.

REFERÊNCIA

CALLIGARIS, Contardo. Cartas a um jovem terapeuta. RJ: Elsevier Editora Ltda, 2004.

Interrogações sobre “encerramentos” inerentes à prática clínica na universidade

Ariadini de Andrade, Caroline Matos Romio, Gabriela Zuchetto e Marina Zanella Delatorre

A clínica na universidade é um local de estudo, pesquisa e prática, e se propõe a ser um ponto de intersecção entre universidade e comunidade. É na clínica na universidade que nós, futuros psicólogos, obtemos nossas primeiras experiências práticas. No entanto, esse local também nos convoca, em seu encerramento, a ocuparmos uma nova posição. O encerramento, porém, não se deve apenas ao nosso estágio, mas está relacionado ao encerramento de nossa experiência acadêmica, e possibilita o início de nossa atividade enquanto profissionais. O termo encerramento é aqui utilizado para designar algumas das múltiplas finalizações, conclusões e fechamentos que estão atrelados às primeiras experiências clínicas.

O estudo e interesse pela psicanálise são centrais em nossa escolha pela realização do estágio de conclusão do curso de Psicologia na Clínica. O que nos gera questões, visto que é fato que as universidades mobilizam nos estudantes a suposição da existência de um saber que pode ser acumulado e que antecede a prática. Enquanto que, a psicanálise, conforme salientam Pinheiro e Darriba (2010), se define pela sustentação de algo irreduzível ao saber, que passa a ser parcial e não precede a clínica. O que nos produz a questão: o que nos transmite a clínica e como ela se relaciona com o processo de ensinamento que ocorre na universidade?

A clínica na universidade possibilita a realização e também o questionamento da prática clínica, em um ambiente capaz de

sustentar nossas primeiras atuações. Essa sustentação se dá através das supervisões, construções e discussões de caso e estudos teóricos. Outra peculiaridade é o prazo de encerramento dos atendimentos pelo estagiário, previamente estabelecido pelo calendário acadêmico.

Como se dá esse encerramento que não é do tratamento em si, e sim do estagiário? E quando o tratamento terá continuidade com outro estagiário-terapeuta, estamos falando de continuidade ou de recomeço?

Para além desta reflexão, como salienta Marcos (2011), *“quais são os efeitos terapêuticos produzidos neste período? como a psicanálise pode lidar com estas demandas cuja resposta institucional inclui o tempo limitado, o face a face e, até mesmo, a isenção do pagamento?”* Nos questionamos ainda, quais os manejos possíveis frente ao encerramento dos atendimentos?

O processo de encerramento nessas condições é um processo que marca a diferença entre o estudante da universidade e o profissional na clínica. O estudante é então convocado a conduzir clinicamente a situação. A fala de uma paciente nos remete diretamente a esse ponto. Em sua última sessão na clínica, ela fala que durante seu tratamento foi atendida por diferentes pessoas, no entanto, a atual teria sido aquela que teria a acompanhado por mais tempo na clínica. Ela pergunta se a estagiária-terapeuta estaria se formando ao final do ano e ao ouvir um “sim”, a paciente traz a seguinte questão: *“Tu não vai mais ser estagiária aqui. Tu vai ser terapeuta aonde? Onde posso te encontrar”*. O discurso dessa paciente sublinha a passagem do estagiário ao terapeuta.

Essa condição faz com que busquemos possíveis resoluções, frequentemente perpassadas por nossas angústias com o processo de encerramento dos atendimentos. Uma dessas possibilidades é o encaminhamento, nos casos em que é indicada a continuidade do atendimento com outro estagiário no próximo ano. Por vezes, há a busca por uma finalização sem sobras, como se fosse possível. Há também suposições de que a

saída do estagiário levará à significação de abandono para o paciente, significação esta que talvez precise ser mesmo vivenciada, e, em alguma medida, elaborada.

Freud nos coloca em *Análise Terminável e Interminável*, de 1937, que *“a experiência nos ensinou que a terapia psicanalítica – a libertação de alguém de seus sintomas, inibições e anormalidades de caráter neurótico – é um assunto que consome tempo”*. As tentativas do próprio Freud de acelerar o tempo da análise se revelaram sem sucesso. No caso que ficou conhecido como o *Homem dos Lobos*, Freud (1914[1918]) houve um tempo de tratamento que ficou estipulado ao paciente. Tratava-se de um fator de manejo clínico, e não de uma proposta de terapêutica breve. Isso leva a uma outra questão: há possibilidade de levar uma análise a tal término? Disso decorre a ideia de análise interminável, colocada por Freud, devido às inconstâncias da vida, e da impossibilidade da psicanálise exercer papel profilático.

Final, o que dá indicativos para o fim de um tratamento clínico em psicanálise? É sabido que não se trabalha com a dimensão de cura para as ditas psicopatologias, o que daria a ideia de clínica médica, em que doenças e sintomas precisam ser tiradas de cena. Na tentativa de se fazer uma escuta clínica com leitura psicanalítica o termo “alta”, tão comumente utilizado como um encerramento possível, parece resultar inadequado. A “alta” ocorre quando alguém decide pela finalização de um trabalho, ou de um tratamento. Neste caso, o alguém é sempre o profissional (médico, psicólogo, etc). A origem etimológica da expressão “dar alta” é que esta se usa em oposição a “dar baixa”, quando a pessoa é admitida ao hospital.

Entendemos que há uma vasta discussão a respeito de finalizações em análises e tratamentos psicológicos, e nisso pretendemos problematizar as peculiaridades concernentes aos encerramentos em uma clínica na universidade, enquanto estudantes-estagiárias-psicoterapeutas. A vinheta clínica a seguir expressa uma dessas questões quanto aos encerramentos. Após sete meses de atendimento, é abordado o tema do

encerramento, retomando as queixas motivadoras da procura pela clínica. A estagiária menciona a possibilidade de retorno, caso surjam novas demandas. A paciente então questiona como retornaria ao serviço. Teria de esperar abrirem vagas e passar pelas entrevistas iniciais novamente ou não? A estagiária responde que sim, e então paciente solicita que o atendimento prossiga em sessões quinzenais ou mensais, para que se sinta mais segura em se desvincular da clínica.

A partir disso, questionamo-nos a respeito do quanto realmente há esta abertura para o retorno do paciente, no atendimento clínico na universidade. Diferentemente do que acontece em consultórios particulares, não há “portas abertas” para este retorno, diante de uma eventual necessidade. Além disso, não há nenhuma garantia de que o antigo estagiário estará disponível para este atendimento.

Pensamos ser importante refletir a respeito das perdas, das possibilidades, dos atravessamentos institucionais que tais encerramentos acarretam. Quais dispositivos clínicos poderiam facilitar tais processos, tornando cada experiência de fato singular e demarcando nossa prática clínica?

Pensando nessas questões, nos reportamos a uma outra vinheta clínica. Após seis meses de atendimento, uma mulher de 24 anos vinha à clínica impreterivelmente em seu horário semanal, começa a faltar com bastante frequência. Quando retorna, demonstra indisponibilidade sobre questões que haviam lhe movimentado, e novamente se ausenta. Então, retorna novamente dizendo que não virá mais ao atendimento, pois sente-se melhor. Apesar disso, coloca como única possibilidade retorno a continuidade do tratamento com a estagiária em questão, formanda. Interroga a estagiária sobre a possibilidade de prosseguir o tratamento em uma clínica particular no próximo ano, pois sabe que estará formada. A estagiária, não podendo oferecer a ela essa possibilidade, indica nomes de outros terapeutas, o que é negado pela paciente. Para além de qualquer espécie de transferência possível

com a estagiária, as questões que ficam são, em que momento o limite de tempo colocou-se em foco nesse atendimento? Como manejar pacientes que demandam a formação e manutenção de um vínculo para a superação de seus conflitos?

Além das questões referentes aos encerramentos dos tratamentos, também coexistem as angústias referentes ao encerramento do curso de graduação. Com o início da vida profissional, somos responsáveis pelos saberes que buscamos e pela posição que ocupamos. Teremos de aprender a responder de outro lugar, o qual a clínica na universidade nos possibilitou experimentar. Resta a questão: De que forma e de que formas encerramos nosso percurso na CEIP, visto que esta prática esteve atrelada a uma determinada formação, mas também toca a cada um singularmente?

REFERÊNCIAS

- FREUD, S. (1937). Análise terminável e interminável. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição Standard Brasileira, Vol. XXIII)
- FREUD, S. (1918[1914]). História de uma neurose infantil. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição Standard Brasileira, Vol. XVII)
- MARCOS, C.M. Reflexões sobre a clínica-escola, a psicanálise e sua transmissão. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2011.
- PINHEIRO, N. B.; DARRIBA, V. A. A clínica psicanalítica na universidade: reflexões a partir do trabalho de supervisão. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2010.