

O ato clínico de recepção e triagem

Maria Lúcia de Moraes Borges Calderoni

Pensar o trabalho de recepção e triagem de pacientes na instituição como *ato clínico* nos remete tanto a uma interrogação sobre o fazer psicanalítico no âmbito institucional quanto à questão de se e quando aceitar um paciente em análise.

“A primeira entrevista com o psicanalista é antes de tudo um encontro com o nosso próprio eu, um eu que procura sair da falsidade. O analista está presente para devolver ao sujeito, como dádiva, a sua (própria) verdade.”

Maud Mannoni

A delimitação de um momento denominado *recepção e/ou triagem* dentro dos atendimentos psicoterápicos realizados em uma instituição é fato tido quase como ‘natural’ no funcionamento das clínicas psicológicas e congêneres, ainda que os modos nos quais esse momento se constitui possam variar muitíssimo de um local para outro.

Ao participar enquanto psicanalista de um trabalho desse teor, penso que faz sentido colocar algumas questões: o que a psicanálise tem a propor a respeito? Estamos fazendo psicanálise ao receber pacientes para ‘triá-los’ para um futuro atendimento com outrem? Como a escuta psicanalítica nos instrumenta para esse propósito?

Uma primeira resposta nos remete ao sentido mesmo deste texto. Faz parte do fazer psicanalítico o questionamento contínuo do sentido do próprio trabalho, não importa se no âmbito institucional ou no consultório, não importa se dentro ou não das consignas de uma psicanálise tradicional. Creio que essa postura questionadora é, mais do que útil, imprescindível na nossa prática cotidiana, e desde esse lugar a psicanálise tem muito a contribuir.

Maria Lúcia de Moraes Borges Calderoni é psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae e coordenadora de equipe clínica da Clínica Psicológica da mesma instituição. A autora agradece aos colegas da Clínica, e especialmente a Cleuza Pavan, Luciana Cartocci e Nayra Ganhito, pelo auxílio imprescindível para o formato final desse texto.

Entretanto, como essas questões não estão aqui colocadas somente de um ponto de vista teórico, mas encarnadas em uma experiência institucional concreta, convém situá-la rapidamente.

A triagem e a recepção do ponto de vista da instituição

Em 1994, no bojo de uma grande reformulação de seu trabalho, a Clínica Psicológica do Sedes contratou uma equipe para fazer a recepção e triagem dos pacientes. Esta contratação foi considerada o primeiro passo em direção a uma grande transformação desejada, qual seja, a transformação de uma clínica-escola - cujo principal foco se situava na formação do aluno-psicoterapeuta - em uma clínica de serviços, na qual a prioridade deveria ser um atendimento de boa qualidade centrado nas necessidades de seus usuários.¹

Toda instituição de atendimento psicológico tende a conformar a demanda de seu usuário às suas próprias concepções de tratamento, de saúde, de doença mental.

Assinalamos uma marca importante deste trabalho: 'constituir-se como o primeiro passo de uma mudança', perguntamos pelo seu sentido e, com a intenção de pensar o que um psicanalista tem para contribuir em tal situação, situamos esta questão de dois pontos de vista - o da instituição e o do tratamento psicoterápico de um determinado paciente.

Esse modo de formular a questão se baseia em uma concepção segundo a qual a instituição - em geral, não só a Clínica do Sedes - funciona como um *corpo que atua para além dos seus agentes*, ou seja, nunca existe uma unidade perfeita entre o discurso institucional manifesto e o trabalho efetivamente realizado. Dito de outra forma: a instituição - desde a sua estrutura mais geral de funcionamento - produz efeitos que ultrapassam os resultados da soma dos trabalhos realizados no seu interior.

É a partir desse referencial que ganha sentido fazer a discriminação entre o que a instituição almeja com esse trabalho de triagem e recepção e o sentido que esse momento pode ter para cada tratamento psicoterápico particular.

No que diz respeito ao viés institucional, uma primeira resposta, como o próprio nome 'triagem' diz, pode ser: *a instituição quer colocar os limites do que pode ou não*

receber, ainda que na prática esses limites se construam em parte, no próprio ato de recebimento dos pacientes. Aí adentramos em um terreno fascinante e polêmico, que é o de 'construir' demandas (ou adequá-las) para o trabalho que temos a oferecer. Se é verdade que essa questão perpassa qualquer trabalho clínico, não há dúvida de que se coloca de forma especialmente

presente nos atendimentos psicoterápicos que acontecem no âmbito institucional. Toda instituição de atendimento psicológico, de forma mais ou menos explícita, tende a conformar a demanda de seus usuários de acordo com suas próprias concepções de tratamento, de saúde e doença mental. No caso específico da Clínica do Sedes esta característica se mantém, ainda que esta instituição tenha muita dificuldade em fazer estas delimitações para si própria. Dificuldade que, por outro lado, parece ser inerente a todo trabalho deste tipo.

Para além da experiência em tela, acredito, baseada em anos de experiência de trabalho em instituições, que um dos lugares onde se presentificam os sintomas institucionais e onde os conflitos aparecem da maneira mais gritante é a 'porta de entrada'; lugar *entre* o dentro e o fora da instituição, lugar de mediação entre a *clientela* e o *serviço prestado*. Como veremos, essa posição *entre* é privilegiada para detectar as contradições entre as metas institucionais e a sua prática efetiva.

De qualquer forma, a falta de clareza quanto aos critérios institucionais para decidir pela aceitação ou recusa de um paciente, assim como o fato dos recursos clínicos disponíveis constituírem um mapa complexo, mutante e não raro desconhecido pelos próprios agentes institucionais, torna a tarefa de recepção e triagem árdua e, por vezes, no limite do impossível. No mínimo, questiona a realização de tal trabalho por profissionais diferentes daqueles que irão realizar os atendimentos psicoterápicos.

Essas reflexões tornam inevitável a pergunta: 'quais são os critérios para decidir pela aceitação ou recusa de um paciente?' Critérios que os profissionais encarregados de tal trabalho deveriam - teoricamente - ter claros, com vistas a bem cumprir este primeiro objetivo da instituição de 'selecionar', 'separar'.

Mas também 'critérios' que, mesmo quando não explicitados, subjazem ao nosso fazer clínico cotidiano e nos remetem a questões sobre os limites de nossa potência clínica. Se e quando aceitar um paciente em análise, eis um problema que se recoloca a cada primeira entrevista e sobre o qual acredito que muito tem a ser dito.

Em um texto denominado 'Ensaio de categorização da entrevista'², Bleger nos conta que numa certa época a Associação Psicanalítica Argentina se propôs, com o intuito de cumprir uma função social, a atender a preços módicos pacientes que estivessem dentro das seguintes condições:

1) pacientes com problemáticas ou estruturas não graves, ou seja, que não apresentassem clinicamente 'perversões, psicoses, psicopatias' e que pudessem se beneficiar de um ano de tratamento psicanalítico - difícil é imaginar como se pode saber disso *a priori*;

2) pacientes sem muitos recursos econômicos ;

3) pessoas cujo trabalho envolvesse contato com outros seres humanos - professores, enfermeiros - objetivando-se com isso que esse 'um ano de psicanálise' ajudasse também, ainda que indiretamente, essas pessoas com as quais o paciente tivesse contato profissional.

Não estou citando essa experiência para discutí-la, mas para pensar a questão dos critérios. Ainda que questionável, temos aí um crivo a partir do qual a triagem dos pacientes era realizada.

Atualmente, na Clínica do Sedes, não se tem critérios claramente definidos. Desde o momento em que a resposta a esta pergunta deixou de ser simples ou unicamente 'os carentes de recursos financeiros para custear um tratamento particular', o que existe é a clareza de que a definição de uma população-alvo é urgente e importante. Parece que tal decisão, porém, vem sendo em parte protelada exatamente pelas

dificuldades que implica. Vejamos a experiência argentina: a população-alvo é, teoricamente, definida de modo claro. Porém, na prática, como decidir em algumas entrevistas que fulano vai se beneficiar de um ano de psicanálise, enquanto beltrano não? E mesmo 'o diagnóstico de estrutura', pensado por alguns analistas lacanianos como função das entrevistas preliminares, será que pode ser alçado ao nível de um critério de aceitação ou recusa? Via de regra, após o processo de recepção dos pacientes, os triadores fazem suas hipóteses diagnósticas e chegam, pelo menos, a uma primeira definição mais genérica do tipo: 'neurótico', 'neuróti-

Suspeito que essas questões em parte se mantenham, mesmo após a definição de uma população-alvo, mesmo quando a instituição puder ter maior clareza de seu próprio projeto de inserção no campo da Saúde Mental (*neste momento, nesta cidade, neste contexto sócio-político-econômico*). Felizmente, as pessoas resistem a 'se encaixar' em critérios pré-estabelecidos, ou em outras palavras, a clínica nos confronta o tempo todo com as nossas tentativas de classificação. Possivelmente aí esteja uma das razões pelas quais esse tipo de dificuldade é inerente ao nosso trabalho.

Voltemos aos objetivos da instituição com relação a esse momen-

Felizmente, as pessoas resistem a se encaixar em critérios pré-estabelecidos: a clínica nos confronta o tempo todo com nossas tentativas de classificação.

co grave', 'psicótico', etc. Evidentemente, este tipo de hipótese funciona como norteador dos encaminhamentos possíveis. Ainda assim, o que ocorre em certa medida é que a falta de critérios, a ambigüidade da instituição a esse respeito, acabam por ter um aspecto de abertura. Não ter que fazer de nossas hipóteses algo tão poderoso e tão decisivo para o destino institucional de cada paciente acaba por dar mais liberdade nesse trabalho de primeira escuta. Ainda que existam situações nas quais uma delimitação mais precisa por parte da instituição seria extremamente bem-vinda, pois resolveria conflitos que de outro modo ficam sob a responsabilidade da decisão pessoal dos triadores.

to de recepção e triagem. Podemos, grosso modo, falar de mais duas metas: *informar* os pacientes sobre o funcionamento da instituição na qual pretendem se tratar, e *formalizar* a sua entrada na Clínica: a partir do primeiro encontro de triagem, o mandatário do serviço passa a ter um prontuário, um número, seu nome passa a constar no computador como 'paciente ativo'.

É interessante notar o quanto esse momento da entrada na instituição fica marcado - para a instituição e para o paciente - como algo separado e diferente do tratamento psicoterápico buscado. É como se fosse uma espécie de 'ritual de entrada ou passagem'. Resta ver com que efeitos para os pacientes.

Alguns analistas se perguntam sobre o sentido de separar as chamadas 'entrevistas preliminares' do tratamento psicanalítico propriamente dito. Se é verdade que entre uma relação analítica e os outros tipos de relações humanas há um corte indiscutível, é necessário pensar se o mesmo pode ser dito no que diz respeito às primeiras entrevistas e o processo de análise.

Reflexão que também cabe na instituição, sobre o sentido de separar o atendimento de um paciente em um momento de recepção e triagem e um segundo momento de tratamento propriamente dito. Seria possível cumprir os objetivos institucionais descritos a partir do próprio atendimento realizado, desde o primeiro momento, pelos psicoterapeutas que irão se encarregar dos diversos casos? Em relação à realidade desta experiência concreta, uma resposta se coloca rapidamente: se os atendimentos, até muito recentemente, eram realizados por profissionais que não pertenciam à própria Clínica, mas sim aos cursos de especialização, então esta deveria manter um conjunto de profissionais contratados para efetuar formalmente a entrada do paciente e com isso possibilitar alguma organização dos serviços prestados. Aqui, o 'ritual de entrada' ganha importância quase que estritamente do ponto de vista do funcionamento institucional. Contudo, a situação é bem mais complexa.

Do ponto de vista do tratamento psicoterápico - ou do ponto de vista do paciente - pode-se formular objetivos fundamentalmente clínicos para esse trabalho: o momento da recepção serve para receber o futuro paciente da 'melhor forma possível', o que significa abrir um espaço de acolhimento para o seu sofrimento, propiciando um bom início de vínculo com a instituição; serve para 'afinar' a sua demanda, ou para ajudar a constituir uma demanda mal formulada ou inexistente. Ou ainda, antes disso, para de-

tectar se existe tal demanda (ou alguma condição para que se constitua, ou seja, *o paciente traz alguma questão a seu próprio respeito, coloca-se algum enigma, se angustia?*) e se existem condições para um atendimento psicoterápico ou psicanalítico. Serve também para um primeiro diagnóstico (com que objetivo?), assim como para definir, entre variados recursos psicoterápicos, qual o mais indicado para um paciente em particular.

A palavra *preliminar*
supõe que as
primeiras entrevistas
estejam sempre
preliminares a algo.

A partir de tanta 'serventia', muito pode ser perguntado. Por exemplo, que relação mantém a indicação de um ou outro recurso - psicoterapia em grupo ou individual, por exemplo - com as hipóteses diagnósticas que se formulam nestes primeiros encontros? Até onde deve e pode ir esse primeiro momento da relação do paciente com a instituição? O que esse momento tem o poder de determinar do ponto de vista do futuro atendimento pretendido? Em suma, no que consiste de fato (e com que efeitos) essa 'porta de entrada', lugar simultânea e paradoxalmente na borda e no centro da vida institucional?

'Primeiras entrevistas' e 'entrevistas preliminares'

Triagem e recepção: parece que os objetivos da instituição centram-se primordialmente no primeiro termo, numa dimensão mais organizativa e controladora³, enquanto do ponto de vista do atendimento do paciente o que importa mais é o modo pelo qual se dá a *passagem* por esta 'porta de entrada'. Porque é mesmo um lugar de passagem, no qual o paciente não permanecerá. Pode ser uma passagem meramente burocrática marcada somente por preenchimentos de formulários e informações. Pode não ser. É nessa dimensão clínica, não-burocrática, que a psicanálise pode nos dar contribuições sobre o sentido e importância dessas primeiras entrevistas.

Aponto que não é ingênua a escolha da expressão 'primeiras entrevistas'. Por vezes se encontra, nos escritos psicanalíticos sobre o tema, a expressão 'entrevistas preliminares'. A palavra 'preliminar' implica a suposição de que as primeiras entrevistas sejam sempre 'preliminares' a algo (à análise propriamente dita ou à psicoterapia, à demanda da análise ou ao surgimento da transferência etc). No entanto, esse momento pode ser, ao contrário, exatamente aquele no qual se detecta que um tratamento psicoterápico ou psicanalítico não é possível ou desejável. Nunca é demais lembrar que o atendimento psicoterápico não é uma panacéia universal para todos os males, e que a psicanálise (ou qualquer outra linha psicoterápica) não detém o privilégio da cura do sofrimento psíquico humano.

Na realidade, acredito que as primeiras entrevistas podem ou não ser o momento preliminar a qualquer tipo de encaminhamento futuro, e muitas vezes já propiciam em si mesmas um resultado terapêutico. É desejável que não sejam tomadas pelo entrevistador, *a priori*, como algo que obrigatoriamente vai an-

teceder um acontecimento futuro. Em algumas situações, esses primeiros contatos podem, inclusive, ser um 'acontecimento' do ponto de vista deleuziano.

Nessa concepção filosófica, esse termo designa uma 'irrupção', portanto da ordem do acaso. É através do *acontecimento* que se pode ter acesso ao *real* ou dito de outra forma, o acontecimento é a *irrupção do real* enquanto uma *ruptura com o campo da repetição*⁴. Opera-se aqui com uma dimensão do real como possível de apresentação e apreensão, e portanto, com uma dimensão diferente da concepção kantiana para o qual o real é impossível de ser apreendido e aproxima-se do conceito de '*das Ding ein Sich*', isto é, 'da coisa em si' que é inatingível. Neste contexto pode-se ter acesso somente ao fenômeno que é aquilo que 'aparece' enquanto *representação* da 'coisa em si'. Já, "nessas concepções mais atuais da filosofia e da ciência, ... um real pode ser dito como aquilo que se introduz na 'realidade' produzindo nesta uma ruptura e instaurando a possibilidade de novos acontecimentos"⁵.

É nesse sentido de se estar 'aberto' para a irrupção do novo, do inesperado, do que o acaso pode trazer como um 'fora do script' que entendo uma posição desejável do terapeuta nas primeiras entrevistas, posição que, ao não definir *a priori* que seu trabalho é sempre preliminar a outro, abre o campo de escuta *inclusive para a possibilidade deste momento ter um sentido em si mesmo*, independente de sua continuidade.

Enfim, uma primeira escuta não obrigatoriamente antecedente ao que quer que seja pode também ter o sentido de não cooperar com a construção de falsas demandas psicoterápicas na hipótese absurda - e no entanto, com a qual atuamos muito freqüentemente - de que todos aqueles que procuram uma Clínica Psicológica (ou o nosso con-

sultório!) podem e devem se beneficiar de um atendimento nos moldes dos recursos que temos para oferecer.

A dimensão clínica das primeiras entrevistas

Françoise Dolto⁶ nos ensina o que não se deve fazer na primeira entrevista: dar opiniões ou conselhos, influenciar, moralizar, estimular, agir com as suas palavras como se fosse um medicamento, sugerir, enfim acrescentar 'um novo dizer'. A especificidade do analista no primeiro contato com o paciente (ao contrário do médico, do educador etc) *é a sua escuta e a sua receptividade*. Tal escuta é especial, diferente das outras, porque faz com que o discurso do entrevistado se modifique, adquira um sentido novo aos seus próprios ouvidos. Isso ocorre porque aquele que ouve clinicamente "não dá razão nem a retira; sem emitir juízo, escuta"⁷. Essa maneira de escutar ao não responder no nível manifesto do sintoma, remete o entrevistado à sua própria verdade.

Nos primeiros encontros, não são os sintomas, sejam aparentemente positivos ou negativos, graves ou não, que importam primordialmente; também não é a angústia ou a queixa, mas o que tudo isso significa para aquele que está exprimindo através dessas manifestações "o sentido fundamental da sua dinâmica assim presentificada..."⁸

Compartilho do pensamento de que a função essencial das primeiras entrevistas é permitir que a angústia, o sofrimento e o pedido de ajuda sejam como que *deslocados* para uma questão pessoal específica do sujeito, questão que o remete ao seu próprio desejo. Ainda que fique a dúvida se é possível atingir tal objetivo nos primeiros encontros com o paciente, a possibilidade desta transformação só pode ser obtida através de uma es-

cuta atenta e de uma não-resposta direta à demanda, a qual costuma tomar a forma de um pedido para que atuemos para solucionar o sintoma e acalmar a angústia.

A especificidade do analista no primeiro contato com o paciente é a sua escuta e a sua receptividade.

Pensando de outro ponto de vista, porém, os primeiros contatos com o paciente servem também para se saber se a pessoa é ou não um candidato a um tratamento psicoterápico (psicanalítico ou não), e aí retomamos a função diagnóstica desse momento. Seja para decidir sobre a possibilidade de tratamento, seja para que se saiba um pouco melhor 'onde vamos nos meter'. Ou ainda para saber, ao menos um pouco, para onde uma análise ou uma psicoterapia podem conduzir o paciente. Esta última questão diz respeito a uma ética, como nos diz Serge Cottet⁹. Devemos nos perguntar antes de aceitar um paciente, ou seja, nas entrevistas iniciais: para onde o tratamento vai levar o paciente? O que ele tem para superar? a partir do tipo de atendimento que se tem para oferecer, o que pode ocorrer com o seu sintoma - será reforçado, tenderá a desaparecer?

São questões que dentro da psicanálise, supõem uma base teórica segundo a qual um tratamento analítico pode, para algumas pessoas, não somente não ser benéfi-

co, mas também prejudicial. Embora aqueles que se encaixem numa ou noutra categoria variem conforme a concepção teórica. Aceitar ou não psicóticos em análise, por exemplo, é questão polêmica até mesmo no interior da mesma abordagem teórica, como no caso dos lacanianos entre os quais existem aqueles que não aceitam psicóticos para análise, enquanto por outro lado, existem os que trabalham com psicóticos e justificam teoricamente tal opção.

Considero relevante esse tipo de questão, ainda que por vezes me pareça que estas concepções tendam a colocar de forma quase onipotente nas mãos do analista o poder de decisão quanto à possibilidade, necessidade ou desejabilidade de um tratamento. Por outro lado, pode-se pensar que cada analista define a 'analísibilidade' de um determinado paciente a partir de sua própria capacidade de análise (capacidade ou condição de possibilidade de análise daquele analista em relação àquele específico paciente). Portanto, tal decisão deve ser mesmo sempre da responsabilidade do profissional.¹⁰

Agora: se, no trabalho de consultório, a decisão de aceitar ou não um determinado paciente para análise, psicoterapia ou simples entrevistas cabe ao psicoterapeuta, não é assustador pensar que na instituição pode-se viver (e vive-se) a situação de receber um paciente triado por outrem e que se é, a princípio, obrigado a atender? Esta situação recoloca o problema da recepção dos pacientes ser feita por quem não vai seguir o atendimento, e que traz para esse trabalho um peso e uma responsabilidade incomensuráveis.

No limite, se fica claro que diferentes perspectivas teóricas propõem critérios que podem ser até opostos para aceitar um paciente para tratamento, como lidar com isso em uma instituição onde convivem múltiplas abordagens e onde

a recepção é geralmente efetuada por um profissional de linha teórica diversa daquele para o qual o caso será encaminhado?

Conta-se¹¹ que Freud não fazia entrevistas preliminares ou iniciais. Propunha uma espécie de período de ensaio. Ou seja, colocava imediatamente os pacientes no divã e lhes comunicava a regra do jogo. Depois de pouco tempo, se tal procedimento não resultava em uma análise, suspendia os encontros.

Conta-se que Freud
não fazia entrevistas
preliminares ou iniciais:
propunha um período
de ensaio.

Outra maneira de encarar esse momento, segundo Suzanne Hommel¹², é dedicá-lo particularmente a propiciar que o paciente descubra que o drama no qual vive não é somente causado por causas exteriores. Em outras palavras, o sujeito não é somente uma vítima, ele mesmo constrói a sua forma de estar no mundo e nas relações, ainda que não conscientemente. Em suma, num certo nível, seu drama existencial provém de si mesmo, não como alguém que tenha tomado uma decisão, mas como um "*sujeito inconsciente arrastado por algo que o supera*"¹³. Idéia que a clínica confirma o tempo todo: quem não consegue se implicar no próprio sofrimento não permanece em tratamento psicoterápico, psicanalítico ou não. Aliás, o trabalho na instituição permite uma visão privilegiada nesse sentido.

Enfim, o analista está presente na primeira entrevista, não para trazer soluções, mas para permitir ao entrevistado que sua questão se formule e para remeter essa questão melhor formulada ao próprio sujeito.

Acredito que a escuta psicanalítica instrumenta o profissional que efetua a recepção dos pacientes, seja na instituição ou não. Ainda que os problemas da separação entre esta etapa e o atendimento propriamente dito possam não se resolver por completo, creio que uma recepção nestes moldes, enquanto *ato clínico*, subverte a dicotomia entre esses dois momentos, possibilitando que o paciente inicie seu tratamento psicoterápico com um posicionamento diferente daquele no qual, num primeiro momento, chegou à instituição.

Dito com outras palavras, a prática confirma que as primeiras entrevistas constituem esse momento delicado e fundamental, onde, *se uma escuta clínica pôde ocorrer*, pôde se dar um encontro deste 'paciente em potencial' consigo mesmo, ou melhor, um encontro com um 'outro em si que se ignora'.

Quando alguém solicita auxílio psicoterápico, há uma busca de um 'outro' - seja o psicoterapeuta no seu consultório ou uma instituição - o qual se supõe *saber* algo do seu sofrimento e *poder* tratá-lo. A escuta que não dá soluções, mas remete aquele que sofre a esse 'ignorado de si mesmo', possibilita uma primeira mudança de sua posição em relação à determinação deste sofrimento e em relação à sua própria expectativa do que esse 'outro' buscado pode lhe dar. Essa mudança de lugar implica uma postura menos passiva do sujeito em relação à sua queixa ou sintoma, que assim se tornam uma questão que lhe diz respeito, não mais como vítima, mas como sujeito ativo em seu próprio drama. Certamente, não se pode afirmar que esses objetivos sejam sempre alcançáveis em primeiras

entrevistas, podendo mesmo constituir o efeito de anos de trabalho analítico. Ainda que seja como primeiro passo porém, uma guinada nesta direção pode e deve ser o resultado esperável dessa primeira escuta.

A delimitação do tempo da primeira escuta

Mas como delimitar esse *momento particular*, que vai desde o instante em que a pessoa se encontra com o terapeuta pela primeira vez até aquele no qual começa, de fato, o seu tratamento psicoterápico?

Do ponto de vista psicanalítico, por vezes se diz que essa delimitação se dá pelo advento da transferência; por vezes, que o analista só pode considerar a possibilidade de uma análise após compreender a demanda inconsciente que lhe é dirigida. As entrevistas iniciais seriam então o tempo para esta compreensão, assim como o tempo propiciador da transferência que torna a relação analítica possível.

Transportemos estas questões para o âmbito institucional, lembrando que entre esse *momento particular* e o tratamento propriamente dito existe uma descontinuidade diversa daquela que ocorre no consultório do psicanalista. O paciente que procura uma clínica psicológica, ainda que tenha em maior ou menor grau uma 'pré-transferência' com a instituição escolhida, tende a fazer um primeiro vínculo transferencial com o agente institucional que o recebeu em primeiro lugar.

“Receber’ essa fala em sofrimento, então, não seria justamente não se furtar a ocupar esse lugar (transferencial)? Não é a partir daí que se pode ‘acolher’ um pedido de auxílio ao mesmo tempo que se apresenta o caráter da implicação que a instituição pretende frente a essa demanda?”¹⁴

Certamente, a ocupação deste

lugar é imprescindível e mesmo inevitável. Mas, se esse movimento é necessário, deve ser feito também um outro, que permita ao paciente remeter a si mesmo e à sua questão para ‘*um lugar de futuro processamento*’¹⁵ que é o atendimento psicoterápico.

uma interpretação propiciadora de uma abertura do/ em direção ao inconsciente, esse ‘ignorado de si’, mas também interpretação que leva em conta que as questões suscitadas terão um outro tempo/espaço de elaboração. E por fim, que não ignora que existem neste trabalho

O paciente que procura uma clínica psicológica
tende a fazer um primeiro vínculo
transferencial com o agente institucional
que o recebeu.

Esse tempo/lugar de passagem - a recepção e triagem - se constitui em um ‘ocupar/desocupar’ uma posição, em um ‘acolher/remeter para’, em um ‘*entre*’ a queixa inicial e a formulação mais clara de uma demanda, ou um ‘*entre*’ o paciente e o seu tratamento psicoterápico que acaba por ter o poder de facilitar, obstaculizar ou até impedir um percurso institucional futuro.

Nas palavras felizes de uma triadora, o que pode ter esse papel facilitador, propiciador de um futuro atendimento psicoterápico profícuo “é a postura relé do triador que recebe e remete as questões para outro lugar e tempo de elaboração, que aceita a transferência e que permite que ela continue se transferindo...”¹⁶

Em suma, o trabalho de recepção e triagem enquanto *ato clínico* é aquele no qual, a partir de uma escuta clínica sustentada por um lugar transferencial, o terapeuta acolhe aquele que chega em sofrimento e o seu pedido de ajuda sem responder diretamente à queixa manifesta, mas devolvendo-a modificada ao sujeito. Devolução que supõe

dimensões informativas, diagnósticas, “triadoras” mesmo; mas que não precisam necessariamente trazer a marca de um burocratismo que se contrapõe a uma postura de ‘escuta receptiva’ e a uma atividade clínico-interpretativa.

As transformações ocorridas na instituição

Na experiência concreta objeto de nossa reflexão, ou seja, o trabalho de recepção e triagem realizado na Clínica do Sedes entre 1994 e 1997, a constituição desse momento enquanto *ato possibilitador* de transformação teve o sentido não só de remeter o paciente a si mesmo, à sua questão re-formulada e ao atendimento futuro assim re-significado - mas também, e de forma mais fundamental do ponto de vista do funcionamento institucional, teve o efeito inusitado de questionar profundamente o tipo de clínica que se fazia nesse tempo posterior. Esse *ato clínico* trouxe consigo a explicitação de que o ‘tempo de processamento futuro’ na verdade

processava muito pouco, e não garantia a continuidade do fazer clínico posto em movimento nas primeiras entrevistas.

Já se assinalou que a contratação de profissionais para realizar uma recepção e triagem cuidadosa, desburocratizada e que levasse em conta principalmente a necessidade do usuário da Clínica do Sedes foi o 'primeiro passo' de uma transformação mais ampla. O que não se podia saber *a priori* é que esse 'primeiro passo' viria a ocupar um lugar de visualização de um funcionamento institucional paradoxal onde a atividade clínica dos triadores, em vez de primeira etapa, constituía-se, muito freqüentemente, na *única* etapa na qual a clínica se fazia presente nos atendimentos.

A constatação da freqüente descontinuidade entre esse 'primeiro momento' e o 'atendimento futuro' foi se dando, seja porque, a partir do interesse particular que um ou outro caso despertava, os triadores procuraram acompanhar esses percursos institucionais 'pós' recepção e triagem, seja porque os próprios pacientes procuravam aqueles que os receberam pela primeira vez, cobrando um atendimento para o qual haviam sido remetidos no final dessa primeira etapa. De qualquer forma, foi ficando claro que não havia sentido manter essa delicada 'escuta clínica' sem a garantia de sua continuidade, necessária para a grande maioria dos casos atendidos.

Em grande parte como consequência de tais constatações, atualmente não se tem mais uma equipe encarregada exclusivamente da recepção e triagem. Entre diversas formas de trabalho hoje existentes na Clínica do Sedes, constituíram-se *equipes clínicas* formadas por profissionais com variados tipos de inserção institucional (coordenadores de equipe, estagiários, etc) nas quais se pretende que os atendimentos, incluindo a primeira recepção

e escuta dos pacientes, ocorram de forma menos cindida e, por conseguinte, com maiores possibilidades de continuidade.¹⁷

Atualmente não se tem mais uma equipe encarregada exclusivamente da recepção e triagem.

Concluindo, seja pelo fato do lugar profissional de 'porteiro' favorecer a visualização das questões, conflitos e sintomas da instituição, seja pelo fato de este lugar ter sido ocupado por quem teve condições de escutar para além do discurso institucional manifesto, o fato é que talvez o ato clínico mais efetivo que essa escuta pôde propiciar tenha sido o apontamento de uma dicotomia muito conhecida, e que, acredito, insiste enquanto sintoma das instituições 'psi'. Trata-se da dicotomia entre o *saber* - cursos, supervisores, lugar teórico da clínica - e o *fazer* - Clínica, alunos-terapeutas, lugar burocrático e administrativo montado de forma a 'servir' ao 'saber' sem poder se apropriar do mesmo. Dicotomia que absolutamente não se resolve 'por decreto', ou seja, por um discurso institucional de que uma clínica-escola *deve* se transformar em um clínica de serviços, que o paciente e suas necessidades *são* mais importantes que as necessidades de formação dos alunos.

A leitura institucional, possibilitada em grande parte a partir da experiência vivida pela equipe de triagem, encontrou entre os trabalhadores da Clínica terreno fértil para refletir e questionar a estrutura existente. Sem deixar de apontar o fato de que esse questionamento também ocorreu desde outros lugares de inserção na Clínica, a possibilidade da instituição se colocar como *permeável* aos apontamentos feitos por ocasião da avaliação do primeiro ano deste trabalho propiciou uma profunda revisão de sua estrutura de funcionamento. Esta revisão está ainda em curso, porém mostra a potencialidade transformadora do fazer clínico, seja no âmbito do tratamento analítico individual, seja no âmbito da instituição. ■

NOTAS

1. A diferença entre o que estamos aqui denominando *clínica-escola* e *clínica de serviços* remete a questões sobre as quais este texto não vai se debruçar. Para maior clareza sobre o projeto de transformação da Clínica, três textos podem ser consultados: 'Novo Projeto para a Clínica Psicológica do Instituto Sedes' 1994, "Uma Clínica Psicológica para este final de Século", (1996) e; "Por que a Clínica do Sedes Sapientiae mudou?". Os primeiros encontram-se disponíveis na Biblioteca Madre Cristina no Instituto Sedes e o último foi publicado no Boletim do Departamento de Psicanálise de 02/98.
2. J. Bleger, *Temas de Psicologia, entrevistas e grupos*, São Paulo, Martins Fontes, 1989.
3. Poderíamos dizer talvez que aí se evidencia uma dimensão 'disciplinar' inerente às instituições?
4. A. de S. Lima e C. Pavan, *Pulsões, uma orquestração psicanalítica no compasso entre o corpo e o objeto*, Petrópolis, Vozes, 1995.
5. A. de S. Lima e C. Pavan, op.cit, p. 50.
6. F. Dolto, "Prefácio" a M. Mannoni, *A primeira entrevista em Psicanálise*, Rio de Janeiro, Campus, 1981.
7. F. Dolto, op. cit., p. 11.
8. F. Dolto, op. cit., p. 12.
9. S. Cottet, "Las entrevistas preliminares. Mesa Redonda" in G. Clastres et alii, *Acto e Interpretación*, Buenos Aires, Ediciones Manantial, 1984.
10. Devo essa idéia a Luciana Cartocci.
11. D. Silvestre, "Las entrevistas preliminares. Mesa Redonda", op. cit.
12. S. Hommel, "Las entrevistas preliminares. Mesa Redonda", op. cit.
13. S. Hommel, op. cit., p.106.
14. N. Ganhito, "Relatório de Triagem de Adultos", texto integrante do *Relatório Anual do Setor de Recepção e Triagem da Clínica Psicológica do Sedes - Setembro de 1995*. Esse relatório encontra-se disponível na Secretaria da Clínica.
15. N. Ganhito, op. cit.
16. L. Cartocci, "Relatório de Triagem de Adultos", op. cit.
17. Mais detalhes podem ser vistos no texto citado "Por que a Clínica do Sedes mudou?"