**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

JULIANA FALCHETE MARTINS PRADO

O psicanalista na saúde pública: uma prática do trabalho em equipe.

São Paulo
2016

JULIANA FALCHETE MARTINS PRADO

O psicanalista na saúde pública: uma prática do trabalho em equipe.

(Versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Léia Prizskulnik

São Paulo

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Prado, Juliana Falchete Martins.

O psicanalista na saúde pública: uma prática do trabalho em equipe / Juliana Falchete Martins Prado; orientadora Léia Prizskulnik. -- São Paulo, 2016.

123 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanalista 2. Saúde pública 3. Sistema Único de Saúde - SUS 4 Freud, Sigmund, 1856-1939 5. Lacan, Jacques-Marie Émile, 1901-1981 I. Título.

RC504

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Prado, Juliana Falchete Martins.

Título: O Psicanalista na Saúde Pública: uma prática do trabalho em equipe.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Aos meus pais, Aparecida e Antonio, professores e pesquisadores da vida; à minha irmã, Renata, fonte infinita de inspiração; ao Diego, companheiro e incentivador leal que suportou este caminho comigo; à Professora Léia, por tornar possível este trabalho/ponte.

AGRADECIMENTOS

Enquanto houver você[s] do outro lado, aqui do outro eu consigo me orientar.
O teatro mágico

Deixo meu agradecimento a todas as pessoas que, de diversas formas, foram importantes e presentes na jornada do Mestrado. Aos professores do Programa de Mestrado em Psicologia Clínica, Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano e, também, do Mestrado em Saúde Pública, pela interlocução com minha pesquisa, pela atenção dispensada e por proporcionar tantas experiências de construção e troca de conhecimento durante todo o período do curso.

Em particular, à Professora Léia Prizskulnik, minha orientadora, por responder ao meu primeiro e-mail, sem nem me conhecer e, por abrir as portas para esta experiência de mestrado. Gratidão pela confiança depositada, por sua disponibilidade, visão astuta e, principalmente, por sua escuta/superaudição interessada, que me orientou, supervisionou e dirigiu nos momentos em que eu mais precisei. Sua superaudição psicanalítica, além de nortear, captou o que eu estava buscando nesta experiência, possibilitou a construção deste trabalho em conjunto e, especialmente, contribuiu para a minha formação enquanto profissional da Saúde Pública.

Às Professoras Sônia Friedrich e Eliana Herzberg, pela gentileza de participarem da Banca e contribuirem com este trabalho.

Aos meus amigos da UFMS, da minha cidade natal, do meu trabalho, do ballet, que, ao longo de meu caminho contribuíram como incentivadores e inspiradores, não apenas neste mestrado, gratidão. Em especial, à Marcia Neder, minha orientadora na Graduação, que proporcionou meu primeiro encantamento pela Psicanálise.

Por fim, à minha família, obrigada pelo suporte, pela origem de tudo e por fazer valer a pena.

A consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quanto o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também, elas não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade....Tais tratamentos serão gratuitos.

Sigmund Freud

RESUMO

Prado, J. F. M. (2016). O Psicanalista na Saúde Pública: uma prática do trabalho em equipe. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A atuação do psicanalista na Saúde Pública tem sido foco de algumas pesquisas, porém, há um destaque para o trabalho realizado dentro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Hospitais. Este trabalho objetiva investigar e discutir sobre a inserção do psicanalista no campo da Saúde Pública, no que toca sua prática em equipe de saúde na Atenção Básica (AB), especificamente atuando no matriciamento, em uma cidade próxima à capital de São Paulo. Escolhemos uma cidade menor, interiorana, com objetivo de contribuir com os profissionais destas cidades e produzir conhecimento desvinculado das grandes capitais. A partir das contribuições psicanalíticas, de Freud e Lacan, buscamos refletir acerca do lugar e da prática da Psicanálise alinhada à produção científica de conhecimento, aprofundando alguns pressupostos necessários para isso, tais como a formação em Psicanálise, as diferenças entre as formações do psicanalista e do médico, o analista cidadão, a necessidade de dominar a clínica psicanalítica e buscar as interlocuções com as outras linguagens e áreas de saber para poder atuar em equipe. Para tanto, utilizamos a pesquisa qualitativa, através da apresentação de um estudo de caso único, que possibilitou o aprofundamento necessário dos dados. Optamos por ouvir, em entrevistas, um profissional com maior tempo de formação, possibilitando o testemunho de suas experiências. A pesquisa de campo foi realizada em uma cidade interiorana onde a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) está em formação e algumas iniciativas de matriciamento estão sendo realizadas. A condução e análise das entrevistas foram orientadas através do referencial teórico freud-lacaniano. Elencamos, na análise e discussão, três temas centrais: a) Formação; b) Práxis e; c) Matriciamento. A partir da narrativa do psicanalista entrevistado (chamamos de Psi) apontamos o que de seu discurso condiz com as publicações teóricas e especializadas e o que não condiz, indicando alguns aspectos do que ocorre na lida diária. Destacamos dois pontos importantes: a necessidade de conhecer, dominar, conseguir se comunicar, a partir da linguagem predominante entre os trabalhadores da Saúde Pública, que é a linguagem médica/psiquiátrica, e, ao mesmo tempo, se afastar para a construção do lugar do analista na equipe, não esquecendo que a construção desse lugar é um processo constante e; a diferença, ainda não completamente compreendida, entre Psicologia e Psicanálise. Finalizamos refletindo que, apesar dos entraves encontrados, a Psicanálise pode contribuir para este vasto campo de atuação. Para tanto, é necessário, analistas com formação sólida, compondo as equipes de AB e de apoio matricial, rompendo com as práticas engessadas e com ideias enraizadas, buscando alternativas para que a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) seja ouvida em seu sofrimento.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanalista, Saúde Pública, Sistema Único de Saúde - SUS, Freud, Lacan.

ABSTRACT

Prado, J. F. M. (2016). The Psychoanalyst in Public Health: a practice of teamwork. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The role of the Psychoanalysis in Public Health has been the focus of some research, however, there is an emphasis on the work done within the Centers for Psychosocial Care (Centros de Atenção Psicossocial, CAPS) and Hospitals. This study aims to investigate and discuss the inclusion of the psychoanalyst in the field of Public Health, regarding his practice in health care team in Primary Care (Atenção Básica, AB), specifically acting on matricial in a city close to the capital of São Paulo. We chose a smaller city, provincial, in order to contribute to the professionals of these cities and produce unlinked knowledge of the great capitals. From the psychoanalytical contributions of Freud and Lacan, we reflect about the place and Psychoanalysis practice in line with scientific knowledge production, deepening some necessary conditions for this, such as training in Psychoanalysis, the differences between the analyst and physician's training, citizen analyst, the need to master the psychoanalytic clinic and seek the dialogues with other languages and areas of knowledge to be able to act as a team. Therefore, we use qualitative research through the presentation of a single case study, which allowed the necessary deepening of the data. We chose to hear in interviews, a professional with more training time, allowing the testimony of his experiences. The field research was conducted in a provincial town where the Psychosocial Care Network (Rede de Atenção Psicossocial, RAPS) is in training and some matricial initiatives are being developed. The conduct and analysis of the interviews were guided by the theoretical Freudian-Lacanian. We listed, in the analysis and discussion, three central themes: a) Training; b) Praxis and; c) Matricial. From the interviewed psychoanalyst narrative (called Psi) we pointed out which of his speech is consistent with the theoretical and specialized publications and which is not consistent, indicating some aspects of what occurs in daily deals. We highlight two important points: the need to know, master, be able to communicate, from the predominant language among workers of Public Health, which is the medical/psychiatric language, and at the same time, get away for the construction of the place of analyst on the team, not forgetting that the construction of this place is a constant process and; the difference, not yet fully understood, between Psychology and Psychoanalysis. We finalized reflecting that despite the obstacles faced, the Psychoanalysis can contribute to this vast field of action. Therefore, it is necessary, analysts with solid training, composing teams of AB and matrix support, breaking with the old practices and rooted ideas, seeking alternatives to the user population of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) to be heard in their suffering.

KEYWORDS: Psychoanalyst, Public Health, Unified Health System - SUS, Freud, Lacan.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Rede de Atenção Psicossocial.....	21
FIGURA 2 – Rede de Atenção à Saúde e respectivas DRS e Regiões de Saúde.....	23
FIGURA 3 – Rede Regional de Atenção à Saúde RRAS 02 e respectiva Região de Saúde e Municípios.....	24

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CCAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPH-USP	Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos da USP
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional das Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COHRED	Council on Health Research for Development
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAD	Educação Aberta e à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
GFAR	Global Fórum for Health Research
IMS-UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPA	Federação Psicanalítica Internacional
MEC	Ministério da Educação
MGMH	Global Mental Health
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS/PSF	Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família

PDVS	Plano Diretor da Vigilância Sanitária
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PS	Pronto Socorro
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
SBPSP	Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo
SNVS	Sistema Nacional da Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade Saúde da Família
VS	Vigilância Sanitária
WONCA	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DA PESQUISA.....	19
3. CAMINHOS QUE LEVAM À PESQUISA NO CAMPO DA PSICANÁLISE E DA SAÚDE PÚBLICA.....	28
4. A PESQUISA NO CAMPO DA PSICANÁLISE E DA SAÚDE PÚBLICA COMO FORMA DE TRANSMISSÃO E CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO.....	39
5. O PSICANALISTA NA SAÚDE PÚBLICA.....	43
5.1- O PSICANALISTA: ASPECTOS NECESSÁRIOS E IMPORTANTES PARA O TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA.....	43
5.2- O PSICANALISTA E O TRABALHO EM EQUIPE DE SAÚDE.....	65
6. AVANÇOS NECESSÁRIOS: PESQUISA DE CAMPO.....	70
6.1- A RELEVÂNCIA DA PESQUISA DE CAMPO.....	70
6.2- METODOLOGIA.....	71
6.3- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	74
6.4- QUANDO NÃO HÁ ESPAÇO PARA A PESQUISA DE CAMPO.....	75
6.5- A PESQUISA DE CAMPO: ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	76
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
8. REFERÊNCIAS.....	106
9. ANEXO.....	121

1. INTRODUÇÃO

Freud, em 1919, apontou um grande desafio que a Psicanálise enfrentaria no futuro: ser acessível aos pobres. A inserção de psicanalistas na Saúde Pública vem de encontro com esta previsão/desafio de Freud, se constituindo um campo vasto para a atuação. Para tanto, as balizas psicanalíticas precisam ser respeitadas, porém, os limites impostos por paredes/salas/muros e práticas engessadas, devem ser ultrapassados.

Por diversas vezes, a Psicanálise recebeu as críticas em relação ao seu alcance, eficiência e valor como terapêutica. O modelo hegemônico de consultório particular foi constantemente reproduzido em nome de uma Psicanálise “standard”, alimentando estas críticas, porém, com as novas configurações dos serviços de Saúde Pública, decorrentes da reforma psiquiátrica e da reorganização da Saúde Mental, através dos serviços substitutivos e, para poder oferecer escuta ao sofrimento humano, é necessário avançar.

Como Couto (2008) aponta, “a criação de espaços onde a prática institucional possa ser pensada e posta em questão, é de fundamental importância para o avanço do debate entre Psicanálise e Saúde Mental” (p. 136), assim, o presente trabalho foi construído como um espaço de investigação e reflexão acerca da prática da Psicanálise na Saúde Pública.

A partir da percepção de que é possível a intersecção entre Psicanálise e Saúde Pública, buscamos investigar e discutir sobre a inserção do psicanalista no campo da Saúde Pública, atuando na Atenção Básica (AB) a partir da experiência em equipe de apoio matricial (será explicado mais adiante), numa cidade interiorana próxima à São Paulo. Propomos como objetivos específicos investigar e refletir sobre a contribuição da Psicanálise para o atendimento da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS); discutir os possíveis caminhos da inserção do psicanalista na Saúde Pública e sua necessária formação e; refletir sobre os desafios do trabalho do psicanalista que atua em equipe de apoio matricial.

O interesse em focar a AB surgiu devido à diminuta produção científica neste campo e, também, devido aos esforços do Ministério da Saúde em fortalecer as ações de promoção e prevenção de saúde na AB, incluindo a Saúde Mental. A escolha por uma cidade do interior vem de encontro com nosso objetivo de contribuir com os profissionais que estão fora das capitais e que enfrentam em seu cotidiano, uma realidade diferente dos grandes centros brasileiros.

Ao buscarmos pesquisas que abordam o tema da Psicanálise na Saúde Pública

realizamos uma incursão histórica da Psicanálise no Brasil e consideramos importante trazer alguns apontamentos. A Psicanálise no Brasil tem sua história fortemente ligada à psiquiatria, os primeiros registros sobre a introdução das ideias psicanalíticas no país datam de 1899, a partir do psiquiatra Juliano Moreira (1873-1933) que inseriu as ideias freudianas em sua disciplina de psiquiatria na Faculdade de Medicina da Bahia (Abrão, 2011). Na década de 1920, a Psicanálise passa a se expandir, “ganhando expressão em diferentes dimensões da vida cultural e científica em desenvolvimento nos grandes centros urbanos, notadamente São Paulo e Rio de Janeiro” (Abrão, 2011, pp. 123-124). Um dos principais precursores da Psicanálise no Rio de Janeiro foi o médico Júlio Pires Porto-Carrero (1887-1937), que foi coordenador do serviço de Psicanálise na Liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1926, considerada como uma das primeiras iniciativas de aplicação terapêutica psicanalítica do país (Abrão, 2011). Em São Paulo, o psiquiatra Durval Marcondes (1899-1981) introduz as ideias freudianas na atividade clínica (Oliveira, 2002):

Em 1927, [Durval Marcondes] escreve a Freud, comunicando a fundação, junto com Franco da Rocha, da Sociedade Brasileira de Psicanálise, a primeira da América Latina, que renasce como Grupo Psicanalítico de São Paulo em junho de 1944 e, em 1951, no Congresso da International Psychoanalytical Association - IPA, em Amsterdã, torna-se a Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo - SBPSP, presidida por Durval nas gestões 1944/1949, 1955/1956 e 1967/1969 (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400014).

A difusão da Psicanálise para outras regiões do país e o nascimento de outras tendências e escolas psicanalíticas, ocorre nos anos 1970 (Oliveira, 2002), período em que surgem os primeiros movimentos de Psicanálise lacaniana no Brasil (Vale, 2003):

No Brasil, no dia 4 de outubro de 1975, Jacques Laberge...membro da École Freudienne até a dissolução por Lacan e radicado em Recife, junto a Ivan Correa, matemático, Jeanne Marie Machado, professora de jornalismo da USP, Luis Carlos Nogueira e Durval Checchichato, psicólogos, também de São Paulo, se reúnem para difundir o pensamento de Lacan....Nasce o Centro de Estudos Freudianos (Etkin, 1982, p. 60).

Os grupos psicanalíticos da época ainda eram fortemente ligados à psiquiatria e a Psicanálise lacaniana mostrou-se como uma possibilidade de ampliar o acesso para outras áreas de formação (não-médicas), encontrando nos círculos acadêmicos, espaço privilegiado. “Marco significativo para a Psicanálise no Brasil nos anos 80 do século passado, foi certamente a introdução de modo mais enfático da Psicanálise lacaniana....A Psicanálise assim tomada, possui todos os ingredientes para despertar o interesse de reflexões acadêmicas (Celes, 2010, p. 74)”.

Paralelamente à difusão da Psicanálise, o Brasil viveu o início do movimento da

reforma psiquiátrica na década de 1970, inspirado pelo pensamento antimanicomial “basagliano” (Amarante, 2008). A reforma influenciou e foi influenciada pelo pensamento psicanalítico, pois:

A reforma psiquiátrica brasileira reconfigurou o quadro da assistência em saúde mental no país, ao colocar em questão os tradicionais dispositivos de tratamento da loucura, construindo novos dispositivos de assistência. Ao problematizar a hegemonia do saber médico neste campo, ela abriu espaço para a construção de novas formas de abordar o sofrimento psíquico, propondo um trabalho multidisciplinar que reorienta a prática clínica nos serviços públicos de saúde....O campo da atenção psicossocial caracteriza-se por diferentes orientações; desde aquelas que, oriundas da psiquiatria democrática italiana, privilegiam a dimensão política, propondo uma supressão da clínica em prol do cuidado, até aquelas que retomam a clínica, seja incorporando os procedimentos de atenção psicossocial, passando a designá-la como *clínica ampliada*, *clínica do cotidiano* e *clínica do sujeito*, onde se faz notar, nesta última, a presença do discurso psicanalítico (Rinaldi & Alberti, 2009, p 540).

Assim, desde a fundação do movimento da reforma no país, a Psicanálise tem participado e buscado a parceria com a Saúde Mental, ciente da tensão entre os dois campos, da distinção entre os dois saberes e buscando não se confundirem entre si. “No Brasil, a Psicanálise entra nos hospitais, nas varas judiciárias da infância e da família, no atendimento a jovens que cumprem medidas sócio-educativas, no acompanhamento terapêutico....A maior parte dessas situações engloba participações multidisciplinares do psicanalista” (Celes, 2010, p. 76). A entrada da Psicanálise em todos estes serviços, somada à atuação em equipe, trouxe consequências, críticas e resistências, direcionadas à figura do psicanalista, como A. C. Figueiredo (2001) aponta: “não é difícil imaginar o que provocou tal resistência, talvez mais dirigida aos psicanalistas que à Psicanálise...: os excessos interpretativos, a arrogância do saber e o psicologismo” (p. 94). Buscando avançar na crítica ao modelo do psicanalista padrão, Laurent criou o termo “analista cidadão”.

Para romper com as resistências e avançar na prática da Psicanálise no contexto da reforma psiquiátrica, inserindo-se na Saúde Pública e atuando conforme Freud (1919/2000d) preconizou, é que o “analista cidadão” entra em cena, termo criado por Laurent para criticar o modelo do psicanalista padrão (Laurent, 1999). A partir deste desafio, de se inserir na Saúde Pública, que esta pesquisa se pauta, buscando, à luz das contribuições psicanalíticas, de Freud e Lacan, contribuir para a reflexão acerca do lugar e da prática da Psicanálise alinhada à produção científica de conhecimento.

Inicialmente, contextualizamos o campo, deste trabalho, traçando o caminho da formação do SUS, a partir da Reforma Sanitária e a configuração dos novos serviços de atenção à Saúde Mental, a partir da reforma psiquiátrica, da instituição das Redes Regionais

de Atenção à Saúde (RRAS) e das Redes de Atenção Psicossociais (RAPS) (Capítulo 2).

Realizamos a diferenciação entre os distintos campos, da Psicanálise e da Saúde Pública, para trazermos a possibilidade de inserção da primeira na segunda. Apresentamos pesquisas que afirmam a possibilidade e, mais, a importância da presença da Psicanálise na Saúde Pública e apontamos alguns desafios enfrentados para que o trabalho multidisciplinar ocorra. Também destacamos a maior presença de pesquisas realizadas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos hospitais, ou seja, na atenção terciária ou especializada, e a diminuta atenção dada à atuação na AB, contrariando a política pública do Ministério da Saúde que preconiza a AB como importante campo de atenção à grande parcela da população atendida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades de Saúde da Família (USF). Apresentamos, a partir do apoio matricial, a possibilidade de inserção do psicanalista na AB rompendo com a lógica “clássica” do consultório particular e abrindo a possibilidade para a atuação do psicanalista cidadão (Capítulo 3).

Realizamos um “parêntese” no trabalho para situar a pesquisa no campo da Psicanálise e da Saúde Pública como forma e possibilidade de construção e transmissão de conhecimento. Destacamos o ato de pesquisar como uma tomada de decisão que implica riscos, desejo e construção de saber, importante para a formação profissional em si, e também, para contribuir com o avanço da prática (Capítulo 4).

Buscamos trazer os aspectos importantes e necessários para a atuação do psicanalista na Saúde Pública, destacando a importância de uma formação sólida em Psicanálise; diferenciando a formação médica da formação de analista; apresentando o papel do psicanalista na equipe de saúde, a importância da comunicação entre os membros da equipe, para que a troca entre os saberes circule e avançando com novas possibilidades de atuação. Alertamos sobre o preconceito em relação ao usuário do SUS, considerado “carente” e sobre o preconceito em relação ao trabalho na Saúde Pública, muitas vezes esvaziado de investimento (financeiro, de tempo e libido) devido ao público-alvo a que se destina. Contrariando esta ideia de empobrecimento, salientamos que o trabalho na Saúde Pública é rico e plural, um vasto campo de atuação e aprendizado. Campo onde o psicanalista se depara com uma grande diversidade de experiências e modos de viver e sofrer (Capítulo 5.1).

Trazemos, também, alguns aspectos do trabalho em equipe e de como o psicanalista pode construir sua inserção numa equipe multidisciplinar, plural e composta por diversos saberes (Capítulo 5.2).

No trabalho de campo propriamente dito, apresentamos a relevância da pesquisa de

campo (Capítulo 6.1), a metodologia empreendida (Capítulo 6.2) e as considerações éticas implicadas na pesquisa (Capítulo 6.3). Apontamos alguns entraves encontrados para a realização da pesquisa de campo (Capítulo 6.4).

Para alcançar os avanços propostos nos objetivos da pesquisa, realizamos a análise e discussão das entrevistas destacando o que da teoria é encontrado na prática, mas, também, apontando para a grande lacuna que há entre teoria e prática (Capítulo 6.5). Seguimos a pesquisa, orientadas pelas balizas psicanalíticas, em que as hipóteses *a priori* são suspensas para que o novo se manifeste e o movimento seja gerado.

Aquele movimento que busca mudanças, soluções para os problemas e avanços para a prática. Estas foram as possibilidades oferecidas pela pesquisa de campo, onde o encontro entre pesquisador e pesquisado promoveram marcas. Este trabalho de Mestrado se constituiu em um caminho de formação e transformação. A contribuição que pretendemos oferecer aos outros profissionais, ao compartilhar esta experiência, é apontar o quanto a Psicanálise pode, e deve, se inserir nas novas configurações dos serviços de Saúde Pública, para que possamos atuar com qualidade, respeitando o singular do sujeito, não massificando nem banalizando o sofrimento individual. Objetivos estes, que não constam no projeto formal de pesquisa, mas permeia todo o nosso texto, nossa produção e nosso caminho.

A partir do relato da experiência do analista (chamamos Psi) que atua em equipe de apoio matricial, pudemos elencar 3 temas centrais, que foram: a) Formação; b) Práxis e; c) Matriciamento.

Na primeira, perpassamos pelo processo de formação do analista entrevistado, apontamos a importância de uma formação sólida, focando o tripé - estudo, supervisão e análise pessoal-, para a atuação no cenário da Saúde Pública que não oferece a estrutura ideal, mas, nem por isso, impede a inserção do psicanalista na equipe. Apresentamos a relevância, também, da formação em outras áreas - cultura, arte, política, entre outros- para que o profissional não se feche na linguagem “psi” e avance criando novos dispositivos de cuidado.

Ao falarmos acerca da práxis, trazemos a trajetória de Psi em busca de romper com o dito “analista clássico”, de consultório particular, para poder se consolidar como psicanalista na Saúde Pública, estabelecendo pontes e interlocuções com a equipe. Para isso, a necessidade de reconhecer que existe uma linguagem predominante na área da saúde, que é a linguagem médica/psiquiátrica, para poder transitar e contribuir com a equipe e, também, com os pacientes e, ao mesmo tempo, a necessidade de se afastar dessa linguagem para poder construir o lugar do analista. Apontamos alguns entraves do trabalho em equipe na Saúde

Pública, as influências político-partidárias, as políticas públicas influenciadas por interesses políticos-eleitorais nas esferas municipal, estadual e federal; a falta de investimento institucional e, também, dos profissionais-; as diferenças entre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e o que acontece na prática. Apontamos para o fechamento em “igrejas” teóricas e a pouca publicação de trabalhos multiprofissionais, talvez indicando a dificuldade do trabalho em equipe. Salientamos o preconceito em relação ao usuário do SUS, considerado “*carente*”, preconceito que pode instaurar a ideia de que o profissional não precisa ter a melhor formação para o atendimento desses usuários.

No terceiro tema, focamos a experiência de Psi com o apoio matricial, como iniciou o trabalho, os entraves enfrentados e as possibilidades de solução encontradas pelo profissional durante sua prática. Apontamos a forma como Psi busca construir seu lugar na Saúde Pública do município onde atua, com ênfase na disponibilidade da escuta psicanalítica, estabelecimento da relação transferencial, sua posição de êxtimo (ao mesmo tempo íntimo e radicalmente exterior) e a importância de não responder, de imediato, à demanda da equipe para acabar com a angústia. O apoio matricial, mesmo sendo uma estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde, como forma de a AB oferecer cuidado e atenção à Saúde Mental, não é uma política amplamente adotada e depende da política pública municipal para que ocorra.

Finalizamos refletindo que, apesar dos entraves encontrados na prática, a Saúde Pública se constitui um vasto campo de atuação e aprendizado. É necessário, para tanto, analistas com formação sólida, interessados em romper com as práticas engessadas e com ideias enraizadas para poder oferecer ao usuário do SUS a escuta do sofrimento humano.

2. ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DA PESQUISA

Nossa pesquisa se insere no campo da Saúde Pública e, portanto, algumas especificidades desse campo serão abordadas. É necessário compreendermos alguns fatores históricos e políticos que geraram o SUS, tal como conhecemos hoje. Para compreendermos o SUS precisamos percorrer um trajeto conceitual acerca do Sistema de Saúde, da Reforma Sanitária e do processo de redemocratização brasileiro.

Sistema de Saúde, como Lobato e Giovanella (2008) definem, “é o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde da população” (p. 107). “Os sistemas de saúde, como os conhecemos hoje – estruturas orgânicas públicas e privadas de atenção à saúde são recentes na história e só se consolidaram como tal em meados do século XX” (p. 107). Seu desenvolvimento ocorreu a partir do momento em que o Estado aumentou sua participação no controle dos variados mecanismos que afetam o bem-estar e a saúde da população.

Essa crescente participação do Estado ocorreu devido à constatação de que as condições de saúde da população afetam, diretamente, o desenvolvimento de uma nação:

Assim, os Estados foram consolidando estruturas que garantiram a prevenção de doenças, a oferta direta de serviço de cura e reabilitação, incluindo o controle e a definição de regras para a produção de alimentos, medicamentos, equipamentos, proteção do meio ambiente, etc. (Lobato & Giovanella, 2008, p. 107).

A Reforma Sanitária Brasileira, cujo lema era “Saúde e democracia” (Escorel, 2008), começou com o movimento de profissionais da saúde que compartilhavam do referencial médico-social para abordar os problemas de saúde da população - modelo preventivista de atenção à saúde, difundido nos Estados Unidos no começo da década de 1960, cujo objetivo era “mudar a prática médica incutindo no profissional uma nova atitude” (Escorel, 2008, p. 394), a partir da visão de prevenção.

Dentre as conquistas da Reforma Sanitária Brasileira, Paim (2007) destaca “o reconhecimento do direito à saúde e a descentralização com comando progressivamente único em cada esfera do governo” (p. 243). Com o início da Reforma Democrática do Estado Brasileiro, foi possível a ampliação da participação social em saúde, favorecendo “o controle público sobre o Estado através de conselhos, conferências e plenárias de saúde [que] permitia a constituição de novos atores na área da saúde” (p. 244). Outros avanços foram destacados

pelo autor, como: “extinção do INAMPS¹, universalização do acesso, expansão do PACS/PSF², crescimento da produção e da produtividade..., regulamentação e realização de 23.400 transplantes, desenvolvimento de sistemas de informatização e informação em saúde entre outros” (Paim, 2007, p. 244). No que toca a Vigilância Sanitária (VS), o Plano Diretor da Vigilância Sanitária (PDVS) estava em desenvolvimento e houve a organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), com expansão do número de técnicos, trabalhadores e militantes, além do aumento de informações, produção de conhecimento e capacitação técnica-científica avançando com a estrutura tecnoburocrata para a regulação e fiscalização, conquistando credibilidade junto aos profissionais de saúde e da opinião pública.

A partir da instituição da Constituição de 1988, a saúde tornou-se “direito de todos e dever do Estado” (art. 196) e foi criado o SUS (Escorel, 2008, p. 430). O SUS “foi o resultado de um longo processo social que visava mudar a forma como o Brasil garantia a atenção à saúde de seus cidadãos” (Lobato & Giovanella, 2008, p. 108).

Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes, que são válidas em todo o território nacional, o SUS parte de uma concepção ampliada do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito (Machado, Noronha & Lima, 2008).

Necessário apontar que, em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Este conceito foi incorporado à lei 8080/1990 de 19 de Setembro, conhecida como lei do SUS, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (Lei 8080 da *Presidência da República*, 1990).

Os cinco principais princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos pela lei 8080/1990 são:

- 1- Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência;
- 2- Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- 3- Integralidade da assistência;
- 4- Participação da comunidade;
- 5- Descentralização político-administrativa.

Para a Saúde Mental, a lei 8080/1990 foi um marco importante para os avanços da reforma psiquiátrica brasileira, que teve início no final da década de 1970, inspirada fortemente pelo movimento antimanicomial italiano e seu representante Franco Baságlio

¹Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

²Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família.

(Amarante, 2008).

Os profissionais de saúde mental se articularam em torno do lema “Por uma sociedade sem manicômios” (Amarante & Torre, 2001) e realizaram um amplo debate nacional sobre a loucura, a psiquiatria e a violação de direitos humanos nos manicômios brasileiros, e esses debates impulsionaram os processos de desinstitucionalização e criação de novas propostas assistenciais (Amarante & Torre, 2001).

Dentro desse contexto social e político, ligado ao movimento de redemocratização do país, pôde-se voltar o olhar à loucura e ao sofrimento psíquico, promovendo mudanças no cenário das políticas públicas em Saúde Mental. Um dos marcos dessas mudanças foram as Portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde (Brasil, 1991 e 1992) que iniciaram o processo de reformulação legislativa, criando serviços substitutivos, extra-hospitalares. Houve duas experiências pioneiras, no Brasil, que serviriam para orientar a nova política de Saúde Mental: em São Paulo, o CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, criado em 1987 e, em Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em 1989 (Amarante & Torre, 2001).

Em 2001, foi aprovada a lei 10.216, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, que representou um avanço, consolidando a nova política de atenção em Saúde Mental. A lei trata “fundamentalmente dos direitos e da proteção das pessoas com transtornos mentais, além de estimular o tratamento em regime comunitário e não hospitalar” (Amarante, 2008, p. 753).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída a partir da noção de rede, ou seja, diversos serviços que trabalhariam integrados. O modelo de rede, proposto pelo Ministério da Saúde, traz em sua configuração o CAPS como figura importante na articulação da rede (Figura 1).

REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL

(Fonte: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf).

(Legenda: 1- Centro Comunitário; 2- ESF; 3- CAPSad; 4- CAPSi; 5- Hospital Geral; 6- Instituições de Defesa dos Direitos do Usuário; 7- Prontos-Socorros Gerais; 8- Unidades Básicas de Saúde; 9- ESF/PACS Saúde da Família; 10- Residências Terapêuticas)

Os CAPS deveriam funcionar em rede entre si, com os diversos outros serviços de Saúde Mental e saúde em geral e, também, com os outros serviços e dispositivos não sanitários como Educação, Assistência Social, Esporte, Cultura, Transporte, etc. (Amarante, 2008). O CAPS “é uma modalidade de serviço criada para atender de forma intensiva as pessoas com um sofrimento psíquico considerado intenso e, em geral, persistente” (Amarante, 2008, p. 749).

Apesar de seu caráter territorial, voltado para a reabilitação psicossocial:

A nova rede de atenção à doença mental grave, ainda que inserida no rol das políticas públicas de saúde e alinhada aos princípios do SUS, veio se constituindo de forma bastante afastada da rede básica de saúde, resultando num certo deslocamento

entre as práticas de saúde mental e as práticas de saúde na sua acepção mais ampla (M. Figueiredo, 2006, p. 35).

Os CAPS ocuparam lugar destacado na reorganização da assistência e cuidado à saúde mental, porém, por outro lado, houve pouco investimento para que a rede básica pudesse acompanhar os avanços da Reforma Psiquiátrica (M. Figueiredo, 2006, p. 37).

O Ministério da Saúde, apesar dos avanços alcançados pelo SUS, reconhece a “dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual” (Portaria 4.279/2010). Assim, a portaria do MS, nº 4.279/2010, estabelece “diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde [RRAS], no âmbito do SUS”, a RRAS é criada como estratégia que supere esta fragmentação que ocorre na atenção e na gestão da saúde, propondo regiões de saúde, que realizem um conjunto de ações e serviços efetivos e eficientes, com objetivo de oferecer atenção de qualidade aos usuários do SUS.

O objetivo da RRAS é:

Promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Ministério da Saúde, Portaria 4.279/ 2010).

A região de saúde, agrupada na RRAS, determina as ações a serem focadas regionalmente, a partir dos limites geográficos, fatores econômicos e base populacional, bem como dos estudos epidemiológicos. A ideia da regionalização vem para poder dar conta das especificidades regionais, em contraposição às ações nacionais, mais abrangentes e universais.

O Estado de São Paulo está organizado em dezessete RRAS (Figura 2):

Fonte: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude/estado_rras_drs_rs.jpg

A região da Grande São Paulo, está dividida em seis RRAS, numeradas de 1 a 6, dentre elas está a RRAS 2, região abrangida pela presente pesquisa. A RRAS 2 “é composta pelo Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo com 11 municípios agregados na Região de Saúde do Alto do Tietê. Abrange uma população total de 2.663.739 habitantes” (Fundação Ontocentro de São Paulo, 2014), (Figura 3):

Fonte: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude/mapas-tematicos/condicoes-geograficas-demograficas-e-socio-economicas/divisao-politico-administrativa-da-rras/rras_rs_mun_02.jpg?attach=true

As ações regionalizadas que focam, especificamente, a Saúde Mental da região do Alto Tietê, são organizadas pela RAPS, que está em processo de construção. A Portaria do Ministério da Saúde, nº 3.088/2011, institui a RAPS “para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS” (MS, Portaria 3.088/2011). Apesar de a Portaria especificar as questões do crack, do álcool e de outras drogas, também abrange as outras ações em Saúde Mental, incluindo a AB.

A finalidade da RAPS é criar, ampliar e articular pontos de atenção aos usuários do SUS em sofrimento ou transtorno mental, a partir das seguintes diretrizes (de acordo com a Portaria 3.088/2011):

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Assim, a RAPS tem como objetivo central ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, promovendo e garantindo a integração e articulação dos pontos/serviços de atenção das redes de saúde do território. A construção da RAPS Alto Tietê traz alguns desafios como: as desigualdades populacionais/demográficas (enquanto Guarulhos concentra 45% da população total da RAPS Alto Tietê, Salesópolis apresenta apenas 0,60%), geográficas e econômicas; lento avanço na região, após a Reforma Psiquiátrica; internação como resposta imediata para os transtornos mentais, herança desse lento avanço e do histórico manicomial da região (até 1995 havia um manicômio com 600 leitos); poucos equipamentos substitutivos até 2015 (10 CAPS e outros poucos pontos de atenção) (fonte: RAPS Alto Tietê).

A partir da matriz diagnóstica elaborada pela RAPS Alto Tietê, novas ações e equipamentos estão previstos como: UBS (um total de 48); Consultório na Rua (6); NASF³ (23); CAPS I (4); CAPS II (6); CAPS III (6); CAPS AD⁴ (3); CAPS AD III (8); CAPSi⁵ (9); entre outros (fonte: RASS 02).

No município pesquisado, alguns dados são destacados:

Até 2005, o único atendimento que havia na cidade destinado à saúde mental era o Ambulatório na área central, com uma equipe de 12 profissionais (4 psicólogos, 3 psiquiatras, um auxiliar de enfermagem e três escrivães), além de um único psiquiatra na UBS... para atender a usuários/as de toda a cidade (<http://www.omb100.com/suzano/noticias/64025/com-caps-ad-suzano-organiza-rede-de-saude-mental-pioneira-no-alto-tiete>).

³Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

⁴CAPS Álcool e outras Drogas.

⁵CAPS infantil.

Houve, partir de 2005, o processo de descentralização distrital, dividindo a cidade em três distritos e aumentando o número de equipamentos e serviços oferecidos. Em 2006, inaugurou-se o CAPS II e, em 2010, o CAPS I. Com a implantação do apoio matricial, as UBS e USF passaram a realizar:

Acolhimento, avaliação, acompanhamento dos usuários e encaminhamento, quando necessário, para outros serviços de referência – uma unidade em cada distrito onde há equipe de saúde mental -, PS⁶, leito psiquiátrico em hospital geral e atendimento ambulatorial numa das unidades do CAPS (<http://www.omb100.com/suzano/noticias/64025/com-caps-ad-suzano-organiza-rede-de-saude-mental-pioneira-no-alto-tiete>).

⁶Pronto Socorro.

3. CAMINHOS QUE LEVAM À PESQUISA NO CAMPO DA PSICANÁLISE E DA SAÚDE PÚBLICA

Em 1919, Freud previu a entrada da Psicanálise na Saúde Pública, quando escreveu em “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”, que:

A consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quanto o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade... Tais tratamentos serão gratuitos (1919/2000d).

A presença do psicanalista na Saúde Pública é fato cada vez mais comum, sua participação neste campo deu-se, em maior escala, a partir da reforma sanitária e da criação do SUS, entre as décadas de 1970-1980, quando houve a inserção de equipes multidisciplinares nos serviços de saúde (Victor & Aguiar, 2011). A partir da Reforma Psiquiátrica e a constituição dos chamados serviços substitutivos em Saúde Mental, que vieram substituir as longas internações e possibilitaram o tratamento dos transtornos mentais no território onde os usuários vivem, novos campos de atuação foram se formando e profissionais das mais diversas formações constituem, hoje, as equipes multidisciplinares, tais como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, entre outros (Amarante, 2007).

Na época em que ocorreram os movimentos para a reforma psiquiátrica brasileira, a Psicanálise estava mais ligada aos psiquiatras, sendo difícil o acesso aos outros profissionais, como os psicólogos, “hoje [a Psicanálise] vem sendo sustentada pela maioria dos profissionais psicólogos” (A. C. Figueiredo, 2010).

Aumentou-se, então, o debate sobre a inserção de profissionais psicólogos e psicanalistas na Saúde Pública e, também, na RAPS, exigindo novas reflexões acerca da saúde e da escuta do sofrimento humano. Algumas pesquisas foram realizadas no que toca a clínica psicanalítica na Saúde Pública (Alencar, 2011; Cassorla, 2001; Fernández, 2001; Goidanich, 2001; Maluf, 2007; Onocko Campos, 2012; Palma, 2010; Romanini & Roso, 2012; Victor & Aguiar, 2011). As pesquisas abordam diversos pontos desta inserção, da possível intersecção entre Psicanálise e Saúde Pública, da atuação e construção do lugar da Psicanálise na Saúde Pública e dos desafios enfrentados para a construção do lugar do psicanalista na equipe de saúde. Os desafios apontados nas pesquisas são diversos, vão desde

a hegemonia médica/psiquiátrica no que toca a Saúde Mental, até questões das equipes multidisciplinares em outras áreas da Saúde Pública.

Sousa (2010) também trata sobre a inserção da Psicanálise na Saúde Mental no contexto da reforma psiquiátrica. O autor aponta que o diálogo entre a Psicanálise e as outras áreas de saber (marcadas pela medicina) trazem inúmeros benefícios para o tratamento dos pacientes, porém, é necessário que se delimite os campos de atuação, bem como mantenham um diálogo claro acerca do respeito dos limites de cada ciência.

Diversas vezes, a capacidade de trabalho com a Psicanálise no campo da Saúde Pública é questionada e posta à prova, porém, também, vemos o movimento de conquista de espaço e autonomia para a escuta do sofrimento humano a partir das proposições de Freud sobre o inconsciente. Há, inclusive, o apelo para a inserção do psicanalista na Saúde Pública, como salientado por Moretto (2008) no livro “O que pode um analista no hospital?”.

Conforme apontamos anteriormente, a inserção de psicanalistas na Saúde Pública é inegável, Fernández (2001) realizou uma pesquisa sobre a inserção da Psicanálise lacaniana em centros de saúde, visando observar a intersecção entre o campo da Psicanálise e o campo da Saúde Pública. A autora compreende que a Saúde Pública acolhe a Psicanálise, porém de maneira informal, pois, ao considerar que o psiquismo humano não é meramente biológico, abre espaço para o campo psicanalítico. E aponta a necessidade de maior ligação entre os psicanalistas e as instituições universitárias, com pesquisas que “possam pensar novas formas de tornar mais clara e operante esta interseção” (Fernández , 2001, p. 153).

Não podemos esquecer que a função do psicanalista não está formalizada, ela entra a partir do trabalho de psicólogos e médicos, que têm essa visão teórica, por isso podemos dizer que a Saúde Pública acolhe de maneira informal a Psicanálise. Percebemos que há um vasto campo de trabalho para a Psicanálise, mas sua entrada nas instituições de saúde está atrelada aos profissionais que dela fazem parte. Em 2013, o Conselho Federal de Psicologia lançou um resultado preliminar sobre a atuação das psicólogas brasileiras, realizado em 2012. O relatório explicita que, nove em cada dez psicólogos no Brasil são mulheres, deste grupo de psicólogas pesquisado: 45% refere atuar em Saúde (p. 8), 17% atuam em Organizações Públicas e/ou Unidades do SUS e, o autor mais indicado como referência das psicólogas estudadas, é Sigmund Freud, com 28% (p.17). Apesar dessa pesquisa não focar apenas a atuação das psicólogas em instituições de saúde, esses dados são importantes para explicitar a importância da Psicanálise na formação dos profissionais que constituem os serviços públicos de saúde no Brasil, onde a Psicanálise aparece fortemente como teoria de referência.

Sobre, especificamente, a pesquisa no campo da saúde, o Ministério da Saúde publicou o “Por que pesquisa em Saúde? Textos para tomada de decisão” (2007) em que aponta que, “a partir de 1990, intensificou-se na arena internacional o debate sobre o papel da pesquisa nos sistemas e serviços de saúde” (p. 6). Um dos focos do Council on Health Research for Development (COHRED) e do Global Fórum for Health Research (GFHR), atores que lideraram os debates acerca da pesquisa em saúde, eram os países em desenvolvimento. Assim, com o Brasil participando desse cenário, o Ministério da Saúde considera que a pesquisa em saúde é “um componente indispensável ao crescimento e desenvolvimento de povos e nações” (p. 12).

Sobre a produção científica em Psicologia, “o número de trabalhos científicos tem crescido significativamente nos últimos anos e... essa produção consiste principalmente em relatos de pesquisa” (Costa, Amorim & Costa, 2010, p. 38). Estas produções estão concentradas na região Sudeste do Brasil, nas Universidades públicas (Costa et al., 2010).

Uma análise das dissertações e teses, publicadas no período entre 1966 e 2008, aponta que, entre 323 dissertações e 83 teses, apenas 15,5% e 9,6%, respectivamente, correspondiam a pesquisas em Psicologia da Saúde (Seixas, Coelho-Lima & Costa, 2010). Mesmo esta análise não sendo especificamente sobre publicações em Psicanálise, e sim, em Psicologia, acende um sinal de alerta para a diminuta contribuição na produção de trabalhos científicos/acadêmicos no vasto campo da Saúde. Lembramos que o termo “científico” que utilizamos, não tem relação com a ciência positivista, como o exemplo das ciências da natureza, mas, sim, a ciência que considera os aspectos históricos, políticos, sociais e econômicos.

Sobre a ciência moderna, Ribeiro afirma que, em 1966:

Em uma mesa-redonda na Salpêtrière, Lacan disse, no texto que conhecemos como 'Psicanálise e Medicina', que se a ciência moderna continuasse a ignorar o 'efeito sujeito', cada vez mais se abriria a falha epistemo-somática entre o saber científico sobre o corpo e o que seria possível a esse corpo, habitado por um sujeito do desejo e do gozo e ignorado pela ciência... Talvez seja essa, contudo, uma das aberturas por meio das quais a Psicanálise consiga introduzir o 'efeito sujeito' na reflexão da ciência (Ribeiro, 2004, p. 49).

As ciências naturais, a partir dos princípios de universalidade, impessoalidade e imparcialidade, desconsidera o singular. A Psicanálise traz, justamente, este singular à tona, demonstrando a importância do inconsciente para toda atividade humana, inclusive, levando em consideração a implicação do pesquisador na pesquisa.

Especificamente, sobre a pesquisa em Psicanálise e sua importante relação com a

Universidade, Neto e Moreira (2010) destacam:

Lembramos que Freud nunca abdicou do diálogo entre a Psicanálise e a universidade, simultaneamente, valorizou e questionou a aproximação entre uma e outra, reconhecendo a importância da utilização do conhecimento psicanalítico na formação de profissionais de saúde e do saber das ciências humanas....Mesmo sofrendo resistências às suas descobertas no meio universitário, Freud não deixou de tentar manter um relacionamento com a academia, tendo sido livre-docente e professor assistente da Universidade de Viena, onde procurou divulgar as ideias psicanalíticas através de conferências durante trinta anos (p. 6).

A visão de corpo e sofrimento apontada na publicação “Cadernos de Atenção Básica” (2013), do Ministério da Saúde, abrange as esferas múltiplas do sofrimento, incluindo o inconsciente. Nele, encontramos a seguinte passagem: “Toda pessoa tem um mundo inconsciente, de modo que faz e vive um grande número de experiências que não sabe explicar como e por que” (p. 31). Podemos pensar, então, que a inserção da Psicanálise nas equipes de saúde, com atuação na AB, se constitui em um vasto campo de trabalho, pois possibilita abrir o espaço onde a palavra se movimenta e o sofrimento tenha seu lugar de acolhimento e simbolização.

Ainda sobre a entrada do psicanalista no campo da Saúde, Moretto (2006) aponta que a presença do psicanalista na instituição de saúde não significa, automaticamente, sua inserção. Destaca que “é um lugar que precisa ser construído de modo a que ele possa operar” (p. 54) e conceitua a inserção como esse “processo de construção desse lugar” (p.54).

Além do desafio da inserção do psicanalista, há, também, a tensão entre os campos da saúde, da Saúde Mental e da Psicanálise. Prizskulnik (2008) aborda esta tensão e a importância de algumas reflexões sobre estes campos:

A articulação entre os campos da saúde e da saúde mental e o campo da Psicanálise implica certa tensão e exige algumas reflexões importantes. Se pensarmos na definição de saúde formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, já teremos uma proposta que não é a da Psicanálise.

A autora questiona as tentativas de caracterizar conceitos como perfeição e a ausência de mal-estar: “Acreditar que é possível existir e viver sem nenhum sentimento de mal-estar é esquecer que Freud procurou justamente mostrar que a felicidade de um sujeito dentro da civilização é algo impossível de ser atingido” (Prizskulnik, 2008). Aponta para a reflexão sobre o trabalho do psicanalista nas instituições de saúde e Saúde Mental como uma prática que “vai na direção de abrir espaço para o sujeito da palavra, ou seja, introduzir o particular do sujeito no universal dessas instituições, dominadas pelo saber médico” (Prizskulnik, 2008).

Levando em consideração essa tensão entre o campo da Psicanálise e o campo da Saúde Pública, iremos refletir sobre o psicanalista nesse contexto, por considerarmos essa intersecção possível e de maior amplitude. Assim, conforme viemos apontando, o psicanalista na Saúde Pública deve possibilitar a reflexão sobre o sofrimento e compreender que as bases das necessidades humanas não são puramente biológicas, pois, mesmo a doença sendo considerada universal, ela se manifesta de forma singular em cada pessoa. É necessário respeitar e enfatizar a singularidade. “A Psicanálise, com suas proposições, produz um modelo de clínica bem peculiar, em que as noções de sujeito, de sintoma, de corpo, de diagnóstico e de tratamento, são abordadas dentro de referenciais psicanalíticos” (Prizskulnik, 2008).

Entre os estudos que também abordam a inserção do psicanalista no campo da Saúde Pública, Victor e Aguiar (2011) apontam que esta inserção ocorre em diversos níveis do SUS: na Atenção Básica, que ocorre nos postos de saúde e na Estratégia Saúde da Família; na Atenção Secundária, realizada em ambulatorios, CAPS e policlínicas; e na Atenção Terciária, ou seja, nos hospitais. Dentre eles destacamos a AB por se constituir:

A porta de entrada preferencial ao SUS formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas (Ministério da Saúde, 2013, p.19).

A AB tem sido o foco do Ministério da Saúde devido aos princípios do SUS de regionalização e hierarquização. A proposta é que a AB deveria ter um índice de resolutividade de 80% dos problemas e agravos à saúde a ela referenciados, rompendo, assim, com a lógica dos encaminhamentos para os serviços especializados (Henriques, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012) propõe que as práticas na AB devem ser voltadas ao cuidado em saúde, privilegiando ações em equipe dirigidas à população de seu território que possibilitem o “manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento, devem ser acolhidas” (PNAB, 2012).

Alguns dados do Ministério da Saúde ilustram a importância da AB no cuidado aos transtornos mentais: cerca de 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados permanentes, contínuos, intensivos, que é o papel específico dos CAPS, enquanto que 9% da população apresentam transtornos mentais leves, pelos quais a AB deve se responsabilizar (Ministério da Saúde, 2003). Mesmo a população

atendida pelos CAPS, em algum momento, é também atendida na AB em cuidados gerais de saúde. Além disso, de 6 a 8% da população apresenta prejuízos devido ao uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas, e essa parcela da população também é absorvida pela rede básica, onde se realizam as práticas de cunho preventivo e assistencial a essa demanda (Ministério da Saúde, 2003). Não podemos esquecer, também, que todo processo de adoecimento é vivenciado de maneira singular e, essa face subjetiva, precisa ter um espaço de simbolização e escuta.

Assim, o Ministério da Saúde vem estimulando a inserção da Saúde Mental na AB através do trabalho em rede com atuação conjunta com outras políticas. Para tanto, uma forma de atuar, atendendo a grande demanda e os desafios que o acolhimento ao sofrimento humano traz para a AB, é o apoio matricial, que é um arranjo institucional que está sendo desenvolvido e implantado em vários municípios brasileiros e foi incorporado pelo Ministério da Saúde (2003) como uma estratégia importante para a construção da ampla rede de cuidado em Saúde Mental (M. Figueiredo, 2006).

O apoio matricial veio como uma aposta para fortalecer as ações de Saúde Mental na AB, subvertendo a lógica dominante do modelo médico, produzindo novas formas de subjetivação nos trabalhadores que compõem as equipes de saúde e estimulando uma atenção compromissada com os sujeitos. “A proposta é que os profissionais possam aprender a lidar com os sujeitos em sua totalidade, incorporando em suas práticas as dimensões subjetiva e social do ser humano” (Henriques, 2011).

“O termo *Matr(i)* vem do latim mãe, a origem, de onde se vem. O apoio matricial está relacionado a essa noção de matriz, o lugar de onde se gera” (Henriques, 2011), lugar privilegiado para a construção de novos saberes, do saber transdisciplinar. A transdisciplinaridade é uma atitude crítica que “subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos” (Passos & Barros, 2000). Ou seja, a transdisciplinaridade não se constitui apenas numa sobreposição de saberes, ou numa troca de saberes de especialidades, mas sim numa atitude crítica, numa postura que compreende a totalidade do ser.

Assim, a partir do trabalho transdisciplinar no apoio matricial “objetiva-se construir, junto com os outros profissionais de saúde, um raciocínio integral sobre cada caso e contribuir na invenção de possíveis caminhos a percorrer na prática terapêutica singular” (Henriques, 2011).

Apoio matricial foi um termo desenvolvido por Campos (2003) a partir do projeto Paideia, desenvolvido em Campinas no início da década de 2000 que tinha como diretrizes: clínica ampliada, acolhimento e responsabilização, apoio matricial, sistema de cogestão, cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à equipe local de referência e capacitação.

Segundo Campos (1999), era necessária a reforma e ampliação da clínica juntamente com as práticas de atenção integral à saúde, que estavam intimamente ligadas à criação de novos padrões de “relacionamento entre o sujeito/clínico e o sujeito/enfermo” (p. 395). Assim, cada serviço de saúde precisaria ser reorganizado a partir da equipe de referência multiprofissional, que seria responsável por “elaborar projetos terapêuticos individuais conforme cada caso e a disponibilidade de recursos” (Campos, 1999, p. 396).

Conforme apontado anteriormente, “o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde” (Campos & Domitti, 2007, p. 399). É uma metodologia de trabalho que visa oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. A equipe de referência tem a responsabilidade de conduzir o caso individual, familiar ou comunitário, visando ampliar a construção de vínculo entre profissionais e usuário. “O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica” (Campos & Domitti, 2007, p. 400).

O apoio matricial junto à equipe de referência é, ao mesmo tempo, uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde e um arranjo organizacional, que tem como objetivo construir possibilidades de integração entre as diferentes especialidades e saberes promovendo a clínica ampliada. “Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários” (Campos & Domitti, 2007, p. 400).

O apoiador matricial tem como objetivo agregar recursos de saber, construindo um espaço para a comunicação e compartilhamento entre os profissionais de referência e apoiadores.

Para implantar a metodologia de apoio matricial, os municípios, geralmente, realizam capacitações. Para tanto, contratam algumas instituições de formação. Dentre as iniciativas de formação e capacitação em matriciamento que são oferecidas aos municípios, está o grupo “Babel- Saúde Mental da Atenção Primária”, composto por acadêmicos e profissionais de

saúde dedicados ao estudo e aperfeiçoamento das ações de saúde mental com ênfase na ESF e no apoio matricial. Um dos colaboradores do grupo é, também, um dos autores do “Guia prático de matriciamento em saúde mental” lançado pelo Ministério da Saúde em 2011. As capacitações oferecidas pelo grupo Babel têm como foco capacitar, implantar e implementar o apoio matricial, com formatação e metodologia próprias (Ministério da Saúde, 2011).

A clínica ampliada vem com a proposta de humanização conhecida como HumanizaSus (Ministério da Saúde, 2007), entendendo que não apenas os “médicos fazem a clínica, mas todos os profissionais de saúde fazem cada um a sua clínica” (Ministério da Saúde, 2007, p. 3) e que a clínica ampliada é um instrumento que enxerga “para além dos pedaços fragmentados” (p. 3), reconhecendo e utilizando o potencial dos diversos saberes que compõem as equipes de saúde. A clínica ampliada reconhece que “as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras” (p. 9), e se constitui como um “compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular” (p. 12), buscando, assim, a transdisciplinaridade.

Segundo Onocko Campos (2013), a clínica ampliada é aquela que incorpora, entre seus saberes, a avaliação de risco epidemiológico, social e subjetivo. Assim, a clínica vai para além dos intramuros das instituições de saúde, ganhando o espaço social como lugar de intervenção e promoção de saúde.

Nosso interesse em pesquisar sobre a atuação do psicanalista na atenção básica à saúde e compondo a equipe, atuando com o matriciamento, surgiu a partir da aposta que a Psicanálise pode contribuir para este campo de atuação, e, também, pelos questionamentos: Como a Psicanálise contribui? Como é possível, para um psicanalista, construir seu lugar e seu fazer neste campo ainda em formação e, principalmente, em constante transformação? Questionamentos iniciais que serão abordados ao longo do trabalho.

Alguns pontos importantes da trajetória de Freud na elaboração de sua teoria trazem referenciais muito próprios para a clínica psicanalítica, e algumas contribuições de Lacan trazem avanços consideráveis nesse sentido.

Em seu texto “Conferências introdutórias sobre Psicanálise” (1916-17/2000b), Freud inicia apontando algumas dificuldades que o método clínico psicanalítico propõe em comparação ao que os médicos aprendiam em sua formação profissional, que se baseava em “ver coisas”, ressaltando o olhar médico na descrição dos sintomas. Falando especificamente da psiquiatria, Freud pontua a importância da observação através da “demonstração de pacientes, com suas expressões faciais alteradas, com seu modo de falar e seu

comportamento” (Freud, 1916-17/2000a). Ao destacar essas características da formação médica, continua mostrando que, em contraponto à observação médica, para a Psicanálise é diferente, pois “nada acontece em um tratamento psicanalítico além de um intercâmbio de palavras entre o paciente e o analista. O paciente conversa, ele fala de suas experiências passadas e de suas impressões atuais, queixa-se, reconhece seus desejos e seus impulsos emocionais” (Freud, 1916-17/2000b).

Em outro texto, “Linhas de progresso na terapia psicanalítica” (1919/2000b), Freud avalia a trajetória da Psicanálise, ele pontua alguns desafios, debate algumas críticas, e finaliza pensando sobre o acesso das classes menos abastadas ao tratamento psicanalítico. O método psicanalítico visa “dar ao paciente conhecimento do inconsciente, dos impulsos reprimidos que nele existem, e, para essa finalidade, revelar as resistências que se opõem a essa extensão do seu conhecimento sobre si mesmo” (1919/2000d). Ao chamar a Psicanálise de “processo pelo qual trazemos o material mental reprimido para a consciência do paciente” (1919/2000d), Freud destaca a natureza complexa das atividades mentais, dos sintomas e das manifestações patológicas devido a seu composto impulsional, instintual e traz como tarefa da atividade analítica “ensinar” ao paciente “a compreender a maneira pela qual essas formações mentais altamente complicadas são compostas” (1919/2000d).

Além das críticas em relação à cientificidade da Psicanálise, havia também o movimento para a subordinação da Psicanálise a uma especialidade médica. No texto “A questão da análise leiga” (1926/2000g), Freud aborda essa preocupação e ressalta a importância da formação do psicanalista e a necessidade da independência em relação à Medicina. Nesse momento, a análise pessoal surge como requisito básico para a formação do psicanalista.

Para Freud o que ocorre na análise é um encontro, não há uso de instrumentos médicos e sim, o uso da palavra, e complementa:

E incidentalmente não desprezemos a palavra. Afinal de contas, ela é um instrumento poderoso; é o meio pelo qual transmitimos nossos sentimentos a outros, nosso método de influenciar outras pessoas. As palavras podem fazer um bem indizível e causar terríveis feridas. Sem dúvida ‘no começo foi a ação’ e a palavra veio depois; em certas circunstâncias ela significou um progresso da civilização quando os atos foram amaciados em palavras. Mas originalmente a palavra foi magia – um ato mágico; e conservou muito de seu antigo poder (1926/2000g).

Outro psicanalista que, a partir da obra de Freud, reforça o poder da palavra é Lacan. Miller (1987) destaca que, para Lacan “a Psicanálise só é possível se, e somente se, o inconsciente está estruturado como uma linguagem” (p. 12). Para ele, “o descobrimento da

Psicanálise é de que a linguagem transforma o indivíduo humano até em seu corpo, no mais profundo de si mesmo, transforma suas necessidades, transforma seus afetos” (Miller, 1987, p. 34). Lacan traz a palavra *parlêtre* (ser falante) para apresentar o objeto de estudo da Psicanálise, o ser que fala e é falado, e este ser falante “diz sempre algo diferente do que quer dizer, solicita ser entendido, ao mesmo tempo, além do que diz” (Miller, 1987,p.34). E destaca que o trabalho do psicanalista é escutar o sujeito para além do que ele diz, interpretar. Para tanto, é necessário “escutar o sujeito não no que ele crê dizer, por exemplo, de racional, mas sim no desejo que flui através do significante que emite” (Miller, 1987,p.34).

O termo significante, retomado por Jacques Lacan, foi introduzido por Ferdinand de Saussure (1857-1913), e indica “a parte do signo linguístico que remete à representação psíquica do som (ou imagem acústica), em oposição à outra parte, ou significado, que remete ao conceito” (Roudinesco & Plon, 1988, p. 722). Na teoria de Lacan, “o significante transformou-se, em Psicanálise, no elemento significativo do discurso (consciente ou inconsciente) que determina os atos, as palavras e o destino do sujeito, à sua revelia e à maneira de uma nomeação simbólica” (p.722).

No artigo “Considerações sobre eu e o corpo em Lacan”, Cukiert e Prizskulnik (2002) abordam esta temática e afirmam que, para Lacan, o corpo é marcado pelo significante e habitado pela libido: “Corpo de desejo e, portanto, de gozo, dimensões que certamente contribuem para repensar a problemática do corpo em Psicanálise à luz da nova perspectiva da linguagem”. Através de sua tópica, Lacan compreende o corpo a partir dos conceitos de Imaginário, Simbólico e Real. Assim como Freud afirma que o homem não é seu senhor mesmo em sua própria casa (apontando para a questão do inconsciente), Lacan avança enfatizando “o desconhecimento e a alienação como constitutivos de uma subjetividade, mostrando a importância do registro do Imaginário no processo de construção do eu” (Cukiert & Prizskulnik, 2002), apontando para o revolucionário modo de olhar sobre o corpo realizado pela Psicanálise e, completamente, diferente do olhar da medicina:

Assim, o analista *toca* o corpo e o sintoma por meio da palavra. Ele intervém sobre o inconsciente (estruturado como linguagem) e sobre a história, obtendo efeitos no corpo, pois, quando do atravessamento pela fala, o corpo também é afetado (Cukiert & Prizskulnik, 2002).

Freud, (1923[1922]/2000f) define a Psicanálise dividindo-a em três pontos:

Nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se

acumula numa nova disciplina científica.

Assim, pesquisa e prática sempre estiveram intimamente ligadas na Psicanálise. Figueiredo e Minerbo (2006) ressaltam que “na Psicanálise pesquisa, prática clínica e teoria caminham juntas” (p.258). Ressaltamos, também, que a parceria com a Universidade é imprescindível para que o campo de atuação torne-se, também, um campo de produção de novos conhecimentos.

Algumas capitais brasileiras já têm psicanalistas atuando em equipes na Saúde Pública e, inclusive, estão realizando pesquisas e estudos sobre o tema. Dois importantes centros, que têm como pressuposto a possível - e necessária - parceria entre Psicanálise e Saúde Pública, são o IPUB- Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o IPSM/MG- Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Outros exemplos de polos de produção de pesquisa em Saúde Pública e Psicanálise são o Instituto de Psicologia da USP, em São Paulo, a Fundação Oswaldo Cruz, FRIOCRUZ, no Rio de Janeiro, entre outras universidades públicas e privadas.

4. A PESQUISA NO CAMPO DA PSICANÁLISE E DA SAÚDE PÚBLICA COMO FORMA DE TRANSMISSÃO E CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

Clinicar é tomar decisões, logo riscos. Clinicar requer um pensamento e uma escuta implicada, logo desejo. Finalmente clinicar implica ‘saber fazer’, logo saber.

Christian Dunker

O ato de pesquisar é uma tomada de decisão e implica riscos, desejo e construção de saber. Iniciamos, por isso, com as palavras do psicanalista Christian Dunker acerca do ato de clinicar, porém, pretendemos trocar a palavra “clinar” por “pesquisar”.

Quando começamos a desenhar este projeto de pesquisa, não conhecíamos, ainda, a importância e a responsabilidade implicada na pesquisa em Psicanálise e Saúde Pública. Nosso desejo era escrever sobre um cotidiano, uma práxis, os acontecimentos do dia-a-dia com intuito de buscar interlocutores e contribuir para o campo da prática. Não havia uma pergunta de pesquisa definida e, inclusive, soava estranho quando questionavam: Qual é a pergunta de pesquisa?

O que havia, era um desejo, marcado por um não-saber que provoca angústia. Uma lacuna, um vazio daqueles que provoca movimento, uma busca: um desejo. “Em Freud, o desejo (*Wunsch*) é, antes de mais nada, o desejo inconsciente” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 147). Lacan avança no conceito de desejo de Freud quando estabelece um “elo entre o desejo baseado no reconhecimento (ou desejo do desejo do outro) e o desejo inconsciente (realização no sentido freudiano)” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 147).

Lacan avança ainda mais quando, ao analisar a contratransferência, reconhece o desejo do analista (Lacan, 1962-63/2005). “O termo ‘contratransferência’ visa, em linhas gerais, a participação do analista. Mais essencial, porém, é o compromisso do analista” (Lacan, 1962-63/2005, p. 165). Contratransferência é um termo da Psicanálise que se refere ao “conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com a transferência de seu paciente” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 133). Freud (1913) já alertava para o problema da contratransferência, apontando que o analista “nunca deveria dar ao analisando nada que tenha saído de seu próprio inconsciente” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 133).

O desejo do analista, segundo Lacan, é diferente da contratransferência e, para que o desejo inconsciente do sujeito analista não afete a análise do analisando, é preciso que a análise pessoal seja parte fundamental da formação do analista.

Podemos traçar um paralelo entre o desejo do analista e o desejo do pesquisador, quando definimos este desejo como “um desejo pelo saber: um saber do desejo” (Andrade Junior, 2007, p. 11).

Na obra “O Seminário, livro 10” (1962-63/2005), Lacan trabalha a questão do sujeito do Inconsciente, “aquele que é constituído no Campo do Outro, no encontro de duas faltas. Ele não sabe o que diz e muito menos sabe o que deseja: o sujeito, portanto, como falta-a-ser” (Machado, 2008). Reconhecemos que na pesquisa em Psicanálise, o pesquisador está implicado, parte dele a demanda, a pergunta, a questão, mas, nem por isso, não é possível estabelecer a transferência com seu objeto/sujeito. A partir do desejo do analista, que aqui chamamos de pesquisador, é possível estabelecer a relação com o pesquisado, como Figueiredo e Minerbo (2006) apontam:

A entrega do ‘pesquisador’ ao ‘objeto’, o deixar-se fazer por ele e, em contrapartida, construí-lo à medida que avançam suas elaborações e descobertas faz desta ‘pesquisa’ um momento na história de uma relação que não deixa nenhum dos termos tal como era, antes de a própria pesquisa ser iniciada. Isso é mais óbvio em uma situação ‘terapêutica’, mas a atitude clínica pode se manifestar em outras condições e sempre terá como efeito a *transformação* das partes em jogo, o ‘objeto’ e o ‘sujeito’ da pesquisa.

Costa e Poli (2006) apontam algumas pré-condições para que se produza uma pesquisa em Psicanálise, a primeira delas é que a “entrevista seja pautada pelo pressuposto da transferência, o que significa a constituição de um campo relacional no qual esteja em causa a hipótese do inconsciente (p. 17)”.

Inconsciente, para a Psicanálise, “é um lugar desconhecido pela consciência: uma ‘outra cena’” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 375). Lacan “definiu o inconsciente como ‘o discurso do outro’ e, mais tarde, como o Outro..., lugar de um significante puro onde se marca a divisão (clivagem) do sujeito” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 377). Ainda segundo o Dicionário de Psicanálise e, já apontado anteriormente, para Lacan “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (Roudinesco & Plon, 1998, p.378).

Operar, portanto, “com o inconsciente implica, pois, a suposição de um saber que ‘não se sabe’, mas que é suposto” (Costa & Poli, 2006, p. 17). E mais, “as condições de produção de conhecimento sobre este ‘insabido’ são internas ao campo relacional que o constitui. A isso denominamos em Psicanálise ‘transferência’⁷” (p. 17). Mesmo a demanda estando ao lado do pesquisador, é no campo relacional da transferência que o dado pode ser colhido. “Logo, ele

⁷ Termo importante para a Psicanálise, introduzido por Sigmund Freud e Sandor Ferenczi (entre 1900 e 1909), “para designar um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos” (Roudinesco & Plon, 1988, pp. 766-767).

inclui o pesquisador na própria formação” (p. 17). A ciência positivista pretende manter o pesquisador numa esfera neutra, imparcial, distante do seu objeto de pesquisa, em Psicanálise isso não é possível:

Em Psicanálise, ao contrário, reconhece-se o compartilhamento de um código que define de antemão as condições de estabelecimento de um campo de transferência. É justamente este reconhecimento que impede que se caia em ‘subjativismos’ interpretativos. A transferência compartilha com as formações do inconsciente uma estrutura na qual um saber sobre o Unbewusst⁸ se produz, podendo ser apreendido e nomeado. (Costa & Poli, 2006, p. 17).

Além do problema da transferência, que deve ser levado com cautela, na pesquisa em Psicanálise, a hipótese fica suspensa, pois, “não há, a priori, uma questão ou uma hipótese propriamente falando. O que há é a pressuposição de uma experiência, singularmente vivida, cuja transmissão em um contexto de transferência pode esclarecer e fazer avançar a teoria” (Costa & Poli, 2006, p. 19).

A sensação de que algo precisava ser analisado, pensado, refletido através de uma pesquisa, foi encontrando expressão a partir do momento em que o curso de Mestrado começou, com a possibilidade de transformar todas as inquietações em escrita. A necessidade de escrever e tornar essas reflexões públicas, acessíveis, trouxe a esperança de que essa experiência torne-se um debate, que traga outros atores para o campo da troca e proporcione transformações. Como na frase de Silva (1996): “A palavra é primeiramente a transgressão do silêncio” (p.53), assim começou esta experiência de escrita/pesquisa, para transgredir o silêncio do dia-a-dia, as linhas precisariam ser preenchidas.

Em “História da Loucura”, Foucault (2003) escreve: “Eu queria que as palavras... atravessassem muros, fizessem saltar fechaduras, abrissem janelas” (p. 76). O trabalho de escrita é uma ação, um fazer:

Que se confunde com o [trabalho] de viver ou, mais precisamente, com um modo intensivo de conduzir a própria existência. Escrever consistiria, assim, numa experiência de transformação do que se pensa e, acima de tudo, do que se é; uma experiência avessa, ademais, a qualquer apelo comunicativo ou normativo (Aquino, 2011, p. 644).

Nossa pesquisa, portanto, parte de um desejo de construção, movimento e comunicação. É uma aposta, como anteriormente apontado: a Psicanálise contribui para o campo da Saúde Pública e, o psicanalista, que está inserido em equipe de saúde, pode nos ajudar a construir um saber sobre esta contribuição.

Em uma busca por um saber ainda pouco simbolizado ou, um saber ainda não sabido,

⁸ Inconsciente.

iniciou nossa jornada na pesquisa em Psicanálise e Saúde Pública. Há uma diferenciação entre os conceitos de conhecimento e saber, proposta por D'Agord (2000):

O conhecimento é uma construção que pode ser desenvolvida através de dispositivos didáticos. Através desses dispositivos, aquilo que a humanidade levou séculos para estabelecer, um jovem pode construir em um determinado período de escolaridade. Já o saber é resultado de uma experiência, é pessoal, não é adquirido, mas conquistado, por isso não é transmissível. É preciso passar por uma experiência que pode ser uma experiência de ensino-aprendizagem ou uma experiência de vida. O saber fica como uma marca, que não desaparece jamais (p. 145).

A experiência de tornar-se pesquisador é uma tomada de decisão na busca por um saber e, o que se transmite a partir desta experiência, é a construção do conhecimento adquirido. Destacamos que a função social da pesquisa, além da experiência de saber, é a divulgação do conhecimento. Realizar pesquisa é comprometer-se a contribuir para os avanços e para o acesso ao conhecimento.

Apesar de nossa pesquisa ter partido de um desejo, de um sujeito, de uma vivência, compreendemos que a função social desta pesquisa é a contribuição para o campo do saber. Conforme escrito anteriormente, partindo do testemunho de uma vivência, de um psicanalista na Saúde Pública, a intenção é contribuir para a produção e divulgação de conhecimento. Não pretendemos generalizar os resultados, nem lançamos regras acerca da construção do lugar do psicanalista em uma equipe de saúde. Pretendemos destacar como esta experiência tem acontecido, contribuindo para que outros profissionais da saúde possam se reconhecer ou se inspirar nesta prática singular para construir seu próprio caminho.

5. O PSICANALISTA NA SAÚDE PÚBLICA

5.1- O PSICANALISTA: ASPECTOS NECESSÁRIOS E IMPORTANTES PARA O TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA

Ali há gente que fala e, mais ainda, que deseja, que precisa falar. Ora, se um fala e outro pode escutar, havia pelo menos uma “luz no fim do túnel”, talvez fosse possível trabalhar. E avancei em direção ao Inconsciente.

Maria Livia Tourinho Moretto

Quando alguém se proclama psicanalista, no mínimo, pensamos que esta pessoa estudou Freud e domina “os conceitos de inconsciente, sintoma, resistência, transferência e interpretação” (Moretto, 2008, p. 23). Como a autora apresenta, o tornar-se psicanalista não é apenas realizar uma formação ou conhecer os conceitos psicanalíticos, posto a existência de “Psicanálises e Psicanálises” (p. 23), com suas consequentes controvérsias, diferenças entre escolas e a doutrinação quase religiosa que alguns institutos de formação pregam. Faz-se necessário a reflexão constante sobre a variedade de interpretações que a obra de Freud pode suscitar, e suscita, levando a “uma certa confusão no que diz respeito aos conceitos teóricos, à articulação destes, ou seja, à prática psicanalítica” (Moretto, 2008, p. 23).

Não nos ateremos, neste trabalho, na crítica às instituições de formação psicanalítica, nem nos métodos de formação que as diferentes escolas pregam e praticam, pensaremos a partir das formulações de Freud, acerca da formação do psicanalista, pois é um ponto central e importante, também, para a atuação na Saúde Pública.

Em Psicanálise, o objeto de estudo é o inconsciente, a realidade psíquica e o singular do sujeito. A partir da introdução do conceito de inconsciente, Freud inaugura novos tempos que repercutiram, e repercutem ainda hoje, na clínica do sofrimento humano. Ele inaugura “o tempo da palavra como forma de acesso por parte do homem ao desconhecido em si mesmo e o tempo da escuta que ressalta a singularidade de sentidos enunciada” (Falcão & Macedo, 2005, p. 65).

Garcia-Rosa, em “Freud e o Inconsciente” (2009), escreve algo importante:

Sem dúvida alguma, a Psicanálise produziu uma derrubada da razão e da consciência do lugar sagrado em que se encontravam. Ao fazer da consciência um mero efeito de superfície do Inconsciente, Freud operou uma inversão do cartesianismo que dificilmente pode ser negada (p.20).

A realidade psíquica não é sinônima de realidade física, material ou exterior, pois:

A realidade psíquica designa, assim, do ponto de vista tópico, o desejo enquanto primordialmente desejo inconsciente; do ponto de vista dinâmico, a fantasia na qual se articula o desejo; mas também, do ponto de vista econômico, a pulsão, à medida que sua energia investe as representações que compõem a fantasia e o desejo. Em cada uma dessas perspectivas, a noção de realidade psíquica significa um real que tem a sua consistência, sua coesão própria (Baas, 2001, p. 10).

A transferência, conforme abordamos anteriormente, é a constituição da relação entre analista e analisando, onde o binômio fala-escuta vai se desenhando. A partir da transferência, o psiquismo pode se abrir para a escuta e, conseqüentemente, para a interpretação. Moretto, se referindo a Freud, escreve que ele definiu o psicanalista como:

Aquele que se propõe a analisar o psiquismo, aquele que, por meio de um procedimento bastante específico, promoveria a revelação do Inconsciente com o objetivo terapêutico de livrar o sujeito da angústia causada por aquilo que é seu, mas do qual ele nada sabe (Moretto, 2008, p. 24).

Quando apontamos o inconsciente, como questão central da Psicanálise, estamos determinando o foco do olhar, ou seja, da escuta que o psicanalista se propõe a realizar e, portanto, falamos também, sobre qual sujeito estamos pensando: o sujeito do Inconsciente. “Portanto, a intervenção analítica difere nitidamente da intervenção médica, social, psicológica e de qualquer outra que não tenha como objetivo tratar desse sujeito” (Moretto, 2008, p. 24). Importante, então, frisar a diferença entre o olhar da Medicina, voltado para o organismo do humano, e o da Psicanálise, voltado para o singular do sujeito.

Os conceitos, até então apresentados, indicam sobre o que é o fazer Psicanálise, porém, não finalizam a questão do que é ser um psicanalista. Está correto afirmar que o psicanalista é aquele que irá manejar a transferência e analisar o psiquismo, mas como se formar, ou melhor, como se tornar um psicanalista, é o que remete, portanto, à questão da formação.

Nogueira Filho e Warchavchik (2008) apontam que “o analista se forma se puder ser, desde sempre, um investigador insatisfeito” (p. 143) e esta formação se dá a partir do momento que o sujeito analista reconhece o efeito dos seus próprios desejos, fantasias e processos inconscientes.

Freud, em “Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise” (1912/2000a) reafirma que, alguém se torna psicanalista “pela análise dos próprios sonhos”. A partir desta afirmação, a formação do analista ficou atrelada, diretamente, à análise pessoal, pois:

O único caminho para a vivência dos processos inconscientes em si e nos outros é a análise pessoal. A formação psicanalítica pede uma análise pessoal aprofundada: meta alcançada ante uma real necessidade de tratamento e nunca como um protocolo institucional (Nogueira Filho & Warchavchik, 2008, p. 141).

Quando uma formação fica atrelada a uma experiência, corre-se o risco de automatizar, formatar, padronizar essa experiência e, em Psicanálise, o importante, como apontamos anteriormente, é o singular do sujeito. A formação, portanto, de cada analista, também será singular. A decisão de realizar a análise pessoal não deve vir, única e exclusivamente, devido ao interesse de se formar analista, “a demanda de análise deve surgir por sua inquietação consigo mesmo, de sua capacidade de estranhar-se, no sentido conferido por Freud, e de não se contentar com as elaborações construídas por sua própria capacidade reflexiva” (Nogueira Filho & Warchavchik, 2008, p. 143).

Há, portanto, no analista um desejo primeiro de se escutar e se fazer escutar, assim “o analista se forma fazendo da própria subjetividade objeto de investigação, sensibilizando-se à escuta do inconsciente primeiramente em si mesmo” (Nogueira Filho & Warchavchik, 2008, p. 142).

Dentro do tripé de formação, composto pelo estudo teórico, supervisão e análise pessoal, esta última tem enfoque ressaltado, pois é “decisiva para que o profissional-analista consiga trabalhar e fazer trabalhar o paciente que procura ajuda, sem ter o desejo de curar, o desejo de normalizar, o desejo de educar ou de reeducar” (Prizskulnik, 2009, p. 3).

A formação do analista se difere, e muito, da formação médica (incluímos aqui, também, as outras formações dos profissionais da saúde, como enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, etc., que têm, em sua base, o pensamento da ciência positivista). Ao analista, fundamental é sua própria experiência de análise, pois o aprendizado não se dá apenas a partir da apreensão dos conceitos teóricos, é preciso sentir na carne os efeitos da análise. Lembramos que a formação teórica não está excluída da formação do analista, ela é parte importante do tripé, porém, para o ofício psicanalítico, a teoria sem a experiência pessoal de análise não é suficiente para a sua formação.

A formação médica dá-se de outra forma, como anteriormente salientamos, que está pautada no ver, ver os sintomas, o corpo biológico, os processos de adoecimento, entre outros. Como Chauí (2000) apresenta, a medicina se pauta na concepção empirista de ciência, onde os fatos são investigados a partir das observações e de experimentos que permitem induções, definições e descrições de suas leis. A objetividade científica, buscada a partir de rigorosos métodos experimentais, pressupõe que o médico permaneça imparcial, distante de seu objeto

de estudo.

Tal postura é fundamental para que o médico foque a doença e determine os meios pelos quais buscará sua cura ou tratamento. Este modelo biomédico da medicina começou a ser construído entre o período do final do século XV e início do século XVI e, conforme Luz (1988) aponta, representou um deslocamento epistemológico da medicina moderna, da “arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças” (p. 83).

Foucault (1979) nos oferece uma compreensão de corpo, que permanece atual, como uma máquina ilimitada. No século XIV, esta visão começou a ser desenhada a partir dos estudos da anatomia e fisiologia associados à engenharia, a engenharia do corpo, que ganha força no século XVIII, quando se descobre que o corpo é fonte inesgotável de poder.

Em “O nascimento da clínica” (1977), Foucault destaca a trajetória da medicina como a ciência do olhar, positivista, que busca ver para saber. Então, a anatomia e a fisiologia têm especial destaque, a primeira por permitir a localização quase geográfica dos órgãos e a segunda por permitir compreender seu funcionamento. Segundo o autor, a anátomo-clínica demarca a:

Soberania do olhar, visto que no mesmo campo perceptivo, seguindo as mesmas continuidades ou as mesmas falhas, a experiência lê, de uma só vez, as lesões visíveis do organismo e a coerência das formas patológicas; o mal se articula exatamente com o corpo e sua distribuição lógica se faz, desde o começo, por massas anatômicas (Foucault, 1977, pp 1-2).

Assim:

O olhar penetra no espaço que ele [médico] estabeleceu como objetivo percorrer. A leitura clínica, em sua primeira forma, implica um sujeito exterior e decifrador que, a partir e além do que soletrava, ordenava e definia parentescos. Na experiência anátomo-clínica, o olho médico deve ver o mal se expor e dispor diante dele à medida que penetra no corpo, avança por entre seus volumes, contorna ou levanta as massas e desce em sua profundidade. A doença não é mais um feixe de características disseminadas pela superfície do corpo e ligadas entre si por concomitâncias e sucessões estatísticas observáveis; é um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo. Não é mais uma espécie patológica inserindo-se no corpo, onde é possível; é o próprio corpo tornando-se doente (Foucault, 1977, p. 155).

Este modelo, porém vem sofrendo críticas e a formação médica vem sendo repensada. Em 2001, o Ministério da Educação (MEC) lançou o “Projeto de incentivo a mudanças curriculares em cursos de medicina”, com o objetivo de “reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados –, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o

fortalecimento da atenção básica”.

Koifman (2001) levantou alguns pontos críticos da formação do médico, entre eles: “ausência de compromissos sociais com a população; formação excessivamente teórica, com ênfase nas especialidades médicas e em tecnologias de tratamento e investigação diagnóstica de doenças, em detrimento do conteúdo humanístico e de promoção de saúde” (pp. 57-58).

Um estudo abordando a formação da identidade do médico, realizado por Ramos-Cerqueira e Lima (2002), levantou expectativas de estudantes de medicina em relação à profissão e, dentre os resultados, destacou-se a idealização do papel do médico como um ser “inteligente, estudioso, sensível, seguro” (p. 108), que inspira confiança, está sempre disponível, é competente tecnicamente e compreende o paciente. O confronto com a realidade pressupõe diferentes graus de sofrimento emocional e, neste mesmo estudo, os autores levantam algumas dificuldades enfrentadas pelos futuros médicos:

Suas inibições e cautelas quanto ao sexo, próprias dos valores éticos da classe média, deverão ceder lugar à frieza e serenidade para estudar estruturas anatômicas e fisiológicas e examinar excrementos sem repugnância; deve dissecar cadáveres, superando o respeito aos mortos que lhe foi ensinado; deve inspecionar e questionar sobre o mais íntimo de homens e mulheres; deve assistir à morte de pacientes, dominando seus sentimentos, e prosseguir seu trabalho sem se deixar abater pelas emoções (Ramos-Cerqueira & Lima, 2002, p. 110).

Em seu artigo sobre a relação médico-paciente, que buscou trazer o tema da humanização da prática médica, Caprara e Franco (1999) destacaram:

Os médicos que escreveram sobre a experiência da doença que viveram, embora poucos, revelam como a formação médica é intensamente orientada para aspectos que se referem à anatomia, à fisiologia, à patologia, à clínica, desconsiderando a história da pessoa doente, o apoio moral e psicológico (p. 650).

As emoções, para o médico, devem permanecer marginais, dormentes e até negadas, pois há o receio de se sentir ou de ser apontado como muito frágil ou sensível, sendo, portanto, incapaz de servir para ser médico. Quando o médico adoece, sua visão geralmente muda e, em muitos casos, sua prática profissional também, como apresentado nos relatos publicados de Drauzio Varella (2007) em “O médico doente”, de Robert Klitzman (2008) em “When Doctors Become Patients” (Quando os médicos se tornam pacientes), publicado nos Estados Unidos, e de Oliver Sacks (2010) em “O olhar da mente”.

Encontramos, em alguns relatos de médicos que passaram por situações de adoecimento, em comum, o medo do diagnóstico, do tratamento e da morte, e a dificuldade em aceitar esta situação. Klitzman, ao relatar seu processo de depressão, demonstra que,

aliado ao sentimento de vergonha e fraqueza, há um imaginário de imunidade. Ele destaca: “Acho que os médicos pensam que vestem mágicos casacos brancos. Doenças acontecem para todos os outros, menos para eles” (IstoÉ, 2014). Este autor realizou uma pesquisa com cinquenta colegas médicos que haviam passado por um processo de adoecimento e, dentre os dados coletados, há a mudança de percepção acerca de seus próprios pacientes:

Os médicos relataram, por exemplo, que só depois de ficarem internados é que perceberam como um ambiente avariado, com janelas ou aparelhos de tevê quebrados, interfere no estado de ânimo do enfermo. Eles também confessaram ter sentido na pele o que é sofrer com os sintomas considerados menores pelos profissionais de saúde - entre eles a dor, a náusea e a insônia - e não receber a atenção necessária. E todos, sem exceção, admitiram que mudaram a forma de tratar seus doentes após deixar o hospital (IstoÉ, 2014).

Há, portanto, grande diferença no processo de formação do psicanalista e do médico, o primeiro encara suas dores, suas fraquezas, suas limitações e se submete aos efeitos das estratégias e das técnicas de seu ofício, o segundo afasta-se totalmente de seu objeto (paciente) para poder examiná-lo, procura ter uma atitude objetiva e com o controle das emoções. Apontamos, novamente, que as formações são diferentes porque a atuação também é diferente. Freud já abordava esta diferença e buscou a autonomia da Psicanálise, não a subordinando à medicina. Ele compreendia que toda ciência é unilateral e que a Psicanálise, de forma alguma, se propunha a substituir a medicina, e vice-versa.

Freud assinala que:

Em si toda ciência é unilateral. Tem de ser assim, visto que ela se restringe a assuntos, pontos de vista e métodos específicos. É uma insensatez, na qual eu não tomaria parte, lançar uma ciência contra a outra. Afinal de contas, a Física não diminui o valor da Química; ela não pode ocupar seu lugar mas, por outro lado, não pode ser substituída por ela. A Psicanálise é, por certo, bem particularmente unilateral, por ser a ciência do inconsciente mental. Não devemos, portanto, contestar às ciências médicas seu direito de serem unilaterais (Freud, 1926/ 2000g).

Estamos refletindo, neste momento, sobre o ser psicanalista, sua formação, suas diferenças em relação à atuação e formação na medicina, precisamos pensar, também, sobre o psicanalista na Saúde Pública, pois entendemos que este vasto campo de atuação demanda algumas características específicas.

A atuação na Saúde Pública tem se constituído campo de experiência e, também, mercadológico, para o psicanalista. Neste campo, ele se depara com os mais diversos e inesperados modos de viver e de sofrer. O trabalho neste campo enriquece o psicanalista, pois proporciona refletir e avançar na prática. O psicanalista oferece sua ajuda, sua escuta e recebe,

em retorno, enriquecimento a partir do contato com as mais diversas questões de existência, sofrimento e sintomas. Entretanto, para que o psicanalista possa atuar neste vasto campo, ele precisa oferecer sua escuta.

Macedo e Falcão destacam que a relação analítica é uma relação de comunicação, que envolve o ato de “escutar a palavra do outro e o de produzir palavras que viessem ao encontro dessa demanda e ajuda” (2005, p. 66). Assim, cabe ao psicanalista essa abertura à singularidade:

Singularidade desse outro que fala, seja na dimensão referente a seu sofrimento e pedido de ajuda, seja no que diz respeito ao efeito de sua ação terapêutica sobre ele. Ao abrir caminhos para que o homem repense sua história, a própria Psicanálise escreve sua história de transformações e ampliações (Macedo & Falcão, 2005, pp. 66-67).

A palavra que o psicanalista se propõe a escutar é aquela que abre novas possibilidades de compreensão do sofrimento humano, aquela que produz inúmeros efeitos, aquela que é ação desta relação analista/analizando. Nesta relação, que envolve o psicanalista e o outro (paciente, equipe com quem trabalha, por exemplo), o “psiquismo produz e reproduz continuamente efeitos de uma história” (Macedo & Falcão, 2005, p. 72).

Nesse sentido, a transferência torna-se campo privilegiado do trabalho analítico, pois:

Nela a palavra dirigida ao analista terá que ser remetida às suas originais determinações, evidenciando o valor de uma história sempre única e singular. Talvez aí se faça presente com mais clareza o que está além da escuta no processo analítico: a transferência como ferramenta técnica fundamental só é possível na medida em que Freud vai valorizando o complexo encontro que ocorre entre o paciente e o analista (Macedo & Falcão, 2005, p. 70).

A oferta desta escuta não encerra a questão do analista na Saúde Pública, outros pontos importantes devem ser percorridos, e um deles é o desafio de romper com a ideia de que a Psicanálise deve ser aplicada dentro de um consultório individual, no modelo de consultório particular. É comum, quando se pensa em Psicanálise, vir à mente essa “modalidade de atendimento padrão”, o modelo de consultório particular, o divã, o atendimento individual. Na Saúde Pública, é necessário romper com esta visão e lançar-se a outras modalidades de atendimento. A clínica psicanalítica é a clínica da escuta, essa não depende das paredes onde ocorrem e sim da disponibilidade do psicanalista em escutar, onde:

A fala deve ser privilegiada como possibilidade de fazer aparecer uma outra dimensão que implique o sujeito, que o leve a pensar na sua participação e em por que mantém seus sintomas no nível da queixa, de forma que possa descobrir e escolher outros caminhos para se haver com as dificuldades da vida. Para tanto, quem o atende também está implicado, já que é a pessoa a quem se está supondo algum saber que possa ajudá-lo, e por sua vez determina o que vai ser dito e de que maneira o será (Montezuma, 2001, p.133).

Superar a modalidade individual de atendimento não é um desafio apenas para os psicanalistas, é, também, foco de atenção sobre os psicólogos que atuam na Saúde Pública. Em 2006, foi lançado o relatório do levantamento sobre a prática profissional e produção acadêmica da Psicologia na Saúde Pública, em que 346 psicólogos do Brasil foram entrevistados. Na pesquisa, levantou-se que, do grupo pesquisado, 42,1% realizam atendimento individual, enquanto que, apenas 10,4% fazem atendimentos grupais e 3,3% coordenam oficinas (Spink, Bernardes & Menegon).

Não podemos esquecer que o SUS preconiza a universalidade de acesso, integralidade da atenção e controle social e que o atendimento pautado no modelo de consultório particular não dá conta da democratização do acesso à saúde. A escuta individual é, obviamente, importante, porém, sua prática não deve ser a única estratégia a ser utilizada.

Monteiro (2012), buscando ampliar o olhar sobre a atuação do psicanalista no contexto institucional, destaca três frentes de trabalho possíveis ao psicanalista: 1) A atuação frente ao específico do caso, visando o advento do sujeito; 2) A participação do analista na equipe, destacando algumas contribuições da escuta psicanalítica em uma prática feita por muitos; 3) Por fim, a incidência da escuta psicanalítica na atuação junto à família. Essas frentes são exemplos de modalidades de atuação que podem ser realizadas na Saúde Pública.

Outro ponto de preocupação, no que toca a atuação do psicanalista na Saúde Pública, é a “cultura psicológica” que limita sua ação ao tratamento psicopatológico. “Uma clínica de esquizofrênicos, anoréxicos, toxicômanos, deprimidos, é uma clínica da exclusão, tanto no que diz respeito às consequências sociais, como na exclusão do sujeito e de suas possibilidades de invenção” (Abreu, 2008, p. 77).

O psicanalista, no campo da Saúde Pública, conforme apontado, se depara com os mais diversos e inesperados modos de viver e de sofrer, portanto, sua prática é atravessada por diversos contextos: a equipe na qual trabalha, as questões sociais e culturais em que o sujeito está inserido, os diversos atores envolvidos com o paciente (escola, família, comunidade, trabalho, lazer, entre outros). Não é possível se fechar no discurso psicopatológico, é preciso circular e permitir que a palavra também circule.

Buscando avançar na crítica ao modelo do psicanalista padrão, Laurent criou o termo “analista cidadão”, definindo que:

Os analistas precisam entender que há uma comunidade de interesses entre o discurso analítico e a democracia, mas entendê-lo de verdade! Há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista

sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora (1999, p. 08).

Laurent cria esta noção de analista cidadão visando desconstruir uma prática comum entre os psicanalistas no final da década de 1970, e que durou até a década de 1990, qual seja a postura de intelectual crítico, aquele que estava exilado de todo contexto social, que não participava. “Esta figura do analista reservado, crítico, de certo modo marginal, teve um papel histórico importante, mas não corresponde mais ao que a Psicanálise requer para dar conta do sintoma” (Harari, 2008, p. 10).

Segundo A.C. Figueiredo (2001):

No que diz respeito ao afastamento da Psicanálise [da clínica na Saúde Pública], não é difícil imaginar o que provocou tal resistência, talvez mais dirigida aos psicanalistas que à Psicanálise, do mesmo modo que Freud falava dos psiquiatras e não da psiquiatria: os excessos interpretativos, a arrogância do saber e o psicologismo já seriam explicações mais que suficientes (p. 94).

Junto com a equipe de saúde, o analista cidadão deve se posicionar na busca por uma rede democrática de assistência à saúde, na luta ao respeito dos direitos de cidadania dos sujeitos. Esta é uma prática em equipe, que possibilita a criação de “um lugar onde a clínica se faz operar e onde o sujeito se faz acolher, que permite uma passagem de uma clínica a dois, a uma clínica dita coletiva: uma clínica feita por muitos, uma prática entre vários” (Abreu, 2008, p. 76).

Essa prática em equipe deve seguir à contramão da superespecialização, que acompanhamos na área da saúde, pois:

Muito mais que uma clínica multidisciplinar, interdisciplinar e até transdisciplinar, o funcionamento das relações entre os técnicos não se dá pelo diploma ou pelo saber que cada profissão carrega. Mas sim pelo saber construído a partir de cada sujeito que ali se trata. Este saber recorta a todos, até mesmo os que não têm diplomas superiores. A função terapêutica é, pois, exercida por cada um na instituição. O ato de cada um dos membros de uma equipe é que produz efeitos terapêuticos. Nessa perspectiva temos o afrouxamento dos lugares pré-estabelecidos nos diplomas universitários. Cada técnico ocupa, desse modo, um lugar que lhe é próprio na dinâmica transferencial (Abreu, 2008, p. 77).

Esta tendência à horizontalização das relações, nas equipes de saúde, segue os critérios do Ministério da Saúde de romper com a hierarquização e superespecialização, rompendo com a lógica tradicional e avança oferecendo maior resolutividade:

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma

precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade (Ministério da Saúde, 2011, p.13).

A.C. Figueiredo (2001) alerta para alguns “abandonos” decorrentes da confusão entre horizontalização e senso comum, em que se esquecem dos saberes diversos (das diversas formações) e cria-se a ideia de que “todo mundo faz a mesma coisa” gerando uma carência clínica:

Quanto à ‘carência clínica’, temos dois desdobramentos: o abandono da psiquiatria (aqui me refiro à chamada psiquiatria clássica ou tradicional, que pelo nome, já foi relegada ao esquecimento) no campo da psicopatologia e a carência de uma disciplina que desenvolva uma teoria que vá além das classificações, com poder explicativo e proposta terapêutica sistematizados. Tudo se passa como se a tradição teórico-clínica de nada servisse. Há uma espécie de implosão das especialidades. O “saber leigo” passa a ser um modelo que deve tornar todos aptos a tratar, e o tratamento deve se sustentar sobre o pilar da ressocialização permanente, através de uma convivência (palavra-chave da proposta) que subsume o trabalho e o lazer assistidos (p. 94).

O saber, próprio de cada especialidade, não deve ser desconsiderado, como apontado na crítica de A. C. Figueiredo, ao contrário, a multiplicidade de conhecimentos contribui para o desenvolvimento da equipe e possibilita que ela encare que não há a verdade absoluta sobre o psiquismo.

Pinacastelli, Faria e Silveira (2000) ao definirem equipe, comparam seu funcionamento ao de uma orquestra sinfônica em que, “os componentes desta equipe têm um objetivo comum (executar uma sinfonia), conhecimentos e habilidades diferentes (o pianista, o violinista, o clarinetista), uma coordenação (o maestro) e um plano de trabalho (as partituras)”. Ou seja, em uma equipe de saúde, cada profissional realizará o seu trabalho, porém, para o objetivo ser alcançado é necessário que haja conjunto, coordenação, respeito para com o outro e plano de trabalho.

Para uma atuação em equipe, é necessário saber quem é o outro (paciente e equipe de saúde) e como conversar com este outro para poder estabelecer pontes, relações e parcerias, caso contrário, corre-se o risco do psicanalista tornar-se uma ilha isolada. Para tanto, há uma preocupação com relação à comunicação, ao falar e se fazer entender pelo outro. A linguagem, portanto, é ponto crucial para o trabalho do psicanalista na Saúde Pública.

A linguagem comum entre os trabalhadores da saúde é a da ciência positivista, com suas siglas, diagnósticos e sintomas próprios, popularmente conhecida como a linguagem da Classificação Internacional das Doenças (CID) ou do Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders (DSM) . Conhecer essas classificações é tarefa básica para poder transitar na equipe de saúde, caso contrário, corre-se o risco de entrar em um “crítico” improdutivo, como Prizskulnik destaca:

A análise dos pressupostos que configuram a clínica médica e a clínica psicanalítica tem por objetivo delimitar o domínio de cada uma (alcances e limitações), o domínio do trabalho que cada profissional pode desenvolver com seus pacientes. Ao meu ver, colocar uma contra outra não contribui para um possível diálogo entre os profissionais e nem para um possível trabalho em equipe (2000).

Como apontamos acima, a escuta é a ferramenta central para o trabalho do psicanalista e é necessário, então, escutar a Saúde Pública, escutar a Organização Mundial de Saúde (OMS), até mesmo para poder refletir com postura crítica e contribuir para o avanço dos cuidados em saúde. Os estudos epidemiológicos, por exemplo, são fundamentais para o planejamento das ações e dos programas em Saúde Pública, e é tarefa do psicanalista conhecer esse discurso amplificado, psicanaliticamente conhecido como discurso do mestre, em que a intenção é colocar o sujeito na esfera dos ideais de todos, porém, sempre buscando a brecha para o singular do sujeito, trazendo o discurso do analista.

Lacan avança na teoria freudiana ao desenvolver a teoria dos discursos, de grande relevância teórica e clínica, que inaugura um novo modo de pensar o vínculo social. Em “O avesso da Psicanálise”, Lacan, argumenta que os “laços sociais são tecidos e estruturados pela linguagem e, portanto, denominados discursos” (Coelho, 2006, p. 108). Segundo Leite (2015) “o discurso é o efeito do deslizamento de uma cadeia significante, e o sujeito é produzido por essa cadeia. O sujeito não estará no centro da cadeia, será produzido por ela” (p 5).

Dos quatro discursos, estruturados por Lacan, dois nos são importantes neste momento: o discurso do mestre, fortemente ligado ao discurso da ciência positivista, e o discurso do analista, que vem em oposição ao discurso do mestre e possibilita a busca pela verdade do sujeito. Na análise pessoal, o trabalho clínico analítico precisa desfazer estruturas sintomáticas, desfazendo idealizações e desmontando identificações, quando alguém se nomeia psicanalista e reproduz (repete) o mestre, algo não aconteceu na própria análise.

O discurso do analista se pauta no silêncio, num silêncio/convite, no semblante que convida ao questionamento, à busca por um saber que falta. “O agente, no discurso do analista, é o desejo inconsciente, um questionamento dos significantes mestres” (Coelho, 2006, p. 115).

Há variados usos para o termo semblante e Lacan desenvolve este conceito ao formular os quatro discursos, afirmando que “não há discurso que não seja semblante”

(Camargo, 2009, p. 1). Para a Psicanálise, o semblante que interessa é “aquele capaz de falar ao se romper” (Assad, 2012, p.3), rompendo com o ilusório das aparências, indo à procura pelo que está para além destas aparências. O semblante permite o posicionamento do analista, “para que surja a verdade em jogo no mal-estar do sujeito, é necessário que o analista tome o seu lugar nele. Somente tomando seu lugar no dialeto do sujeito, ele poderá conduzir coerentemente um tratamento” (Monseny, 2001, p. 71).

Segundo Santos (2009), Lacan desenvolve o conceito de semblante na:

Época em que ele recorre à lógica do discurso visando a obter alguma ideia do que é o real para a Psicanálise, pois a lógica esvazia a palavra de seu sentido, reduzindo-o a letras que, por si só, nada dizem. É por esta razão que ele dirá que o discurso é sem palavras porque o real que pode apresentar a lógica matemática é um real que é aparelhado pela escrita, sendo a escrita um modo de linguagem que não fala.

Semblante, no conceito do dicionário, nos remete à fisionomia, aparência, porém, “o semblante, tal como elabora Lacan em seu ensino, não é ‘querer se passar por’ ou ‘fazer-se de’” (Santos, 2009), pois:

Essa construção pode nos conduzir a estabelecer uma falsa oposição entre a verdade e o semblante, qual seja, de que o semblante é o contrário da verdade, invalidando totalmente a relação que existe entre verdade e semblante. A verdade, nos diz ele, é aquilo que sustenta o semblante, e é, portanto, indissociável dele. Entretanto, aquilo que o semblante encobre, não é a verdade, é o real. Os discursos são forma de enganar e evitar o real, que para a Psicanálise não é sinônimo de realidade. É por isso que se diz que não há discurso que não seja semblante (Santos, 2009).

Na Saúde Pública, por ser o campo tradicional desta ciência que privilegia o discurso do mestre, a presença do psicanalista se faz fundamental, posto que, “a Psicanálise contribui com esse novo – e ampliado – discurso da ciência, quando coloca a noção de sujeito como aquele que tem infinitas possibilidades de vir a ser” (Coelho, 2006, p. 109). Como já apontado, mesmo a doença sendo universal, o modo como cada pessoa a vive, a compreende e lida com ela é singular. Para construir seu lugar na Saúde Pública, portanto, o psicanalista não pode vir com o discurso do mestre e sua Verdade, pois se o psicanalista trouxer certezas teóricas, ele sai do campo da Psicanálise, pois não há A Verdade, única e absoluta, mas, sim, a verdade do sujeito:

Para a Psicanálise, a verdade não existe, porque nunca pode ser alcançada. Ou seja, a partir da existência da castração, um desejo nunca se realiza; analogamente, o que existiria seria somente um saber sobre a verdade. O sujeito ao buscar um Outro completo, o identifica à ‘verdade absoluta’, não no sentido hegeliano, mas no sentido de que para cada sujeito existiria uma última verdade, indicada pelos seus desejos (Leite, 2015, p.6).

A Psicanálise, enquanto escuta do singular do sujeito, busca fazer “o sujeito produzir sua verdade por ele mesmo” (Leite, data, p 9). Assim, o discurso do analista se instala ao “não dirigir o paciente [ou a equipe]. Ele [o analista] não dá conselhos, pois os conselhos o colocariam do lado do mestre e essa é a posição do psicoterapeuta, que supõe que sabe o que falta ao outro” (Leite, data, p 9).

A.C. Figueiredo (2001) aponta que, para a convivência do trabalho em equipe, o analista:

Não é professor de Psicanálise (discurso universitário), não é o dono do saber (discurso do senhor/mestre), nem tampouco o profissional impotente diante da resistência expressa em 'não há o que fazer' ou 'assim não dá pra trabalhar' (discurso da histeria) (p. 95).

Estes discursos estarão presentes no cotidiano, se alternando, pois fazem parte da “experiência clínica e do laço social” (A.C Figueiredo, 2001), cabe ao analista conhecê-los e “saber como eles operam e quais suas consequências” (p.95).

O psicanalista, enfim, deve saber se valer da falta-a-ser para exercer seu ofício junto ao paciente, sabendo que não trabalha sozinho, ainda que, a cada passo, esteja só em sua decisão. Nessa direção, essas coordenadas podem ser úteis para que seu ofício se dê em meio às resistências que advêm, por vezes justificadas (A.C. Figueiredo, 2001, p. 95).

Para trazer o discurso do analista, é preciso estabelecer uma relação de “extimidade”. Segundo Seganfredo e Chatelard, a palavra *êxtimo*:

É um neologismo criado por Lacan para indicar algo do sujeito que lhe é mais íntimo, mais singular, mas que está fora, no exterior. Trata-se de uma formulação paradoxal: aquilo que é mais interior, mais próximo, mais íntimo, está no exterior (2014, p. 62).

O sujeito é constituído pela relação, chamada por Lacan, de “exterioridade íntima”, é, portanto na Cultura que se encontra dados importantes sobre o sujeito:

A Psicanálise deve, obrigatoriamente, para falar do sujeito, se debruçar sobre o que lhe é mais *êxtimo* – no neologismo forjado pelo psicanalista. É impossível recorrer a uma referência fixa para a apreensão do inconsciente, pois ele não é seu próprio centro, mas remete a um campo Outro. Buscar saber *d’Isso*, portanto, nos tira o tapete, nos subverte (Rivera, 2010, p. 223).

Em relação à equipe e ao trabalho em uma instituição, o psicanalista precisa tomar uma certa posição de extimidade, para que possa:

Não só ir, em determinados momentos, contra a inércia própria a toda a

instituição, não em um movimento grandiloquente, mas numa certa extimidade própria à experiência do inconsciente, como também manter essa extimidade em relação aos efeitos imaginários do trabalho em equipe, que toma a feição de um trabalho de 'grupos', vale dizer, ir contra a afirmação da consistência do saber para apontar a falta no saber. (A.C Figueiredo, 2001, p. 96).

Apontamos que a função psicanalista não é regulamentada, não se constitui um cargo e que, a entrada de um analista numa equipe de saúde se dá a partir das profissões de psicólogo ou de médico. Nos editais de concurso público, o cargo ofertado, que tem maior abertura para a entrada do psicanalista, na atualidade, é o de psicólogo. Anuncia-se uma vaga para psicólogo e entra um psicanalista, logo, seu lugar não está dado a priori, nem por cargo, nem por contrato, então, ele precisa ser construído. A construção desse lugar é um processo constante, que muda e necessita ser reinventado em diversos momentos, como por exemplo, na mudança de gestão, de membros da equipe e, até, na mudança dos usuários.

É importante frisar novamente que a entrada de um psicanalista numa equipe não significa, automaticamente, sua inserção:

A 'inserção' do psicanalista é um processo que tem a ver com o seu ato – o ato do psicanalista. Estamos falando de algo que tem a ver com um posicionamento simbólico, uma localização subjetiva, e que, portanto, leva em conta um processo psíquico que envolve, no mínimo, um 'eu', um 'outro' e uma estrutura que os contém e delimita de forma a garantir a qualidade de 'dentro/fora' de qualquer que seja o elemento que a constitua (Moretto & Prizskulnik, 2014, p. 290).

Nesse contexto, estar “dentro” fisicamente não representa estar inserido, fazer parte dessa equipe, mesmo que haja um contrato de trabalho, uma vaga preenchida. Para sustentar esse ato e realizar o processo de inserção, dois aspectos são importantes: a demanda que a equipe dirige ao psicanalista e a forma que a demanda é escutada por ele, assim:

O lugar do analista na equipe é um lugar de trabalho, de promoção de trabalho, e a inserção só é possível como consequência, a partir do estabelecimento de um campo de relação transferencial no qual o lugar de onde o psicanalista opera não corresponde, necessariamente, ao lugar no qual a equipe o coloca (Moretto & Prizskulnik, 2014, p.296).

Pensando sobre esse campo de relação transferencial, outro ponto importante para o trabalho do psicanalista na equipe é a transferência de trabalho. A.C. Figueiredo (2005) destaca a transferência de trabalho como uma solução possível para as dificuldades do trabalho em grupo. A autora define:

A transferência de trabalho, não é, como o nome pode indicar, transferir o trabalho para o outro. Ao contrário, a transferência de trabalho é concebida a partir do próprio conceito de transferência, central no tratamento psicanalítico, mas dessa vez como

um instrumento do trabalho entre pares. Seria a condição do estabelecimento de um laço produtivo entre pares visando, por um lado, o fazer clínico e, por outro, a produção de saber que lhe é consequente. A transferência que deve operar no trabalho em equipe deve ser norteadada pelo fato de que há um objetivo comum às diferentes profissões, que é uma determinada concepção da clínica pautada no sujeito (pp. 47-48).

Quando começamos a desenhar o projeto de pesquisa, ao estudarmos a reforma psiquiátrica e pesquisarmos sobre a produção de conhecimento e pesquisas na área da Psicanálise e da Saúde Pública, percebemos um foco de maior destaque para o trabalho realizado no CAPS e uma escassez de trabalhos que abordem a Psicanálise na AB. Este destaque sobre o CAPS se deve porque ele se constituiu, historicamente, como o serviço substitutivo que tem, entre suas inúmeras funções, articular toda a rede de saúde mental e oferecer cuidados aos usuários com transtornos mentais graves e severos. Apontamos, porém, que a maior parcela da população não é usuária do CAPS e, sim, da AB.

A AB permanece à margem da atuação do psicanalista, ora devido ser um campo ainda novo a ser conquistado, ora porque não tem recebido destaque da classe, mas que, ao mesmo tempo, constitui-se um vasto campo de atuação. Como apontamos, em diversos momentos, a atuação do psicanalista na AB é possível, importante e interessante, um novo lugar a ser construído pelo “analista cidadão”.

Outro ponto de atenção, que envolve a organização do atendimento ao usuário do SUS, é a classificação e o destaque entre “casos graves” e “casos leves”, que definem onde o usuário deve ser atendido, se é no CAPS ou na AB. Esse ponto deve ser tomado com cautela, posto que casos ditos leves, que envolvem o sofrimento cotidiano e limitam a vida da maioria dos usuários do SUS, estão ficando sem escuta, sem cuidado, por apenas se priorizar os casos graves atendidos pelo CAPS. Um questionamento pertinente, que deve ser realizado pelo psicanalista, e não só por ele, mas também por ele, que atua na Saúde Pública é quem pode definir o que é grave e merece atenção e o que é leve e não merece atenção? Como seguimos assinalando, neste trabalho, a importância da escuta ao sofrimento, da escuta ao singular do sujeito, devemos sempre buscar que o acesso ao cuidado em Saúde Mental seja democrático.

Uma das estratégias, para a democratização desse acesso tem sido o apoio matricial, conforme desenhamos anteriormente. A atuação do psicanalista numa equipe de matriciamento deve ir ao encontro desse objetivo: oferecer escuta ao usuário e às equipes que compõem a AB. Diversas são as possibilidades de trabalho com Apoio Matricial, e destacaremos dois: a construção coletiva de caso e a supervisão.

Na linguagem da Saúde Pública, a construção de caso clínico se chama Projeto

Terapêutico Singular (PTS). Nas publicações do Ministério da Saúde, como o “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental” (2011), este é o termo usual utilizado cotidianamente. O PTS, ou a construção do caso clínico é uma construção democrática que envolve os diversos protagonistas do caso (o paciente, seus familiares, outros atores e as instituições), em que cada um traz a sua contribuição:

Trata-se de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social e de encontrar o seu ponto cego, encontrar aquilo que eles não viram, cegos pelo seu saber e pelo medo da ignorância. Este ponto comum, a falta de saber, é o lugar do sujeito e da doença que o acometeu. A construção do caso consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição docente. Naturalmente, o que o paciente deve ensinar não passa por sua consciência e não pode ser dito em uma fala direta, mas mediante nossa escuta das particularidades, das coincidências que foram escondidas de sua história, do enigma de seus atos falhos, recaídas, ausências, etc. (Viganò, 2010).

A.C. Figueiredo, ao abordar a construção do caso clínico, contribui apontando que:

Construção é diferente de interpretação, por exemplo. A construção é um arranjo dos elementos do discurso visando a uma conduta; a interpretação é pontual visando a um sentido. Eis uma primeira diferença. A finalidade da *construção* deve ser justamente a de partilhar determinados elementos de cada caso em um trabalho conjunto, o que seria impossível na via da interpretação. Assim, a construção pode ser um método clínico de maior alcance (A. C. Figueiredo, 2014, p. 78, grifo da autora).

Novamente, a contribuição do psicanalista para a construção do caso na Saúde Pública, é a escuta das lacunas dos discursos, do singular do sujeito e da equipe que cuida deste sujeito. A construção do caso no apoio matricial é uma estratégia importante para que todos os autores se impliquem no caso e busquem os direcionamentos necessários para o cuidado com o paciente.

Ao se construir o caso coletivamente, busca-se a responsabilização desses atores, rompendo com a lógica do encaminhamento entre serviços e profissionais de saúde e, também, implicando o paciente e sua família no processo de cuidado. A ideia não é trazer certezas, fórmulas e padrões para o caso, mas sim, construir caso a caso, preservando o lugar da dúvida, do questionamento, da possibilidade de surgir algo de novo, assim:

Quando construímos um saber sobre um caso, preservamos um ponto de vazio que impede que a verdade sobre o paciente seja totalizada. A manutenção deste vazio é o que permite que as construções sobre o caso possam ser sempre reconstruídas, e novas soluções formuladas. Na construção do caso, portanto, o analista também está aberto à surpresa e à invenção. Isto significa que os elementos contingentes surgidos no tratamento analítico interferem constantemente na construção do saber sobre o caso (Val & Lima, 2014, p. 108).

Na história da Psicanálise e da psiquiatria, a discussão clínica e o processo diagnóstico

foram fundamentais para o tratamento dos pacientes e, também, para a formação dos profissionais que atuam em Saúde Mental. Para Quinet (2001), “a apresentação de pacientes, feita perante alunos (residentes, psiquiatras, psicanalistas, psicólogos em formação) e a equipe que se ocupa do paciente é uma ocasião que propicia a retomada da discussão clínica do diagnóstico no meio psiquiátrico” (Quinet, 2001, p. 83).

Abandonada por Freud, a apresentação de pacientes foi retomada por Lacan de forma modificada, “transformando-a em um encontro com os analistas, com as funções de ensino, diagnóstico, prognóstico e de orientação terapêutica a partir de uma clínica do sujeito do inconsciente” (Quinet, 2001, p. 84). Lacan tomou alguns cuidados durante a apresentação, selecionando um paciente, com um tempo de uma hora, no mínimo e apenas para alunos, profissionais e colegas da área da Saúde Mental selecionados, assim:

Lacan inaugurou um estilo de apresentação de pacientes em que a relevância é dada à singularidade de cada fala, tanto no nível do enunciado quanto no nível da enunciação. Em outras palavras, a apresentação a partir de Lacan é fundamentalmente um exercício de fala, em que todos os poderes são dados à fala do sujeito; é ele quem apresenta seu problema, sua questão, sua história e seus sintomas....Nela, o analista não ensina, mas é ensinado, tal como quem assiste à apresentação (Quinet, 2001, p. 84).

Há diversas implicações ético-profissionais na apresentação de pacientes, porém, realizada ao “estilo de Lacan” pode proporcionar “uma experiência que não só implica a transmissão do instrumental psicanalítico e permite a apreensão do sujeito do inconsciente, como também serve de orientação diagnóstica, prognóstica e terapêutica para a equipe...que se ocupa do paciente entrevistado” (Quinet, 2001, p. 85). Uma experiência que poderia auxiliar no processo de matriciamento e na construção coletiva do caso.

A construção do caso, além de possibilitar a responsabilização e o direcionamento, tem se revelado um potente instrumento de formação e avaliação, avançando e proporcionando melhor qualidade na atuação clínica e no trabalho na AB. O apoio matricial, conforme já indicado, é uma estratégia que visa promover saúde mental na AB, em um processo de construção compartilhada, criando novas propostas de intervenção, envolvendo duas ou mais equipes, apoiadas pela equipe de matriciamento.

Ao “levar” a equipe especializada em Saúde Mental até a AB, busca-se uma formação continuada para as equipes que atuam na ponta do sistema. A supervisão, portanto, é outra importante ferramenta utilizada no apoio matricial. Novamente podemos apontar um termo que se aproxima à supervisão, na linguagem da Saúde Pública, que é a interconsulta, definida como:

Uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas. Existem diversas modalidades de interconsulta, que vão desde uma discussão de caso por parte da equipe ou por toda ela até as intervenções, como consultas conjuntas e visitas domiciliares conjuntas. Esse encontro de profissionais de distintas áreas, saberes e visões permite que se construa uma compreensão integral do processo de saúde e doença, ampliando e estruturando a abordagem psicossocial e a construção de projetos terapêuticos, além de facilitar a troca de conhecimentos, sendo assim um instrumento potente de educação permanente. Porém, dentro da prática do matriciamento, a interconsulta tem como objetivo específico a estruturação do projeto terapêutico do caso (Ministério da Saúde, 2011, pp. 24-25).

Lacan considera a supervisão não como uma visão superior, mas como uma segunda visão, ou melhor, uma superaudição (Quinet, 2009). “A supervisão é um dispositivo que se insere precisamente nesse lugar intersticial de articular o saber ao não saber, pelo qual se revitaliza a experiência clínica e reabre-se o seu campo particular de ação” (Mendes, 2012, p.54).

No contexto da equipe de matriciamento, a supervisão não está dada *a priori*, nem sistematizada entre analista e analisando, porém, a superaudição oferecida pelo psicanalista à equipe de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros) marcará toda a diferença para a escuta e direcionamento dos casos.

Segundo Quinet (2009), a supervisão é o lugar privilegiado onde se elabora um saber, que se inicia antes mesmo do encontro com a figura do supervisor, pois desde o recolhimento dos dados históricos e da retomada do caso, inicia-se um movimento de abertura à reflexão do caso. Assim, a supervisão não é apenas um encontro e, sim, um processo com implicações antes, durante e depois do encontro.

Há modelos diferentes de supervisão, porém a chamada supervisão didática é um dos modelos mais difundidos, onde o “supervisor age estritamente como professor que pode explicar, corrigir, sugerir, tornando-se um modelo para uma identificação por parte do supervisionando” (Zaslavsky et al, 2003, p. 299).

As relações nas equipes de matriciamento tendem a ser horizontais, não havendo uma imposição ou hierarquização dos saberes, assim, a supervisão não deveria vir, apenas, com o modelo educativo tradicional (baseado na supervisão didática), pois “o momento da supervisão não é uma aula, o supervisor não está no lugar de mestre, nem no lugar do professor”. (Mendes, 2014, p. 53).

Um modelo que pode funcionar, na supervisão de equipes de matriciamento, é o experiencial, em que “a função do supervisor é facilitar o crescimento pessoal do

supervisionando” (Zaslavsky et al, 2003, p. 299). Neste modelo:

O supervisor participa na experiência de aprendizagem do supervisionando em um nível empático, usa a si mesmo como instrumento..., leva em conta o que se passa na dupla supervisor-supervisionando como forma de entender o material do paciente e abordar a transferência e a contratransferência diretamente....Este modelo é centrado na interação da dupla (Zaslavsky et al, 2003, pp. 299-300).

Freud, quando apontou que a Psicanálise deveria ser levada aos pobres, iniciou uma revolução, que continuamos a buscar na atualidade. A ideia do psicanalista cidadão novamente vem de encontro com o que propomos para o trabalho na Saúde Pública, rompendo com a ideia de que a Psicanálise é acessível apenas para os ricos.

A Psicanálise, ao trazer o singular do sujeito para o campo da Saúde Pública, consolida a proposta de Freud, de oferecer escuta para a grande parcela da sociedade. Há, porém, dentro dos próprios serviços públicos de saúde um substrato para a xenofobia e o preconceito em torno da população usuária do SUS, onde o significante “carente” traz à tona este preconceito.

Carente, segundo o Dicionário Michaelis significa “que não tem”, “que precisa”; carecer significa “necessitar, precisar”; carência, no mesmo dicionário, significa “falta, necessidade” (p. 160). Carente implica, então, uma falta, seja material, emocional, de saber, de saúde. O carente é aquele que receberá de alguém aquilo que falta para ele, ou seja, o profissional de saúde é aquele que irá promover a saúde do outro. Essa relação de poder, em que um oferta algo que falta ao outro, “carente”, está enraizada no serviço público e tem sido foco de críticas, pois, afinal, todas as pessoas são carentes de algo, não apenas a população usuária do SUS, “o pobre”.

Enquanto o outro for o carente, não é necessário que o profissional de saúde reconheça o carente que o habita e, recorrentemente, o sentimento de intolerância perante o usuário do SUS é alimentado. Freud construiu sua teoria do inconsciente numa Europa marcada por guerras religiosas, perseguição e intolerância ao outro, ascensão da luta de raças pelo domínio do mundo, e ele mesmo, judeu, foi alvo do nazismo. Todas essas marcas influenciaram seu pensamento e permitiu que ele desenvolvesse, com as ideias do narcisismo das pequenas diferenças e do estranho familiar, sua teoria sobre a origem da hostilidade e da intolerância para com o outro.

No texto “O tabu da virgindade” (1917/2000c), em que Freud aponta o tabu em relação à virgindade da mulher e aborda alguns pontos sobre o sentimento de hostilidade, ele destaca que “cada indivíduo é separado dos demais por um ‘tabu de isolamento pessoal’ e que constitui precisamente as pequenas diferenças em pessoas que, quanto ao resto, são

semelhantes, que formam a base dos sentimentos de estranheza e hostilidade entre eles” (Freud, 1917/2000e). Neste texto, em que destaca o sentimento de estranhamento que o corpo da mulher causa no homem (como o sangramento do rompimento do hímen e da menstruação, a gravidez, a ausência do pênis) e, a partir da ideia do narcisismo das pequenas diferenças, argumenta:

Seria tentador desenvolver essa ideia e derivar desse ‘narcisismo das pequenas diferenças’ a hostilidade que em cada relação humana observamos lutar vitoriosamente contra os sentimentos de companheirismo e sobrepujar o mandamento de que todos os homens devem amar ao seu próximo. A Psicanálise acredita que descobriu grande parte do que fundamenta a rejeição narcísica das mulheres pelos homens, a qual está tão entremeadada com o desprezo por elas, ao chamar a atenção para o complexo da castração e sua influência sobre a opinião em que são tidas as mulheres (Freud, 1917/2000c).

Em Psicanálise, quando se fala em complexo de castração, fala-se, também, “sobre a angústia que a diferença causa” (Fuks, 2007, p. 67). Importante para o trabalho é essa descoberta de Freud, de que as pequenas diferenças suscitam a intolerância em relação ao outro, pois “o ‘narcisismo das pequenas diferenças’ está na base da constituição do ‘eu’, do ‘nós’ e do outro, na fronteira que tem por função resguardar o narcisismo da unidade” (Fuks, 2007, p. 61). É a pequena diferença com o outro que provoca angústia e ascende a segregação e o racismo, “diferença *ex-tima*: o horror ao que é mais íntimo e que, tomado pelo eu como um objeto externo, constitui-se em objeto do ódio na segregação e no extermínio” (Fuks, 2007, p.66).

No texto “O estranho” (1919/2000e), Freud percorre um caminho, e buscando o sentido deste conceito tão peculiar, ele compreende que o estranho “relaciona-se indubitavelmente com o que é assustador – com o que provoca medo e horror; certamente, também, a palavra nem sempre é usada num sentido claramente definível, de modo que tende a coincidir com aquilo que desperta o medo em geral” (Freud, 1919/2000e). Ele relaciona o estranho com aquilo que não é familiar e, portanto, “é assustador precisamente porque não é *conhecido*” (Freud, 1919/2000e). Freud percebe que nem tudo que não é familiar apresenta ameaça ou causa medo, ele realiza a ligação entre o estranho e o recalque:

Está no fato de que,...nem tudo o que é assustador ou sinistro evoca o sentimento do estranho, mas apenas aquelas situações em que, justamente, há também subversão da lei do recalque, fazendo com que aquilo que deveria ter permanecido ‘secreto e oculto’ venha à tona (Martini & Coelho Junior, 2010, pp. 373-374).

Assim, Freud consegue demonstrar que, o que desperta o sentimento de estranheza, substrato para a xenofobia, o horror e medo do outro, é aquilo que inconscientemente é familiar e foi reprimido, “pois esse estranho não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e

há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo da repressão” (Freud, 1919/2000e) e complementa que este “estranho” é algo que deveria permanecer oculto, mas veio à luz. No contexto de nosso trabalho, o usuário “carente” do SUS desperta o carente que há em cada profissional de saúde e, portanto, deve ser distanciado, segregado.

Com sua teoria sobre o estranho, Freud (1930[1929]) aponta uma característica que o ser humano nega, sua agressividade:

O quê de realidade por trás disso, que as pessoas gostam de negar, é que o ser humano não é uma criatura branda, ávida de amor, que no máximo pode se defender, quando atacado, mas sim que ele deve incluir, entre seus dotes instintuais, também um forte quinhão de agressividade. Em consequência disso, para ele o próximo não constitui apenas um possível colaborador e objeto sexual, mas também uma tentação para satisfazer a tendência à agressão, para explorar seu trabalho sem recompensá-lo, para dele se utilizar sexualmente contra a sua vontade, para usurpar seu patrimônio, para infligir-lhe dor, para torturá-lo e matá-lo. (FREUD, 1930[1929]/1996c, p.76-77).

O SUS foi criado para unificar o sistema de saúde brasileiro, com o slogan “saúde para todos” e tem como princípio a acessibilidade, independente da classe social/condições econômicas do usuário. O sistema, porém, tem como grande parte de seus usuários o “pobre” (quem tem dinheiro paga o convênio) e, constitui-se em um dos grandes problemas sociais do país, devido precariedade dos investimentos do Estado e uma série de problemas estruturais, segundo Luna (2009): “na realidade, a saúde está apenas reproduzindo o esquema de desigualdade que se perpetua por alguns séculos em nosso país” (p. 305). Assim, para podermos compreender os motivos que estão por trás dos problemas dos serviços públicos de saúde, é necessário considerar que nossa sociedade:

Segrega e classifica seus membros de forma a valorizar uns em detrimento de outros, refletindo a lógica de operação de nossas instituições. Desse modo, o mau funcionamento de um setor público, como no caso da saúde, deve ser repensado tendo em vista seu público-alvo principal (Luna, 2009, p. 305).

A saúde no Brasil sempre esteve atrelada ao “atraso” (econômico, político, social, cultural) e, ao longo da história dos serviços de saúde, está presente, fortemente, a ideia de meritocracia. Entre as décadas de 1960 e 1970, havia dois sistemas de saúde delimitados, fortemente, pela ideia da meritocracia: “de um lado, a assistência médica individual atrelada à Previdência Social; do outro, ações de saúde de caráter coletivo destinadas à ralé” (Luna, 2009, p. 309). Neste período, os trabalhadores formais estavam ligados à Previdência Social, recolhendo impostos para financiar a saúde, a “ralé” ficava com as iniciativas religiosas, de caridade. Perpassamos, rapidamente, por estes dados históricos para apontar quem é o público-alvo do SUS e compreender o motivo da desvalorização da saúde pública, destacando a “desvaloriza-

ção moral, social e política dos brasileiros que mais utilizam o SUS... A falta de reconhecimento de sua cidadania que está implícita no tratamento desigual recebido pelas pessoas de outras classes” (Luna, 2009, p. 312).

Em seu texto “Você decide...Freud explica” (1996/1997), Maria Rita Kehl, discorre acerca do maior preconceito em vigor no Brasil -“o preconceito contra os pobres”-, segundo a autora:

Estamos convencidos de que os que não consomem, valem menos do que nós. Junto a isto, cria-se um preconceito contra todos os projetos que ainda chamaria de esquerdistas, isto é, que partem do ideal iluminista de que uma sociedade deva ser capaz de criar soluções coletivas, racionais, que sacrifiquem privilégios individuais a favor de direitos democráticos (Kehl, 1996/1997, p. 15).

É função do psicanalista na Saúde Pública perceber essa dinâmica de poder e xenofobia e trabalhar para a desconstrução dessa prática enraizada há muito tempo.

O objetivo de Freud ao desenvolver toda sua teoria do inconsciente e criar a Psicanálise, era aliviar o sofrimento humano. Pensamos, então, que o objetivo do psicanalista que se envereda pelo campo da Saúde Pública também seja este. Assim, nos questionamos se há uma predisposição para que o psicanalista se interesse pelo trabalho com o SUS.

A pesquisa “Psicologia em diálogo com o SUS” (2006), levanta alguns motivos da escolha de psicólogos pela atuação na Saúde Pública, dentre eles: a maioria (17,77%) apontam para “processo de identificação, amor pelo trabalho, desejo ou prazer pela área da psicologia na saúde pública” (Spink et Al, 2006, p. 35), corroborando com a hipótese de haver uma predisposição ao trabalho em Saúde Pública.

Não encontramos escritos que falem diretamente sobre um “perfil de Saúde Pública” ou de uma “cabeça de Saúde Pública”, encontramos inúmeros trabalhos e relatos de psicanalistas atuantes neste campo, demonstrando ser este um foco de interesse e constante reflexão. Um campo e um lugar sempre a ser construído e reconstruído com trabalho árduo, mas, também, recompensador.

5.2- O PSICANALISTA E O TRABALHO EM EQUIPE DE SAÚDE

Se o médico deve continuar a ser alguma coisa que não a herança de sua função antiga, que era uma função sagrada, é a meu ver, prosseguir e manter em sua própria vida a descoberta de Freud.

Jacques Lacan

A entrada de um psicanalista em uma instituição de saúde não significa, imediatamente, sua inserção na equipe, como apontado anteriormente, pois este “é um lugar que precisa ser construído de modo a que ele [psicanalista] possa operar” (Moretto, 2006, p. 54). Para avançar nessas reflexões é importante trazer a definição de equipe multiprofissional, bem como as diferenças entre expectativas e demandas para a Psicanálise.

Todo o trabalho psicanalítico é permeado pela ética sob a ótica da Psicanálise que se diferencia da ética dos outros profissionais de saúde por não considerar que o bem deve ser preconizado, não prometer a “cura” ou impor o tratamento. Como destaca Moretto:

A Ética da Psicanálise não é a Ética do Bem. O psicanalista não se presta a transformar o seu trabalho num trabalho adaptativo, referenciado em padrões de patologia e normalidade que cada vez mais se distanciam da singularidade do desejo de cada um. Em Psicanálise existem normas, sem dúvida alguma, mas estas se limitam às normas do desejo de cada um (2008, p. 53).

Quando há a presença de um psicanalista na equipe, há a necessidade de compreender, em termos psicanalíticos, o que esta equipe espera deste profissional e qual é a demanda para a Psicanálise. Moretto aponta que “é necessário interpretar a partir do que se escuta; só mesmo a palavra se presta a uma interpretação analítica” (2008, p.21).

Sobre esta demanda, geralmente para que se elimine e acalme toda espécie de angústia, Moretto (2008) reflete sobre os significantes: “acalmar, eliminar, socorrer, convencer” (p.22), e os decifra como: “tapar buraco”. Para a teoria lacaniana, a angústia “ocorre quando não se tem significantes que simbolizem o buraco no Real⁹. Ou seja, acabar com a angústia é fazer com que o angustiado fale, signifique o seu buraco” (p.22).

O pedido da equipe consiste em “tapar os buracos” de angústia, ou seja, oferecer respostas imediatas para a resolução de problemas, e esta angústia vem do paciente e da própria equipe. Então, a pergunta é: é papel do psicanalista, na equipe tapar buracos? Melhor ainda: é possível que um profissional tenha este poder, de eliminar angústias? A autora

⁹ Termo usado por Lacan “para designar uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 645).

destaca que, aceitar este papel prontamente é colocar-se “*numa posição de saber insustentável, ou melhor dizendo, seria assumir a posição de um Outro¹⁰ absoluto, capaz de obturar a fenda existencial inerente a cada ser humano e desta forma fechar qualquer possibilidade de 'salvação' do sujeito*” (Moretto, 2008, p.22).

O que fazer, então, com as expectativas da equipe? Negá-la prontamente também não se constitui uma opção, e esta postura poderia causar a demissão deste profissional da equipe, ou seja, a perda do emprego. Nem aceitar, nem negar a expectativa, faz-se necessário o silêncio, o “silêncio que remete ao silêncio do analista” (Moretto, 2008, p. 22). Silêncio responsável que coloca o psicanalista na posição de sujeito suposto saber¹¹, “posição esta imposta pelo próprio analista e que de certa forma não deixa de ser uma impostura necessária para que se faça Psicanálise, onde quer que esteja o profissional” (p. 23). Assim, a autora compreende que há lugar para o psicanalista na instituição e na equipe, onde se pode operar a partir da Psicanálise.

Há algumas condições necessárias para que uma prática possa ser chamada de Psicanálise, apresentadas por A. C. Figueiredo (2002) no livro “Vastas confusões e atendimentos imperfeitos”. A primeira é o campo com o qual o psicanalista trabalha, e que Freud denominou de realidade psíquica. Segundo o Dicionário de Psicanálise (Roudinesco & Plon, 1998), a realidade psíquica, conforme apontamos anteriormente, é um “termo empregado em Psicanálise para designar uma forma de existência do sujeito que se distingue da realidade material, na medida em que é dominada pelo império da fantasia e do desejo” (p. 646). Sua fonte primordial é o inconsciente e, portanto é atemporal, assim pouco importa se as impressões são factuais ou provenientes da realidade psíquica, mas sim o que o sujeito faz com aquilo que o afeta.

A realidade psíquica é a “única realidade que diz respeito e interesse ao sujeito, a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha; enfim, se põe no mundo e, até mesmo, se desconhece” (A. C. Figueiredo, 2002, p.124). De acordo com o que já apontamos, a matéria-prima da práxis psicanalítica é a palavra, somente a partir do que é dito se inicia o trabalho clínico, portanto somente é possível tratar o sofrimento psíquico a partir do que o sujeito traz dessa realidade psíquica em palavras.

¹⁰ Segundo o Dicionário de Psicanálise, de Roudinesco & Plon, 1988, o termo Outro foi utilizado por Jacques Lacan para “designar um lugar simbólico – o significante, a lei, a linguagem, o inconsciente... - que determina o sujeito, ora de maneira externa a ele, ora de maneira intra-subjetiva em sua relação com o desejo” (p. 558).

¹¹ Termo Lacaniano importante para a instalação da transferência, indica a sensação de “confiança, admiração, suposição consciente de um saber” (Pisetta, 2011, p. 64) que o paciente delega ao analista. A “ilusão fundamental, estrutural, de que seu saber- o saber do inconsciente – já está todo constituído no psicanalista” (Miller, 1987, p. 77) é o que instala a transferência.

A. C. Figueiredo (2002) escreve, então, da segunda condição fundamental para que se opere com a Psicanálise que é a dinâmica da transferência. O uso da palavra como terapêutica não é exclusivo da Psicanálise, o que determinará sua especificidade está no pacto analítico que “é um pacto de fala” (p.124). Sendo a Psicanálise a clínica da fala, é necessário que se abra “um espaço de escuta para o dizer daqueles que sofrem, pois a maneira de escutar faz com que o discurso daqueles que pedem ajuda possa se modificar e adquirir um sentido novo” (Prizskulnik, 2009, p. 62).

O “binômio fala-escuta”, inscreve-se no conceito de transferência, ou seja, “a clínica psicanalítica consiste em produzir um modo de fala através da transferência” (A. C. Figueiredo, p.125). A transferência consiste em, no primeiro momento, deslocar a fala na forma de desabafo, queixa, pedido, ao outro e, no segundo momento, transformá-la em reflexão, indagação. É preciso que se faça uma pergunta, que se queira saber sobre o que se diz. “É o que vem carregado de intenções, afetos, contradições que podemos definir como variações da transferência” (A. C. Figueiredo, p. 125). Ao analista, cabe oferecer esta escuta e esperar, dar tempo ao sujeito.

De início, para o sujeito, quem o atende deve ter algum “poder-saber da cura” (A. C. Figueiredo, p.125), porém, o analista não promete a cura, ele realiza uma aposta, firma um pacto, realiza um convite a pensar, para que o sujeito transforme sua queixa em questão para ele mesmo.

O movimento do sujeito de apresentar ao analista algo de sua realidade psíquica através da fala é a transferência, e, a partir desta dinâmica instalada, o analista irá operar. Assim, a autora traz a terceira condição para a Psicanálise, que é o conceito de *a posteriori*, o só depois:

A interpretação é um recurso do analista. O que, como e quando interpretar são questões correntes entre analistas. Porém, o que se impõe aqui como terceira condição é uma determinada concepção do tempo que é a mola-mestra da interpretação: *Nachträglichkeit*- a posteriori ou posteridade, que também podemos chamar de ‘só depois’. Uma palavra ou ação do analista só tem valor de interpretação, como efeito, num tempo posterior (A. C. Figueiredo, 2002, p. 125).

O tempo para a Psicanálise não é linear, *a posteriori* não significa uma ação passada sobre o presente, ou de um tempo progressivo. Para Freud, “é uma reorganização, uma reinserção dos traços de memória cujo tempo não é previsível nem controlável” (A. C. Figueiredo, p. 126).

A Saúde Pública é um campo que privilegia o trabalho em equipe, desde o movimento

da luta antimanicomial, até os serviços substitutivos em Saúde Mental, o modelo de cuidado em saúde foi redirecionado. A. C. Figueiredo (2010) destaca que o redirecionamento da prática clínica traz “novos desafios clínicos, teóricos, políticos e, mesmo, profissionais”, redirecionando, também, o trabalho do psicanalista na equipe de saúde pública, a autora aponta também:

Que não basta um bom convívio com os diferentes profissionais, é preciso que se construa o trabalho em equipe. Fala-se em 'projeto interdisciplinar' e, mesmo, em uma prática transdisciplinar como modelo para esse trabalho. Seja como for o enlaçamento entre as disciplinas e suas dinâmicas, o profissional 'psi' na orientação psicanalítica, ou o psicanalista, deve operar a partir do que advém da clínica, do que pôde colher tanto das palavras e das ações de cada paciente quanto dos efeitos de sua própria intervenção. Assim, para daí poder extrair indicações que vão sustentar a direção do tratamento e construir uma referência mínima comum (A. C. Figueiredo, 2010).

Em seu artigo “Trabalho em equipe multiprofissional”, Peduzzi (2001) destaca que, na área da saúde, houve intenso processo de especialização que trouxe como consequência o aprofundamento vertical do conhecimento e intervenções individualizadas, não havendo articulação das ações e dos saberes dos diversos profissionais da saúde. O trabalho em equipe tem sido uma estratégia para enfrentar essa superespecialização, pois visa à articulação dos saberes e horizontalização das relações.

Segundo a autora, ainda “são raras as definições sobre equipe” (Peduzzi, 2001, p. 104), e a partir de um levantamento bibliográfico destaca a predominância da compreensão de que equipe é formada por diferentes profissionais, de diferentes áreas e formações, que atuam em conjunto, cada um com sua atribuição, tarefa ou atividade específica de sua área. Para a autora, equipe multiprofissional é “uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais” (Peduzzi, 2001, p.104).

Scherer et al. (2007) compreendem que o trabalho em equipe deve ter a ação integrada de cuidados como foco, para oferecer o atendimento adequado e humanizado aos usuários. Para tanto, é fundamental que ocorra a clareza dos papéis de cada membro da equipe, que haja distribuição e articulação das tarefas, que seja definido os limites e responsabilidades de cada profissional e área de atuação.

Uma das contribuições da Psicanálise para o trabalho em equipe e, conseqüentemente, um de seus grandes desafios, é a construção do caso clínico em conjunto com a equipe, conversando com os vários saberes envolvidos no caso. A. C. Figueiredo (2010) alerta para o perigo das “disputas imaginárias [que] se manifestam muitas vezes pelo 'narcisismo das

pequenas diferenças' sobre o que Freud tanto nos alertou como gerador de crises, disputas acirradas". Para a construção do caso clínico, é preciso partilhar os saberes e as responsabilidades.

Conforme viemos destacando, para que o analista seja inserido na equipe de saúde deve, primeiramente, compreender o que esperam dele, quais são seus limites e possibilidades. Entender os papéis de cada membro da equipe, também, é importante para a atuação e, acima de tudo, estabelecer um diálogo com seus interlocutores.

O analista é chamado, muitas vezes, para atuar como "tapa buracos", aquele que banirá a angústia, do paciente (e, também, da própria equipe, como já mencionado). A este apelo - banir a angústia -, é necessária a escuta qualificada e a espera confiante de que, através da transferência é possível operar no sentido de dar voz ao sofrimento humano e, conseqüentemente, produzir novos sentidos para a vida e para todos os processos que dela fazem parte, inclusive, a própria doença. O papel do psicanalista na equipe de saúde, afirma Moretto:

É oferecer uma escuta diferenciada ao paciente, diferenciada daquele que é o discurso que reina no contexto ... hospitalar [da área da saúde], o discurso médico. Na medida em que o analista promove a fala do sujeito e o escuta a partir de uma posição diferente (que é a posição analítica), abre a possibilidade de o próprio sujeito escutar-se, propiciando, desta forma, a subjetivação (Moretto, 2008, p. 209).

6. AVANÇOS NECESSÁRIOS: PESQUISA DE CAMPO

6.1- A RELEVÂNCIA DA PESQUISA DE CAMPO

As pesquisas e estudos precisam avançar e, para isso, o município escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa foi uma cidade próxima à cidade de São Paulo, cuja articulação da RAPS e experiências de matriciamento estão em construção e onde as práticas estão em constante movimento e reflexão.

O problema levantado por nossa pesquisa tornou-se relevante em termos científicos, pois possibilitou novos conhecimentos para a área de estudo e, em termos práticos, a relevância refere-se aos benefícios que seus achados podem trazer para a área de conhecimento. Quando falamos sobre a vivência de um psicanalista do interior de São Paulo, também falamos aos psicanalistas de outras cidades e, talvez, de cidades menores e mais distantes das capitais.

A pesquisa de campo, com a escolha proposital da amostra a partir do estudo de um caso único, com escopo mais reduzido por se tratar de um projeto de Mestrado, permitiu a escuta de um profissional com mais tempo de formação, podendo testemunhar suas experiências.

Em relação à confiabilidade e validade dos dados, mesmo não sendo possível uma generalização e comparação no caso único, ele proporcionou explorar com maior profundidade alguns aspectos subjetivos e conceituais importantes para esta pesquisa. Turato (2003) destaca que pesquisas qualitativas não visam “generalizar resultados, mas dar possibilidades de generalizar novos conceitos e pressupostos” (p. 360), e a pesquisa em Psicanálise se preocupa em compreender os fenômenos em profundidade.

Pensando na inserção, inegável, do psicanalista na Saúde Pública e na proposição da Psicanálise, que enfatiza a singularidade do sujeito, perguntamos: Como se dá a experiência de um profissional psicanalista no campo da Saúde Pública, atuando em equipe de saúde? Quais as especificidades desta prática no âmbito do matriciamento? Quais as contribuições, na visão do psicanalista, a Psicanálise tem oferecido à Saúde Pública? Quais os desafios vividos nesta prática que ainda é realizada nas “entrelinhas”, já que é um lugar que precisa ser construído de modo a que ele possa operar?

A pesquisa trouxe como proposta, justamente, realizar estas reflexões sobre a inserção da Psicanálise na Saúde Pública, seus desafios e possibilidades, além de propor o intercâmbio entre prática e produção de conhecimento. A partir do encontro que mobilizou a palavra, pudemos investigar uma experiência única e subjetiva da trajetória de um psicanalista em uma equipe de matriciamento, transpondo a reflexão sobre a contribuição da Psicanálise para a Saúde Pública em uma prática do trabalho em equipe.

6.2- METODOLOGIA

A presente pesquisa se trata de uma pesquisa qualitativa, com o estudo de um caso único, e a condução das entrevistas e análise dos resultados foram psicanaliticamente orientadas através do referencial teórico freud-lacaniano.

A pesquisa de campo, a partir do estudo de caso único e aprofundado, apresentou como objetivo investigar e refletir sobre a inserção de um psicanalista na Saúde Pública, e seu trabalho na equipe, além de possibilitar a análise subjetiva desta experiência e sua visão da prática neste campo. O estudo de caso único foi elencado como apropriado para a pesquisa por permitir explorar o tema da pesquisa onde, a partir do testemunho das experiências do sujeito pesquisado, pôde-se descrever e analisar a situação no contexto em que ela ocorre (Gil, 2002).

O entrevistado, preencheu os seguintes requisitos: formação em Psicanálise e atuação em equipe de Saúde Pública, em equipe de matriciamento na AB. O recrutamento do entrevistado se deu a partir de contato presencial para apresentação da pesquisadora e levantamento do interesse do entrevistado em contribuir para a referida pesquisa; apresentação e esclarecimento do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Para a realização do estudo de caso foram realizadas entrevistas semiabertas, no contexto da entrevista em profundidade, que permite, através de algumas perguntas disparadoras, aprofundar os temas propostos. Alguns temas foram propostos: o psicanalista na Saúde Pública, a formação do sujeito entrevistado, a inserção na equipe de Saúde Pública, a experiência do matriciamento como um campo onde a Psicanálise possa operar, a prática e a visão sobre a contribuição da Psicanálise para a Saúde Pública.

O uso da entrevista em profundidade neste estudo de caso único implica uma

discussão cuidadosa, posto que a presente pesquisa circunscreve-se dentro do que entendemos por pesquisa em Psicanálise. Como Rosa e Domingues (2010) bem destacaram: “Mais do que pelo tema e lugar, a pesquisa em Psicanálise se define pela maneira de formular as questões” (p. 182). Na entrevista, a demanda está explícita do lado do pesquisador, mas no encontro entre pesquisador e entrevistado pode-se dizer que há demanda dupla, pois na hora em que o entrevistado aceita o convite constitui-se uma demanda, mesmo que não seja explicitada em momento algum do processo. O convite para a entrevista se assentou no pressuposto ético de que este sujeito pode dar seu testemunho, transmitindo um saber sobre sua experiência pessoal.

Costa e Poli (2006) situam a complexidade da pesquisa em Psicanálise, pois, “o objeto desta pesquisa possui a paradoxal característica de ser também sujeito” (p.14). Sujeito, como entendemos em Psicanálise, é o sujeito do inconsciente, do insabido e, conforme destacado anteriormente, “operar com o inconsciente implica, pois, a suposição de um saber que não se sabe, mas que é suposto” (Costa & Poli, 2006, p.17), saber este que é constituído no campo relacional, ou seja, na transferência, como apontamos anteriormente. Portanto, como destacam as autoras, entrevistar não é colher dados de um saber prévio, mas sim, no campo da transferência, na relação entre pesquisador e pesquisado, formar um saber a partir da escuta. A escuta do sujeito, dentro do panorama ético da Psicanálise, segundo Lacan (1959[1960]/2008), condiz com a atenção flutuante do analista – no caso, do pesquisador – e da associação livre do sujeito.

A atenção flutuante é uma das regras da Psicanálise, criada por Freud, consiste na escuta do psicanalista sem privilegiar nenhum elemento do discurso do paciente, deixando a atividade inconsciente entrar em ação. (Roudinesco & Plon, 1998, p. 39). No caso da pesquisa, para além do caso do tratamento, a escuta flutuante permitiu que nenhum conteúdo fosse privilegiado, julgado ou classificado, possibilitando a instalação de uma relação transferencial, facilitando que a pessoa entrevistada pudesse falar livremente, ou seja, associando livremente.

Associar livremente é falar livremente, Freud sabia que, mesmo a fala não sendo tão livre assim, poderia ocorrer e despertar os conteúdos reprimidos no inconsciente. Associação livre e atenção flutuante são condições fundamentais para que ocorra a análise. Para a pesquisa, em questão, a associação livre e atenção flutuante foram condições fundamentais para que conteúdos inconscientes fossem despertados, trazidos à tona e, conseqüentemente, elaborados, contribuindo para a construção do saber, instituído a partir da relação

pesquisador/pesquisado.

Figueiredo e Minerbo (2006) destacam que esta escuta provoca transformações no sujeito, “na medida em que se torna capaz de ver coisas que não via antes” (p.260). E, também, provoca transformações no pesquisador, que está inserido na relação com o sujeito pesquisado.

O uso do gravador, durante as entrevistas, foi aceito pelo entrevistado e permitiu maior liberdade para acompanhar a fala dele. Possibilitou também, uma escuta condizente com a atenção flutuante e facilitou a associação livre do entrevistado. Além disso, a possibilidade da transcrição das entrevistas proporcionou maior riqueza de detalhes e profundidade dos dados.

Na pesquisa em Psicanálise, como escrito anteriormente, as hipóteses são suspensas durante a pesquisa, justamente para que o objeto de estudo possa se manifestar: “trata-se de um trabalho de descoberta/invenção que se alimenta do depoimento e, em contrapartida, o enriquece e abre dimensões psíquicas, individuais e sociais, inesperadas” (Figueiredo & Minerbo, 2006, p. 262).

As entrevistas semiabertas permitiram a liberdade narrativa do sujeito, sendo uma forma de resgate da história pessoal que serviu, também, como ferramenta de reconstrução subjetiva para o entrevistado. Propiciou conhecer as razões e os motivos que dão sentido às suas aspirações, suas crenças, valores e atitudes diante da escolha pela Psicanálise e pelo trabalho na Saúde Pública.

A análise dos resultados, conforme destacado anteriormente, foi psicanaliticamente orientada através do referencial teórico freud-lacaniano, a partir da coleta dos dados realizados no estudo de caso com entrevistas semiabertas. “A análise dos dados, na pesquisa psicanalítica, deve ser orientada pela escuta e transferência instrumentalizada do pesquisador” (Rosa & Domingues, 2010, p. 186). O desenho do caso, ou seja, sua escrita e análise buscou ir para “além de uma apreensão circunstancial e momentânea do observado, pois envolve uma construção, a construção do caso metodológico, que transforma os registros daquilo que se apresenta como enigma em um relato” (p. 186).

Nosso objetivo com a análise dos dados não foi produzir generalizações no contexto da pesquisa empírica positivista, que prevê que uma experiência seja passível de ser reproduzida inúmeras vezes, pretendemos “fazê-las em relação às proposições teóricas e não para populações ou universos” (Yin, 2001). Como Costa e Poli (2006) apontam, a pesquisa produz uma experiência relevante no sentido de trazer modificações no campo psicanalítico e, como Figueiredo e Minerbo (2006) também destacam a “pesquisa com método psicanalítico é

sempre obra de psicanalista e capaz de trazer novidades à própria Psicanálise” (p.259).

6.3- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os aspectos éticos relacionados à presente pesquisa foram analisados sob a luz da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, que trazem diretrizes para a realização de pesquisas com seres humanos no contexto da saúde.

Cabe ressaltar que, ao estarmos à luz da teoria psicanalítica, também, implica estarmos à luz da ética da Psicanálise nos remetendo, sempre, “à análise da relação da ação com o desejo que a habita” (Moretto, 2006, p.15).

Freud, ao descobrir o inconsciente, revelou “uma verdade do sujeito que lhe escapa, e da qual nada quer saber: a dimensão do seu desejo” (Andrade Junior, 2007, p. 187). Lacan descentraliza a ética do plano ideal, o plano da Razão, para centralizá-la no desejo inconsciente:

Se para Aristóteles as virtudes são valores que devem ser cultivados para uma vida ética, cujo fim seria a beatitude alicerçada na Razão, a Psicanálise, por sua vez, deixa cair por terra qualquer promessa de felicidade encontrada na ordenação dos bens. As virtudes adquirem uma nova acepção no discurso psicanalítico: sejam elas quais forem, não se encontram dadas tampouco fazem parte da constituição do sujeito. Não há completude alguma na virtude a que se possa aspirar. É o desejo que surge como o mais íntimo ao homem, e é exatamente desse desejo que o eu se esquivava (Andrade Junior, 2007, pp. 188-189).

Assim, Lacan traz uma ética própria da Psicanálise que, em alusão a esse desejo “repousa em permitir ao sujeito reconhecer seu desejo; ou, de maneira mais radical, reconhecer-se desejante” (Andrade Junior, 2007, pp. 188-189). Assim, a ética da Psicanálise é definida como um “juízo sobre nossa ação” (Lacan, 1959-60/2008, p.364) e que “se há uma ética da Psicanálise – a questão se coloca -, é na medida em que, de alguma maneira, por menos que seja, a análise fornece algo que se coloca como medida da nossa ação – ou simplesmente pretende isso” (Lacan, 1959-60/2008, p.364).

Para a realização da pesquisa, primeiramente, foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) responsável o projeto e documentos relacionados. Obtendo parecer positivo, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CCAE) número 41799115.9.0000.5561, a partir do cadastro do projeto de pesquisa na plataforma

Brasil, no caso o Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos da USP (CEPH-USP). Foi entregue o protocolo da pesquisa contendo a descrição e as informações relacionadas ao participante da pesquisa bem como outros dados relevantes para aprovação antes do início da pesquisa de campo.

Considerando que a pesquisa se compôs a partir de entrevistas individuais foram respeitadas as exigências éticas da pesquisa clínica, que envolvem o esclarecimento do convidado a participar da pesquisa acerca das condições, do momento e local das entrevistas.

Foram prestadas, também, informações claras e acessíveis ao convidado, para que ele refletisse acerca de sua participação ou não da referida pesquisa. Após os esclarecimentos e, a partir do interesse do convidado em participar da pesquisa, foi apresentado o TCLE, que foi lido e compreendido antes da concessão do seu consentimento.

As entrevistas, previamente agendadas, aconteceram em recinto preservado, mediante autorização formal do entrevistado, documentada em conformidade com as diretrizes éticas de pesquisa aprovadas pelo CEPH-IPUSP.

As entrevistas e as transcrições foram utilizadas para a análise dos dados e a discussão teórica e, ao término da pesquisa, o material gravado e transcrito foi inutilizado. O entrevistado pôde solicitar quaisquer informações que achou necessário e também pôde retirar seu consentimento a qualquer momento sem penalidades. O entrevistado pôde se recusar a falar sobre qualquer assunto que julgou necessário e também pôde não autorizar a utilização total ou parcial dos dados.

6.4- QUANDO NÃO HÁ ESPAÇO PARA A PESQUISA DE CAMPO

Quando começamos a desenhar o projeto de pesquisa, nossa intenção era escrever sobre o cotidiano e a práxis do psicanalista na UBS. A prática da Psicanálise na Saúde Pública sempre se apresentou como foco e, após algumas leituras, a pergunta foi elaborada: qual seria a contribuição da Psicanálise para a AB, especificamente para o trabalho em UBS?

Nos trabalhos, livros e artigos lidos, encontramos unânime, a ideia de que a Psicanálise tem permanecido presente na Saúde Pública, mesmo que “nas entrelinhas” por estar atrelada ao profissional psicólogo ou médico com formação psicanalítica. Também encontramos que há grandes contribuições da Psicanálise para a Saúde Pública e que o campo

de atuação tem tido destaque.

Havíamos encontrado um possível sujeito para a pesquisa, alguém que se enquadrava no perfil que buscávamos: um psicanalista que estava atuando em UBS. A pesquisa, porém, não foi autorizada pela instituição. Não é comum este tipo de negativa, e imaginamos que as instituições - especialmente as públicas - estariam abertas para que o conhecimento fosse produzido e pudesse circular, o que, na prática, não ocorreu.

Projeto nos braços, a solução foi articular com outras cidades da região que abrissem as portas para esta pesquisa. Algumas cidades da região metropolitana demonstraram interesse na realização da pesquisa e não encontramos dificuldades em articular nossa presença em suas instituições de saúde, e nossa surpresa foi constatar que não encontraríamos um “sujeito de pesquisa” tão facilmente assim. Apesar das leituras afirmarem a presença do psicanalista na Saúde Pública, em várias cidades que consultamos, não havia o psicanalista na UBS, e em sua maioria, estes profissionais, que encontramos, eles estão atuando nos CAPS.

Outras perguntas começaram a surgir: Além dos CAPS, onde estão os psicanalistas na Saúde Pública? Como construir o lugar da Psicanálise na AB se não há psicanalistas que atuam nela? E, para pensar sobre a recusa de nosso projeto, como construir um lugar onde não há abertura para este lugar? Aprendemos, neste momento, que a prática estava longe da teoria, mas, nem por isso, deveríamos desistir.

Após contatos com as instituições de Saúde Pública que abriram suas portas para receber nossa pesquisa, encontramos uma abertura em uma cidade próxima a São Paulo, onde há a presença do psicanalista na rede de Saúde Mental, atuando em AB a partir da experiência em equipe de apoio matricial. Realizados os ajustes necessários ao projeto, em relação à especificidade da atividade de matriciamento, nossa pesquisa, assim, tornou-se possível.

6.5- A PESQUISA DE CAMPO: ANÁLISE E DISCUSSÃO

O primeiro objetivo deste trabalho, conforme apontamos anteriormente, era de abordar a prática do psicanalista na AB, especificamente atuando na UBS, porém, não foi possível continuarmos por este caminho. A busca por outra possibilidade, que contemplasse a construção do lugar do psicanalista na Saúde Pública, não sendo na Atenção Especializada, ou seja, no CAPS ou no hospital, tornou-se um desafio, abrindo a questão: onde está o

psicanalista na Saúde Pública?

O encontro com o psicanalista na AB, atuando em equipe multidisciplinar de matriciamento, concretizou a possibilidade de alcançarmos nosso objetivo. Um encontro para despertar uma falta e provocar movimento, no pesquisador e no pesquisado. Em um dos encontros para entrevista, com o gravador desligado, uma conversa importante ocorreu. O entrevistado falou que, a partir de nossas entrevistas, estava revisitando sua trajetória e podendo repensar sua prática, inclusive com o surgimento de novas ideias.

As marcas que esta pesquisa deixou em nós, pesquisador e pesquisado, sempre foram um dos objetivos centrais que nos levou ao caminho deste Mestrado, como um caminho de formação e transformação. A contribuição que pretendemos oferecer aos outros profissionais, e para nós, que trabalham e acreditam que é possível fazer uma Saúde Pública de qualidade, é o respeito pelo singular do sujeito, não massificando nem banalizando o sofrimento individual. Objetivos estes, que não constam no projeto formal de pesquisa, mas permeia nosso texto, nossa produção, nosso caminho.

O psicanalista entrevistado, que está inserido em equipe de saúde mental pública, pôde nos ajudar a construir um saber sobre esta contribuição. A partir de sua experiência, ele pôde falar sobre sua vivência, seu dia-a-dia e sua busca pela construção de seu lugar junto à equipe, os entraves enfrentados e as pontes que foram construídas para tornar possível seu trabalho. Importante apontar que, a partir do relato deste profissional, pudemos encontrar pontos que coincidem com a produção teórica existente, mas também, nos deparamos com as diferenças entre teoria e prática e, pretendemos, portanto avançar na aproximação entre o que as pesquisas e teorias indicam e o que realmente ocorre na lida diária.

O processo de interpretação do texto original das entrevistas constitui-se num processo de desconstrução e reconstrução, em que recortamos, desmontamos e remontamos, tal qual realizamos no dia-a-dia da escuta psicanalítica.

As publicações dos trabalhos (pesquisas, artigos, livros, entre outras), que abordam o tema do psicanalista na saúde pública, apontam que é possível a construção deste lugar, porém, as realidades pesquisadas geralmente são as grandes cidades e capitais do país. Para se construir um lugar, é necessária a presença do psicanalista, ao buscarmos o participante da pesquisa, em uma cidade de porte médio ou pequena, percebemos que, no interior, sua presença tem sido inexpressiva, ao menos, na região em que buscamos. Consideramos isso um dado importante, pois, ao buscarmos instituições de formação em Psicanálise percebemos que elas estão concentradas nas grandes cidades. Para os profissionais que moram no interior,

o acesso à formação é mais difícil (falamos de limitações geográficas, temporais e financeiras).

As cidades que pesquisamos, quando estávamos à procura de um psicanalista atuando na Saúde Pública, são próximas a São Paulo – região do Alto Tietê - e, mesmo assim, encontrar este profissional foi uma tarefa difícil. Durante uma das entrevistas o psicanalista citou a falta de outros profissionais na cidade em que atua. Em sua visão, há campo de trabalho, inclusive para a atuação em consultório particular. Importante apontar que, a formação dele teve início em período anterior à sua vinda para a cidade atual.

Sobre o analista entrevistado, compreendemos que, independente de sua formação de analista, ele buscou uma formação que o ajudou na prática, ele investiu e segue investindo (libido, tempo, dinheiro). Houve um chamado interno para o trabalho na Saúde Pública, tanto que seus caminhos sempre desembocaram neste campo e, antes de se formar analista, ele se formou ser humano incomodado e inconformado com o modo que o paciente em sofrimento mental era cuidado. Diante do incômodo, o movimento foi produzido, de buscar outras possibilidades, de encontrar parceiros, de fazer junto com o outro.

Iniciamos as entrevistas pedindo que o psicanalista (indicaremos como Psi) falasse livremente sobre o Psicanalista na Saúde Pública. Ele prontamente pôs-se a falar. Elencamos três temas centrais, a partir de sua fala: a) Formação; b) Práxis e c) Matriciamento. Caminhemos, trazendo recortes das entrevistas (as falas serão apresentadas em *itálico*) e discutindo acerca dos temas levantados por Psi, durante sua livre associação.

a) Formação:

Psi: *“Primeiro, para falar sobre eu, psicanalista na Saúde Pública, preciso falar sobre o que é, para mim, ser psicanalista”*. Ele tem a visão dele do que é ser psicanalista. Como viemos apontando ao longo do texto, a formação é singular, ou seja, diferente para cada analista que se forma, e não há uma formalização única da profissão o que gera uma série de controvérsias entre as escolas de formação. Muitas, inclusive, tornaram-se rígidas e fechadas como se fossem igrejas, com princípios que têm valores de verdades absolutas, outras, mantém o foco no tripé e no objetivo inicial de Freud, o alívio para o sofrimento humano.

Psi: *“Antes eu tinha estudado um pouco, um pouco, estudado a respeito do inconsciente, tinha certa identificação, mas você só sabe o que é inconsciente quando você está em análise”*. Ele divide sua história profissional em dois momentos: um “antes”, com sua

identificação com a Psicanálise e início de seus estudos e; um depois, ao iniciar sua formação, a partir da análise pessoal.

Segundo Psi, antes da formação de psicanalista, seu contato com a teoria do inconsciente de Freud foi iniciado pela Graduação em Psicologia, mas, foi a partir do contato direto com o paciente em sofrimento, proporcionado por um estágio em hospital psiquiátrico, que Psi se identificou com a teoria psicanalítica. Ele aponta essa ideia, quando afirma: *“Isso aconteceu quando eu fui buscar um lugar, meu percurso na saúde, meu percurso na clínica se iniciou em um encontro que eu tive com o manicômio”*.

As publicações acerca da Luta Antimanicomial destacam que o tratamento às pessoas com transtornos mentais, antes da Reforma Psiquiátrica, foi marcado por inúmeras violências e abusos que ocorriam dentro dos manicômios. Nem todo psicanalista (nem mesmo os outros profissionais que atuam em Saúde Mental) sabem da importância e das conquistas da Reforma Psiquiátrica.

O impacto causado, a partir desta experiência vivida, provocou nele, uma busca por outra visão, outra prática, outra forma de cuidado possível para estas pessoas em sofrimento. Isso é salientado, quando Psi fala que foi buscar: *“o que está na direção contrária daquele lugar [o manicômio], daquela forma de trabalhar com pessoas”*.

Para ele, este movimento de busca o levou ao seu encontro com a Psicanálise, ao afirmar que: *“Foi aí que eu me encontrei com esta linha de pensamento, com esta clínica, e eu pude iniciar meu trabalho de supervisão, iniciar meus estudos pessoais, antes, especificamente do curso de formação, de iniciar minha própria análise”*.

Salientamos que, apesar dos avanços obtidos a partir da Reforma Psiquiátrica e da criação dos serviços substitutivos em Saúde Mental - amplamente abordados em publicações acerca do tema - a realidade das RAPS em diversas cidades não dá conta do que é preconizado nas leis e diretrizes do Ministério da Saúde. Cada estado, região e município, possuem políticas públicas próprias de Saúde Mental e, em inúmeras delas, não há a estruturação mínima necessária para oferecer cuidado e atenção às pessoas em sofrimento psíquico. Há cidades onde a RAPS está estruturada e em plena expansão, porém, são casos isolados e, geralmente, encontrados em grandes cidades e capitais. A realidade de municípios interioranos nem sempre condizem com o que é preconizado na teoria, inclusive, há cidades onde inexistem equipamentos de atenção em Saúde Mental, 15 anos após a sanção da lei 10.218 que regulamenta os CAPS e os serviços substitutivos.

As internações de longa duração, as práticas engessadas e os manicômios disfarçados

de outros serviços (Hospitais Psiquiátricos, Hospitais Gerais com leitos Psiquiátricos e CAPS, inclusive) ainda se constituem uma realidade. Para a Reforma Psiquiátrica ocorrer na prática, é necessário interesse político e investimento em Saúde Mental. Os equipamentos substitutivos se mostram dispendiosos para os governos municipais e, o sofrimento mental não é atrativo para as campanhas eleitorais, em comparação com as outras áreas como Educação e Assistência Social. A Saúde Mental, assim, permanece à margem dos investimentos e não encontra eco na população.

Seguindo no discurso de Psi, ele apresenta um momento “depois”, com sua formação propriamente dita, a partir da análise pessoal, quando ele afirma que só se conhece o inconsciente a partir da própria análise. Sua fala vem de encontro com a teoria, que frisa a diferença da formação de analista em comparação com as outras formações dos profissionais em saúde. Não há analista sem a experiência da própria análise.

O investimento na formação é primordial, único e subjetivo, dependendo de investimento pessoal, conforme apresentamos na parte teórica deste trabalho. Psi, ao reconhecer a importância da formação, aponta um discurso comum entre alguns colegas de trabalho, percebido em seu cotidiano. Ele explica: “[este] *discurso do trabalhador de Saúde Pública ... coloca a responsabilidade [da formação] somente na instituição*”. A formação é pessoal e o investimento também deve ser.

Apesar do Ministério da Saúde preconizar a chamada “educação permanente” não há acesso a todos. Há alguns programas que oferecem cursos gratuitos, voltados para o trabalhador da Saúde Pública, em formatos presenciais e Educação Aberta e à Distância (EAD), como a Universidade Aberta do SUS (Unasus), porém, a cada um cabe a responsabilização por sua formação, dentro dos limites e possibilidades.

Depositar toda a responsabilidade na instituição implica em se (des) responsabilizar por sua formação. Psi aborda este discurso de forma crítica quando aponta: “*a pessoa não faz sua análise, não faz supervisão, e é psicólogo e trabalha como psicólogo na instituição de saúde, na enfermaria psiquiátrica do hospital, enfim, e não investe em sua formação*”. O investimento na análise pessoal é próprio da Psicanálise, várias abordagens psicológicas não valorizam a experiência da própria psicoterapia, portanto é importante saber a diferença entre Psicologia e Psicanálise. Necessário destacar que, se alguém se proclama psicanalista e não tiver em análise, ou não ter passado por esta experiência analítica, está sendo incoerente e, até, antiético.

Não podemos esquecer que a formação de analista (bem como a formação em outras

áreas da saúde) é financeiramente cara, demanda tempo e, muitas vezes, deslocamento territorial, não estando facilmente acessível para todos. Para aqueles que desejam atuar como psicanalistas, não há outro caminho que não seja investimento pessoal em sua própria formação.

Ao buscar sua formação em Psicanálise, Psi se depara com a realidade de algumas instituições de formação, fechadas como igrejas, que promovem a formatação do fazer psicanalítico, esquecendo-se que, como a prática diária, a formação do analista também será singular.

Em sua formação, numa instituição de formação lacaniana, ele percebeu que outros psicanalistas utilizam uma linguagem de difícil compreensão, muito ligada à maneira que Lacan se comunicava, ou seja, identificada com o discurso do mestre. Ele tem a visão de que, esta linguagem impede a interlocução com as outras áreas do conhecimento e decide, portanto, construir sua forma peculiar de trabalho. Ele desenvolve esta ideia ao apresentar:

Psi: E eu percebi que eu ia trabalhar desta forma, eu ia trabalhar com Psicanálise, eu ia construir o meu conhecimento nisto, iria começar a construir meu conhecimento desta clínica, desta linha de trabalho, porém, eu não ia perder a minha, não só não ia perder como também eu ia construir as minhas pontes.

A busca pelo próprio estilo também é uma construção, um processo que ocorre ao longo da formação, e, principalmente, da experiência pessoal e profissional, não é um processo rápido. Buscar o próprio estilo é importante, mas leva tempo para construí-lo, por isso a necessidade e importância da supervisão.

As pontes das quais Psi fala são as interlocuições que buscou ao longo de sua formação universitária e, também, de analista. Na faculdade buscou professores de seu curso e de outros também, se inseriu em grupos de estudos, conheceu outros estudantes, buscou referências, teve contato com os autores clássicos, como Psi aponta: “*eu fui buscar estas fontes, e não sozinho*”.

Na teoria, encontramos a base para a formação do psicanalista, que consiste no tripé: estudo, análise pessoal e supervisão. Na prática, porém, compreendemos que, além da formação específica, para buscar conhecer a alma humana, é importante lançar mão de outros conhecimentos como cultura, arte, política, filosofia, e muitos outros. É preciso expandir os horizontes, pois, fechar-se apenas em textos psicanalíticos é fechar-se numa espécie de igreja e na linguagem “psi”, impossibilitando a transmissão de conhecimentos, a circulação da palavra e da comunicação, minando a atuação em equipe. Lembremos que Freud, para compor sua teoria do Inconsciente, lançou mão de seus conhecimentos mitológicos e

sociológicos. Lacan, por sua vez, utilizou a filosofia e a linguística para avançar na teoria freudiana (apenas citando alguns dos conhecimentos que os dois psicanalistas utilizaram).

Ao longo de sua trajetória, Psi se afastou, por um momento do campo da Saúde Pública, porém, seu foco de interesse permaneceu e ele buscou retornar. Ele fala do período em que trabalhou no setor privado e iniciou seus trabalhos na clínica particular. Psi aponta para seu desejo de retornar à Saúde Pública, ao afirmar: “*Fiquei aproximadamente um ano lá [instituição privada], mas com aquele sentimento de retornar para a Saúde Pública que foi o meu campo de trabalho, de encantamento*”. Para Psi, havia este “*encantamento*” pela atuação na Saúde Pública, explicitado desde o início de sua fala acerca de sua trajetória universitária. Este ponto de seu discurso nos leva a refletir sobre uma possível “*predisposição*”, de alguns, para o trabalho na Saúde Pública, o chamado “*cabeça de Saúde Pública*”, um chamado interior, subjetivo, que atrai e que encanta.

Nem todos os trabalhadores da Saúde Pública se inserem neste campo por encantamento, a estabilidade de emprego e o salário, entre outros quesitos são levados em conta e, refletem na atuação profissional. Há uma diferença entre os profissionais que escolhem a Saúde Pública por afinidade, daqueles que a escolhem pela estabilidade proporcionada pelo concurso público. O primeiro tem uma postura “*desejante*”, no sentido de acreditar no projeto do SUS e da Reforma Psiquiátrica investindo, portanto, nesta área por desejo; já o segundo não apresenta este desejo e, muitas vezes, segue nas práticas engessadas que não demandam investimento e reflexão.

No caso de Psi, seu desejo o moveu e o levou a se inserir na Saúde Pública, no município onde atualmente trabalha no cargo de psicólogo, em equipe de apoio matricial. Ele reconhece este desejo quando frisa: “*Porque eu já vinha com este desejo da Saúde Pública*”.

b) Práxis:

Além da questão da formação, há a questão da prática propriamente dita, ou práxis, na Saúde Pública, que exige um modo de atuação diferenciado do consultório privado. Psi tem essa ideia, quando afirma: *Não me identifico com o psicanalista que precisa de uma sala e de um divã para atuar*. Ele, também, apresenta sua opinião sobre a atuação na Saúde Pública versus a estrutura oferecida, pois fala: “*Nunca tem espaço suficiente*”. É importante ter claro que, esta afirmação é em relação aos espaços físicos da Saúde Pública, pois nem sempre haverá uma sala disponível e o atendimento pode ocorrer em diversos espaços, inclusive

numa sala.

Apontamos, neste momento, que, para atuar na realidade da Saúde Pública é necessário romper com a ideia de estrutura ideal. Durante a formação universitária e, também, de analista, são aprendidos conceitos teóricos, sobre processo de diagnóstico e tratamento, manejo clínico, etc., porém, pouco se escreve ou se fala acerca da realidade que os profissionais encontrarão em seu cotidiano. Este é um nó crítico importante do trabalho e, também, ponto central no qual pretendemos contribuir.

Para a atuação, neste cenário, é necessário expandir o que é aprendido na teoria e não se limitar às condições ideais, pois, não haverá cenário ideal. As condições reais que apontamos acima, como a falta de estrutura (física, equipe, formação) serão barreiras enfrentadas no cotidiano. Mesmo sem as condições ideais, o trabalho de oferecer escuta qualificada ao sofrimento humano deve ser levado com seriedade e ética, considerando que não dependem das paredes onde ocorrem, mas sim, do profissional em exercício. Engessar-se na falta de estrutura, mina a possibilidade dessa práxis. Realizar reflexões críticas acerca da contradição entre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e o que é realidade, é fundamental, porém, a crítica deve promover rompimento e não paralisação.

Psi, em sua fala, segue narrando sobre o que é ser psicanalista para ele e como ele se reconhece psicanalista na prática da Saúde Pública, ao apontar:

Psi: O que me torna psicanalista é minha disponibilidade para escutar, escutar o sujeito, o singular de cada caso, independente em que lugar físico eu estou. Para mim, o psicanalista está nos ambientes, na cidade, no hospital, num passeio com o paciente, numa ligação telefônica do meu paciente, eu escuto como psicanalista.

Ele não se identifica com o dito “analista clássico”, aquele que atende em consultório particular, individual, com divã, com tempo, frequência e duração determinados. Isso dispara o tema da necessidade de haver um rompimento com a ideia clássica de Psicanálise de consultório particular e avançar com a ideia de analista cidadão, para poder oferecer ao usuário do SUS uma escuta psicanalítica.

Romper com os dispositivos engessados leva a perceber que o primordial não é a estrutura física onde o atendimento ocorre, e sim, a disponibilidade para escutar o sujeito no que ele tem de singular, referente ao seu sofrimento ou pedido de ajuda. E ao ser escutado, o próprio sujeito que fala se escuta. Lacan se opôs ao enquadre clássico da Federação Psicanalítica Internacional (IPA) e buscou outros princípios em sua prática. Encontramos essa visão em Psi, quando salienta: “*Sair do que é engessado, do que é rígido, e eu encontrei com esta forma de trabalho especificamente com a Psicanálise lacaniana*”.

Psi apresenta sua visão sobre o campo da Saúde Pública, como um campo rico, apontar: “[A Saúde Pública] *é um campo muito rico de aprendizado, de atuação e de aprendizado e você se encontra com a angústia vinda das mais diversas formas*”. Há diversas publicações acerca dos atendimentos, dos casos, dos quadros clínicos e do manejo de cada caso, porém, não se sublinha a oportunidade de aprender com tantos casos diferentes.

Ao abordar sua práxis na Saúde Pública, Psi afirma que: “*não é possível trabalhar sozinho, é necessário buscar pontes, interlocuções, construir um trabalho com o outro, ou seja, se comunicar. Falar de forma a ser entendido*”. Sua compreensão da necessidade do trabalho em equipe o leva a considerar a importância da comunicação como forma de estabelecer estas pontes e construir este trabalho coletivo.

Ele segue apontando que, além da importância da comunicação entre as diversas áreas que atuam na saúde, é necessário reconhecer que há uma linguagem predominante. Ele aborda esta questão ao afirmar que: “*mais do que falar e ser entendido, é preciso reconhecer que o campo da Saúde Pública tem uma linguagem comum, a linguagem da medicina, da ciência positivista, a linguagem do CID 10, DSM 4, 5*” e, para a atuação do psicanalista neste campo, não é possível ignorar esta linguagem.

Somando às suas reflexões acerca do psicanalista na Saúde Pública, Psi define: “*então ser psicanalista na Saúde Pública, também é conhecer a linguagem desse outro, e existe uma linguagem em comum*” e, além de reconhecê-la: “*poder transitar nesta diferença*”. Ao apontar a predominância da linguagem do “CID”, Psi aborda um tema pouco apresentado nas publicações especializadas, pois poucos escrevem sobre a necessidade de falar de forma a se fazer entender pela equipe e, também, pelos pacientes.

Outro ponto, que consideramos importante apontar, é que as publicações na área da saúde são direcionadas ao seu público-leitor seccionado e, dificilmente, têm alcance ampliado. As revistas, por exemplo, são divididas por especialização, como, por exemplo, revistas médicas, de enfermagem, da própria psicologia. Raras são as publicações de outras áreas profissionais que escrevem nestas revistas. Há, em contrapartida, as revistas centradas em temas, como revistas sobre saúde, sobre saúde pública, etc., que buscam ampliar a comunicação multidisciplinar. Essa divisão por área do saber permanece seccionando os profissionais e, na prática, dificultando o trabalho multidisciplinar.

Escassas são, também, as pesquisas e publicações multiprofissionais, mais comuns são as “uniprofissionais”. Se, na Saúde Pública, é preconizado o trabalho multidisciplinar, as pesquisas refletem que, na prática, as pontes, interlocuções e o trabalho com o outro ainda não

são uma realidade consolidada.

Expandindo a discussão acerca dessa escassez de publicações multiprofissionais, apontamos para outras implicações acerca da comunicação para a atuação do psicanalista na Saúde Pública. O fechamento na “igreja psi” pode levar ao isolamento na equipe e, como vimos ao longo da pesquisa teórica deste trabalho, a teoria aponta que, para a construção do lugar do psicanalista na Saúde Pública, é necessária a interlocução com a equipe, ou seja, o isolamento profissional impossibilita que esta construção ocorra. O discurso de Psi vai de encontro com esta ideia ao afirmar que:

Psi[Falando sobre o risco de não se comunicar com as outras áreas de conhecimento]: *O meu trabalho terá um alcance curto, meu alcance será só com aqueles pacientes que serão atendidos comigo de porta fechada, ou aqueles que eu consigo intervir isoladamente, e com os colegas que também compartilham comigo a mesma visão, a visão psicanalítica.*

Para Psi, o analista deve ter uma postura crítica frente ao discurso da ciência positivista, universal, mas, ele também reconhece que não deve manifestar crítica o tempo todo, ao apontar que: *“tem que ter um jogo de cintura e, ser psicanalista pra mim é isso, você escutar antes de falar”*. Ele, continua suas reflexões acerca de ser psicanalista na Saúde Pública, apontando para a importância da escuta psicanalítica que permite o estabelecimento da transferência e, portanto, instala a relação analista-equipe ou analista-paciente:

Psi: *Permitir com que a transferência se estabeleça, senão, você fica um rebelde combativo, que não quer saber de classificações, que simplesmente se recusa, que não vai assinar um relatório, um diagnóstico, que não vai compartilhar, com sua linguagem, com a equipe e aí sua relação fica bem complicada, de trabalho.*

O trabalho psicanalítico é um trabalho de relação, com o paciente e com a equipe, para que a transferência se estabeleça é necessário estar disponível a escutar, a compreender a demanda, a encontrar as lacunas que o discurso apresenta, localizando as brechas para que o singular do sujeito possa se manifestar.

Vimos apontando, ao longo deste trabalho, sobre a importância da escuta psicanalítica para a atuação na equipe. Psi, corroborando com o que encontramos na teoria, salienta: *“Antes de qualquer coisa, antes de intervir, antes de interpretar, de manobrar a transferência, sempre a escuta”*. Não qualquer escuta, a escuta psicanalítica, porque o médico também escuta, mas de outra forma, com outro foco/objetivo.

Dos diversos espaços onde Psi foi procurar suas interlocuções, justamente nas instituições psicanalíticas que ele percebeu o fechamento em igrejas e a necessidade de se comunicar, de entender e se fazer entender pelo outro. Nestas instituições, também percebeu

que havia, presente e constante, uma linguagem rebuscada, de difícil compreensão e fortemente ligada ao discurso do mestre (uma tentativa de imitação de Lacan), conforme apontamos anteriormente.

Para avançar com sua busca por interlocução e obter um bom trânsito com as mais diversas áreas profissionais que compõem as equipes de saúde, Psi reconhece que, a comunicação facilitou seu trânsito, e ele aponta essa ideia quando afirma:

Psi: E tendo percebido isso, facilitou muito a minha vida, facilitou um tanto, tanto facilitou que eu tenho um trânsito bom entre os psiquiatras, e a grande maioria não é psicanalista, e eu tenho um bom trânsito com eles. Eu sei falar a linguagem deles e, sabendo falar a linguagem deles, eu procuro criar alguns momentos para colocar a minha visão. Nos momentos que eu sinto que são pertinentes, que estão abertos a isso, enfim, então eu tenho bom trânsito entre essas pessoas.

Apesar de sua busca por interlocução e de seu bom trânsito com outras áreas de saber, Psi reconhece a dificuldade em trabalhar interdisciplinariamente, e reflete que, nem sempre este trabalho acontece. Psi apresenta esta dificuldade quando salienta: “*Eu disse tentar trabalhar interdisciplinar, porque é uma construção diária, às vezes isso não acontece*”. Apesar das publicações apontarem para os conflitos e tensões existentes no trabalho em equipe, elas reconhecem a importância e os avanços conquistados coletivamente. As pesquisas, inclusive, já conhecem as fases de formação de equipe, as técnicas que podem facilitar sua formação, formas de lidar com os conflitos e as tensões, entre outros.

Na prática da Saúde Pública, porém, os gestores, muitas vezes, não são líderes e não estão preparados para formar suas equipes. Juntar inúmeras pessoas, com diversas formações, em um mesmo local de trabalho não forma, necessariamente, uma equipe. Uma equipe se forma a partir de um objetivo em comum, que una os membros e possibilite a troca. Um processo que gera tensão, conflitos, mas que também possibilita inúmeras construções. O trabalho interdisciplinar é um desafio para quem atua na Saúde Pública, pois, o que é defendido teoricamente, nem sempre ocorre na “ponta” (nos equipamentos de saúde).

O encantamento pela Saúde Pública, já destacado anteriormente por Psi, levou-o a retornar, através do concurso público. Antes, porém, de ocupar uma vaga efetiva, ele passou por uma entrevista de emprego no município e, neste encontro com um entrevistador, trabalhador da Saúde Mental, algo inusitado ocorreu.

Neste primeiro contato apareceu o preconceito em relação ao usuário do SUS, devido aos trajes que o analista apresentava, na ocasião estava com blazer e calça social, ou seja, aparência geralmente ligada ao profissional de consultório particular. A pessoa questionou se

ele daria conta do trabalho na Saúde Pública. Psi (citando entrevistador): *“Você tá acostumado com Jardins [região nobre de São Paulo], com outro tipo de público, será que você vai dar conta de trabalhar aqui? Aqui a população é carente, é SUS”*.

A ideia de que tratar o sofrimento da população do SUS, desse outro tipo de público, exige condições “especiais”, diretamente ligadas às condições sociais, econômicas e de escolaridade desse público, está arraigada no imaginário, inclusive, dos profissionais que atuam na Saúde Pública. E, para poder atuar com o “*carente*”, é preciso saber das condições “especiais” e da dificuldade de oferecer o “melhor”, representado, na ocasião, pela ideia do consultório particular através da vestimenta do analista. Para responder a isso, Psi lembrou-se da Psicanálise, do inconsciente e do objetivo de Freud em aliviar o sofrimento humano e pôde intervir naquele discurso, ao responder: *“Não importa o motivo, angústia é angústia, em qualquer lugar. É o sujeito que dá valor praquela angústia. Senti que desmontou um pouco a visão dela, inicial, daí fui contratado”*.

Ao falar sobre o concurso público, ele também aborda a questão da vaga para psicólogo. Conforme apontamos anteriormente, não há nos editais de concursos públicos, o cargo para psicanalista. Há certa confusão entre a Psicologia e a Psicanálise, uma não exclui a outra, como a Medicina não exclui a Psicanálise, mas é importante saber a diferença. Assim, o edital pede psicólogo e entra psicanalista, gerando uma diferença de demanda, que não afeta a possibilidade do psicanalista atuar. Psi aborda isso ao frisar: *“O que o município espera de mim, e meu vínculo é municipal, é que eu seja um psicólogo, e eu tô muito longe de ser psicólogo”*.

Para se inserir nesta função “desviada”, ele procura trazer seu modo de atuar, sem precisar marcar que sua visão é psicanalítica. Ele aponta essa forma, nas entrelinhas, de atuação quando aborda: *“Então, muitas vezes, numa discussão clínica, por exemplo, eu trago conceitos, minha forma de ver, sem necessariamente dizer às pessoas que eu tô falando a partir de uma ótica psicanalítica”*. Essa foi a forma que Psi encontrou para driblar a barreira do nome e atribuição do cargo e poder seguir em sua prática, mas outros psicanalistas podem encontrar outras formas.

A partir da reforma psiquiátrica, os CAPS obtiveram destaque como equipamento central, que articula a rede de Saúde Mental e oferece cuidados para as pessoas com grave sofrimento mental, ou com os chamados transtornos mentais graves e severos. Assim, o foco de atenção dos trabalhadores de Saúde Mental, incluindo Psi, foi o CAPS. Quando Psi retomou seu vínculo com a Saúde Pública, seu interesse era trabalhar em CAPS. Porém, a

vaga disponível era em UBS. Foi aí que sua atuação pôde ser expandida para a maior parcela da população, aquela que é atendida na AB. Como Psi aponta: *“Aí eu fui trabalhar no posto de saúde”*. Esse destaque na atuação em CAPS, talvez explique as diminutas publicações sobre a AB em comparação com o que se publica acerca da Atenção Especializada.

Foi na UBS, também, que Psi se deparou com algumas dificuldades da RAPS em que atua, por exemplo, a necessária organização do serviço, a atuação em rede, a precária formação da equipe da UBS em Saúde Mental, ou seja, Psi se depara com a diferença entre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e a realidade da RAPS.

Ele narra estas dificuldades encontradas quando apresenta: *“Cheguei lá, a gerente me recebeu e eu percebi que não tinha organização de Saúde Mental”*. Ele, também, se depara com a extensa lista de espera para atendimento médico, principalmente médico psiquiatra, a centralização na figura do médico, entre outros. Psi: *“E ela [enfermeira gerente] fez algumas queixas para mim e me mostrou um livro onde tinha uma lista de espera, tinha umas duzentas pessoas pra psiquiatria”*.

Cabe ressaltar, brevemente, a questão da medicalização do sofrimento humano, centrado na figura do médico como aquele que pode ofertar o remédio, que acaba com a dor e o sofrimento. Na Saúde Pública, lembramos que muitas pessoas ligadas à área consideram o remédio uma forma rápida e menos dispendiosa do que o investimento nas outras terapêuticas.

Apesar de haver, na teoria, o entendimento de que a medicação tem um alcance limitado e que outras terapêuticas podem surtir efeitos significativos e duradouros, na prática a medicação ainda é o principal recurso utilizado na Saúde Pública. A AB preconiza a prevenção e promoção de saúde, porém, permanece “remediando”.

Em debates acerca da medicalização do sofrimento, vemos posições que depositam na figura do médico, como aquele que fomenta e mantém a remediação da população. Cabe ressaltar, que os médicos não contam com estrutura para poder ampliar o “cardápio terapêutico”: as consultas médicas na AB têm 15 minutos de duração, sendo agendados 4 pacientes por hora; os médicos, geralmente, não são liberados para participar das reuniões de equipe e não participam do cotidiano das UBS, dificultando avançar nos cuidados à saúde da população.

Depositar em uma categoria profissional todo o problema do tratamento através da medicação, não encerra o problema e não ajuda a avançar, pois, permanece não se cobrando das esferas de poder - municipal, estadual e federal - soluções assertivas e diferentes para o

problema.

Para não se engessar nos problemas apresentados na RAPS, Psi oferece sua escuta e, a partir da fala da enfermeira da UBS em que ele vai trabalhar, uma demanda começou a se formar. Ele se ofereceu para iniciar um trabalho de triagem da fila de espera da psiquiatria, e assim pôde conhecer a população de seu território e, também, desenhar uma linha de trabalho nesta comunidade. A partir de sua escuta, Psi realizou uma intervenção com a enfermeira gerente da UBS, mostrando que as diversas áreas (médicas e não médicas) que atuam com Saúde Mental podem se conversar e trabalhar em conjunto. Psi apresenta este início de trabalho na UBS, quando afirma: “*Vamos fazer uma triagem, vamos ver. Falei assim pra ela [enfermeira gerente]: eu acho que a maioria destes casos aqui, não vai pra psiquiatria. Ela se surpreendeu, autorizou este trabalho e eu comecei a chamar todos estes pacientes*”.

Outra ação proposta por Psi, e aprovada pela equipe de Saúde Mental, foi mudar a forma de encaminhamento, conhecida por Referência/Contrarreferência, pois no início havia muitos encaminhamentos diretos para a psiquiatria, e ele sugeriu que os médicos encaminhassem para a Saúde Mental. Segundo Psi: “[era] *pra não gerar a expectativa de que [o usuário] vai ser atendido pelo médico psiquiatra e vai tomar o remédio e vai melhorar*”. Estes encaminhamentos para Saúde Mental eram triados e apenas os casos específicos iam para o psiquiatra.

Psi segue: “*Então eu comecei a desenvolver este trabalho. E eu consegui conquistar o campo de trabalho ali*”. Ao estabelecer uma organização do serviço, foi possível a criação de outras modalidades de atendimento, que permitissem uma interlocução médico/analista. Além da triagem, foram iniciados atendimentos grupais, rompendo com a lógica do atendimento individual e se adequando às necessidades daquela população, com outros dispositivos clínicos. Psi apresenta esta construção quando exemplifica:

Psi: *E fui construindo um trabalho de atendimento, iniciei algumas invenções minhas, iniciei um trabalho de orientação de pais, aquelas crianças que eram encaminhadas, então eu não recebia a criança imediatamente, recebia os pais primeiro, dentro de um grupo. Fiz um grupo de mulheres também, por exemplo, aí fiz algumas visitas no em torno, domiciliares.*

Outra iniciativa dele foi conhecer a população que o cercava, para poder utilizar as potencialidades da região. Ele conheceu uma atriz de teatro, que era parente de uma pessoa com transtorno mental e morava na região. Psi: “*Aí eu fiz um convite pra ela, pra desenvolver um trabalho comigo lá no posto, uma oficina de teatro e ela topou*”. A partir deste convite, foi possível iniciar um trabalho artístico e terapêutico para a população atendida na UBS,

agregando novos atores, novos participantes, prosperando e expandindo, permanecendo vivo na cidade. Psi: “*Pelas próprias questões dela com a loucura, com a psicose. E [ela] está até hoje desenvolvendo um trabalho aqui, uma oficina de teatro aqui, que se tornou uma companhia de teatro de saúde mental, com apresentações*”. Mais uma vez, salientamos a importância da criação de novos dispositivos de atendimento.

Conforme apontamos, ao longo deste trabalho, a construção do lugar do psicanalista na Saúde Pública é um processo que nunca está acabado, mudanças na equipe ou na população atendida também demandam que o lugar seja reconstruído, que o processo seja sempre renovado. Psi passou por mudanças como esta, pois a gerência, segundo Psi: “*Armou uma situação e me colocou à disposição*”. Mesmo conhecendo a linguagem predominante e buscando suas interlocuções, o trabalho em equipe, na prática, não é fácil.

No serviço público, onde os gerentes também são funcionários públicos promovidos, geralmente, por cargos de confiança, através de influência político-partidária, a divergência de visão, atuação e pensamento podem provocar conflitos. Muitas vezes o resultado é a transferência de local de trabalho, posto à impossibilidade da demissão, no caso do servidor público concursado. Como consequência, ocorre a desarticulação de equipes e a necessidade de se reiniciar a construção de seu lugar. Esta situação específica, comum no serviço público, levou Psi a mudar de local de trabalho e de equipe. Destacamos esta dificuldade enfrentada no cotidiano do serviço público, pois acreditamos que, mesmo com esta dificuldade, é possível buscar novas possibilidades de atuação e interlocução com as equipes.

O Ministério da Saúde vem apresentando políticas públicas, para tentar contemplar os princípios do SUS (universalidade, igualdade, integralidade, participação da comunidade, descentralização), porém, sem o devido investimento na formação de suas equipes, o desafio se torna maior.

Trabalhamos com o real e nos deparamos, no dia-a-dia, com as dificuldades da experiência prática, distante do ideal da teoria e das portarias do Ministério da Saúde. É importante saber que o trabalho se dá com equipes montadas sem critério (apenas o concurso público ou a seleção de trabalho), com gestão distante de seus funcionários, com desconhecimento dos profissionais sobre os princípios e funcionamentos do SUS, com distanciamento entre usuário, comunidade e serviço. Não é possível aguardar o cenário ideal. É necessário, no cotidiano, buscar avançar e ultrapassar todas estas barreiras encontradas na realidade.

Outro ponto de atenção, que encontramos na prática, é a horizontalização das relações

nas equipes de saúde, que também tem gerado uma confusão nos profissionais. Há um aparente: “todo mundo faz o trabalho de todo mundo”; e, conforme apontamos na parte teórica sobre o trabalho em equipe, equipe é composta por diversos saberes específicos que buscam um objetivo em comum. Consolidar essa nova forma de atuação demanda muito trabalho e formação em Saúde Pública. Caminho árduo, que necessita de treino e organização, como numa orquestra.

c) Matriciamento:

Ao falar sobre seu trabalho na AB, Psi apresenta a expansão de sua atuação e, com isso, outras equipes de saúde começaram a se interessar pelo seu trabalho com Saúde Mental. A UBS onde Psi atuava era referência em Saúde Mental para outras UBS e USF do entorno, o distrito era populoso e seus problemas também. Psi aborda, então, a forma como o trabalho de matriciamento nasceu:

Psi: Tinha uma equipe lá, do bairro X, um bairro bem carente, e uma equipe, nem era equipe de saúde da família ainda, era uma equipe que estava em formação, não tinha médico, só tinha a enfermeira e os agentes de saúde, só. Numa garagem, ocupavam uma garagem, e eles entraram em contato comigo, muito preocupados com uma paciente que estava mobilizando pessoas da vizinhança e da própria equipe, pelos sintomas dela.

Esta equipe entrou em contato com Psi, buscando ajuda para este caso específico, que causava um estranhamento, uma angústia na equipe e na comunidade. Necessário apontar que, mesmo as publicações abordando os diversos quadros clínicos, na prática são os “sintomas barulhentos” que são atendidos mais rápidos. Já os casos graves, mas que não “incomodam”, ou seja, que não conseguem acessar os postos de saúde, os hospitais ou outros equipamentos de saúde e assistência social, permanecem à margem, sem a atenção necessária. E, frequentemente, vão se tornar conhecidos no momento do surto, quando o quadro se agrava. Psi aponta para este problema, ao apresentar que: “*O que incomoda é a pessoa ansiosa, angustiada, que bate lá na porta do posto de saúde falando que tá tendo um ataque cardíaco, mas o psicótico, que não está em surto de agitação psicomotora, tá lá, escondidinho*”.

Esse é um desafio enfrentado pela realidade da Saúde Mental e da Saúde Pública, de conhecer a população em sofrimento e conseguir acessá-la antes dos quadros cronificarem, antes dos surtos e das internações. Um ponto importante do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é estar presente na comunidade, conhecendo a população e podendo dar visibilidade a este público, garantindo o acesso aos serviços de saúde. Os ACS

podem ser uma ponte entre a comunidade e os serviços de saúde. Psi, no matriciamento, trabalha com estas equipes: *“Então a gente prepara a equipe para poder perceber quem são estes pacientes e trazer para o tratamento, e fazer os direcionamentos necessários”*.

O alcance da Estratégia Saúde da Família (ESF), apesar de representar avanços no modo de produção de cuidado e promoção de saúde na AB, ainda é restrito e não oferece cobertura a todo território nacional. Onde não há ESF, as UBS são responsáveis por conhecer a comunidade e realizar ações de saúde “extramuros”, porém o modelo de atuação, e até mesmo de formação do trabalhador de UBS, é diferente da ESF. Trabalhar com prevenção e promoção de saúde, objetivos da AB, preconizados pelo Ministério da Saúde, ainda está longe de ser uma realidade.

Outro desafio que é apresentado à Saúde Mental na AB, é fazer, de fato, a AB se apropriar dos cuidados em Saúde Mental. Com a Reforma Psiquiátrica, o modelo de cuidado ao paciente com transtorno mental, passou de “hospitalocêntrico” (centrado no hospital) para “capscêntrico” (centrado no CAPS) e o desafio de oferecer cuidado às pessoas em sofrimento psíquico grave, antes do agravamento dos quadros, permanece atual. Apesar das mudanças nas políticas públicas, da descentralização da Saúde Mental para a AB, da criação da ESF, ainda não é possível garantir o acesso e a atenção à saúde para todos. As equipes de AB não compreendem os cuidados em Saúde Mental como parte de suas atribuições. O acolhimento ao sofrimento mental, na AB, permanece à margem, na lógica do encaminhamento ao especialista, ou seja, ao profissional “psi” (compreendendo psicólogo e psiquiatra).

Os trabalhadores da AB não se sentem capacitados para acolher questões de Saúde Mental e oferecem resistência às políticas de Saúde Mental na AB. Por outro lado, a política preconizada pelo Ministério da Saúde, que contempla a Saúde Mental na AB, não está totalmente implantada. A própria estratégia de matriciamento ainda não está consolidada, dependendo, novamente, do interesse político de cada município, e muitos municípios, inclusive, não trabalham com esta estratégia.

Psi segue contando sua experiência com esta equipe que, mobilizada a partir dos sintomas barulhentos de uma paciente, entrou em contato para pedir ajuda. Vimos, na teoria que, para inserção do psicanalista na equipe, é necessário oferecer escuta e não tentar responder, prontamente, às queixas (de tapar os “buracos” e acabar, rapidamente, com a angústia da equipe), Psi, corrobora com esta ideia ao responder à equipe que o procurou: *“Eu vou até aí para conversar sobre o caso, vamos conversar sobre o caso”*. Neste momento, iniciou-se o embrião do que viria a ser o trabalho de matriciamento no município e, também, a

construção de seu lugar nesta equipe.

Neste caso vivenciado por Psi, a equipe demandou algo ao analista: que ele resolvesse a questão de um paciente com sintomas “barulhentos”, e a oferecida por ele, possibilitou a construção de um trabalho diferente. Em outros casos de matriciamento, a demanda não parte da equipe. Por exemplo, em situações em que uma equipe da AB é impelida a iniciar o matriciamento, via política pública/ decreto/ imposição, o analista, mesmo oferecendo sua escuta, pode encontrar dificuldades para trabalhar coletivamente.

Psi avança, relatando a forma que encontrou para estabelecer seu lugar na equipe, pois não há matriciamento sem trabalho em equipe. Ele aponta para a importância do semblante para estabelecer a relação de transferência ao dizer que: “*É importantíssimo, importantíssimo fazer semblante muitas vezes*”. Ele segue definindo o que é “*fazer semblante*”:

Psi: Fazer semblante não é fingir, importante definir isso, fazer semblante não é fingir, é silenciar. Silenciar sua expressão facial, silenciar sua fala e permitir com que o outro projete suas expectativas em você. Permitir, para facilitar o seu contato, a sua relação.

Não atender a equipe no que ela pede, de imediato - resolver o problema, sumir com a angústia, tapar o buraco - não é tarefa fácil, necessita de uma formação sólida e, para o analista construir seu lugar, é necessário que tenha claro sua posição, seu papel e mantenha o silêncio confiante, o semblante.

A experiência de Psi, a partir da ida até a equipe, permitiu a construção de seu lugar como psicanalista, quando ele ofereceu sua escuta qualificada, e não era qualquer escuta, era a escuta do inconsciente, e com isso, ele realizou intervenções e estabeleceu a transferência. Ele conta como entrevistou naquela situação:

Psi: Eu pude perceber o quanto os sintomas daquela moça mobilizavam algumas questões pessoais de algumas pessoas ali da equipe, e eu interpretei. Eu pontuei isso, e aí mexeu um pouco, causou um certo desconforto no momento, mas o efeito foi ótimo, no final da reunião houve um apaziguamento daquela tensão.

Havia uma demanda daquela equipe, mas ainda estava em forma de queixa e, ao ser ouvida, estabeleceu-se o ato psicanalítico, com o efeito *a posteriori*, permitindo o início de um trabalho em equipe. A partir deste primeiro caso, outros foram aparecendo, como Psi conta: “*Eles me pediram para conversar sobre outros casos e aquilo foi fluindo*”.

Ele relata sobre o início do seu trabalho como matriciador:

Psi: Então o matriciamento em Y começou de uma discussão de caso, começou ali. Então, essa é uma parte legal do meu percurso, de estar iniciando o trabalho de apoio matricial aqui em Y. Pra mim, o trabalho, como foi começando a ser

desenvolvido ali, antes de eu conhecer os casos, eu ir até a equipe, até lá e discutir os casos e alguns dos casos não eram encaminhados, alguns dos casos eram apropriados pela própria equipe, a própria equipe se apropriava do caso, dado o resultado daquele debate, daquela discussão, das orientações ali, das pontuações.

De encontro com esta “semente” do matriciamento, algumas mudanças no município também foram ocorrendo, que desembocaram na instituição do apoio matricial como estratégia e política pública municipal. A equipe de Saúde Mental, no município, organizou-se, realizando capacitações e supervisões institucionais. Novamente, a partir do investimento político, houve uma continuidade e expansão do trabalho de Psi, além de uma organização da equipe proporcionada pelo investimento da gestão municipal. Psi fala sobre este momento do município, que trouxe resultados positivos: *“E aí, havia um certo alinhamento clínico acontecendo, resultado da supervisão e, também, começou a acontecer uma organização da política interna de Saúde Mental, até que se decidiu instituir o matriciamento”*.

Uma instituição foi contratada para formatar o matriciamento no município, oferecendo o curso Babel - Saúde Mental na Atenção Primária. Na visão de Psi, a formalização deve ser tomada com cautela, devido ao discurso da universalização. Ele aponta sua visão, ao frisar:

Psi: Foi dado um curso, eu tenho minhas reservas com este curso, acho que algumas coisas são muito método, perde um pouco da clínica Então tem uma subversão, assim, da clínica, que acontece nestes dispositivos, nestes centros de formação que é um absurdo, mas enfim. Foi feito este curso que padronizou, fez uma padronização do matriciamento.

A crítica de Psi em relação à formatação e padronização do matriciamento é em relação aos inúmeros questionários fechados (geralmente com respostas em itens), focados em sintomas, diagnósticos e tratamentos prévios que não permitem a abertura para a livre circulação da palavra. Apesar de suas críticas, ele reconhece, novamente, que não é possível desconsiderar o discurso da ciência, da padronização, dos inventários e utiliza as ferramentas e formulários padronizados como ponto de partida para as discussões clínicas com a equipe matriciada, não ficando fixado nos formulários e questionários aplicados.

Para realizar seu trabalho como matriciador, Psi se inspira na experiência de supervisão clínica da qual participava como supervisionando, numa instituição onde realizou estágio. Psi conta que: *“Inspirado nisso eu fiz algo menorzinho que é um profissional que tem certo conhecimento da clínica, transmitindo conhecimento para pessoas que não têm nenhum conhecimento da clínica”*.

A questão da supervisão no matriciamento converge para a questão da construção do

lugar do analista na equipe. Para poder oferecer sua contribuição, é necessário construir essa relação. Novamente os desafios da prática são lançados, pois deve-se levar em consideração a equipe, sua sensibilização para a estratégia do matriciamento e o cuidado em Saúde Mental, a forma como a estratégia é implantada. Como a construção do lugar é um processo, a implantação do matriciamento também o é.

Psi também fala sobre seu papel: *“Então o matriciador não só supervisiona o caso, mas ele também direciona”*. O psicanalista atua na construção do caso junto com a equipe, direcionando e buscando as lacunas dos discursos, as brechas, as questões, conforme viemos apontando na parte teórica de nosso trabalho. Psi aponta sua forma de buscar esta construção coletiva: *“Eu leio os formulários nas discussões, junto com eles, mas um monte de perguntas, um monte de questões surge, muito além daquilo que se recebe ali, e a gente vai trabalhando este material”*. Ao utilizar os materiais formatados pelo curso de matriciamento, Psi agrega sua escuta e procura tecer as informações trazidas pela equipe, e ele conta: *“Vai sendo tecido, ali, uma teia de informações, de outras pessoas que estão conectadas, outros sujeitos que estão conectados àquele caso e, também, têm um papel ali”*.

Conforme apontamos anteriormente, a construção coletiva do caso se dá quando os atores são introduzidos. Quando Psi se apropria do relato da equipe, das pessoas mais ligadas àquele caso, como por exemplo, das ACS que, geralmente, conhecem melhor o caso, a família, a região, pois residem na comunidade local, ele está fomentando o trabalho em equipe.

Ele segue falando sobre suas atribuições como matriciador, que vão desde a construção coletiva dos casos, da supervisão e do direcionamento, até o atendimento em conjunto, a transmissão de conhecimento, entre outros. Ele apresenta estas atribuições quando aponta:

Psi: *Ele [matriciador] é um facilitador de fluxo, então o matriciador não só supervisiona o caso, mas ele também direciona ... eu faço os encaminhamentos necessários e pertinentes ao meu papel como matriciador; eu recebo casos, eu faço atendimento compartilhado... Eu transmito conhecimento, no sentido de que, de tempos em tempos, eu dou uma aula teórica Eu também coloco ali conceitos da clínica psicanalítica e não preciso falar que é Psicanálise.*

Pensando em avançar na práxis do matriciamento, Psi pretende realizar uma experiência diferenciada, ainda não realizada como prática na cidade em que atua, porém, já realizada em outras equipes de saúde, como em hospitais, que é a apresentação de pacientes, ao modo como Lacan realizava, visando à formação da equipe matriciada. Ele conta sobre sua ideia ao falar: *“Então, é uma equipe que já tem uma bagagem, já tem um conhecimento, uma*

escuta de fato. Então eu tô pensando em, em alguma oportunidade, fazer uma entrevista ao paciente na frente deles, como numa apresentação de pacientes”.

Ele percebe que sua atuação é de um sujeito que está dentro e fora da equipe, quando diz: *“Eu sou de fora e de dentro”*, e compreende o desafio que é estar nesta posição. Em sua visão, ele é *“dentro”* porque compõe a equipe de saúde do município, porém, é *“fora”* porque traz algo diferente, que é a supervisão, ou superaudição, como apontamos anteriormente. Psi considera esta questão como um nó crítico, ao observar: *“É o ponto delicado da supervisão de caso ... sou eu quem tenho que direcionar”*. Ele busca estabelecer uma relação transferencial com a equipe, de transferência de trabalho e considera que seu trabalho tem surtido efeito, pois a equipe o procura em diversos momentos do dia-a-dia, mesmo não sendo dia de reunião de matriciamento. Ele segue falando sobre estar *“dentro/fora”*:

Psi: É estar dentro porque eu faço parte da equipe, então eu também vou atender, eu faço parte da equipe de saúde do município e, estou fora, porque estou supervisionando aquela equipe em relação àquele caso, mas neste lugar de êxtimo, também acontece na minha relação com as pessoas, porque eu tomo café com elas, eu participo de festinhas da unidade, eu tenho um trânsito diferente.

Para poder atuar nesta posição de êxtimo, é preciso ter clareza e segurança em relação ao papel e lugar de analista. Não é possível sustentar essa posição de ser psicanalista “24 horas por dia”, para buscar um equilíbrio, na prática, é possível estar na equipe em outros momentos e realizar intervenções nos momentos adequados. Não é possível intervir o tempo todo se se pretende comunicar e transitar na equipe.

O matriciamento é um processo, tal qual a construção do lugar do psicanalista na equipe de apoio matricial, e é um trabalho construído diariamente, que necessita ser constantemente reconstruído. Não deixando de considerar as questões político-partidárias, as mudanças nas equipes e, também, as especificidades de cada equipe, como Psi aponta: *“O apoio matricial é permanente”*.

Além de todas as atribuições que destacamos e, também, das especificidades do matriciamento e do trabalho na Saúde Pública, o matriciador precisa lidar com problemas na equipe, como a falta de interesse por determinado caso, com a demanda da equipe por solução imediata e por transferir a responsabilidade do caso para outro. Psi aponta um desafio enfrentado no cotidiano, que é a falta de desejo da equipe em se apropriar de casos considerados graves e que são “perfis” de CAPS. Nestes casos, Psi aponta: *“Fica um pouco esvaziado de desejo”*.

Outro ponto de atenção, que nos deparamos na prática, é a “compartimentarização” do

sujeito, a partir da superespecialização, em que o paciente com sofrimento psíquico é específico da Saúde Mental. O matriciamento vem com objetivo de romper com esta lógica, fortalecendo as ações da Saúde Mental na AB, porém é um processo que lida com diversos problemas. Por exemplo, a equipe da AB muitas vezes vê o matriciamento em Saúde Mental como mais uma atribuição que vem acrescentar mais trabalho em sua rotina já lotada. Não há, muitas vezes, investimento na equipe, apenas acumulando funções a partir das políticas públicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Além de “*nunca haver espaço suficiente*” na Saúde Pública, para o analista atuar, também não há equipe suficiente e os trabalhadores seguem tomados pelas mais diversas atribuições da AB.

Quando o matriciamento se estabelece, é um desafio conseguir fazer com que a equipe da UBS ou da ESF se aproprie dos casos, sentindo-se responsável e capaz de oferecer resolutividade. Como apontamos na parte teórica, a AB, segundo o Ministério da Saúde, deve ser capaz de resolver cerca de 80% das questões de saúde da população, ficando apenas 20% a ser resolvida pelos outros níveis de atenção (especializada), porém, na prática, romper com o modelo referência/contrarreferência é difícil e exige mudanças na formação dos profissionais de saúde e investimento para a estruturação destes serviços.

O psicanalista compondo uma equipe de matriciamento, mesmo com todos os desafios e entraves enfrentados, pode contribuir para escutar todos estes pontos de tensão e direcionar a escuta da equipe para o singular dos casos. O SUS é um projeto mundialmente elogiado, colocá-lo em prática tem sido o desafio de muitos. No que toca a Saúde Mental na AB, então, há muito trabalho a fazer. Para tanto, é preciso de psicanalistas interessados em lidar com a realidade da Saúde Pública brasileira, criando novos dispositivos dentro deste vasto e difícil campo de atuação.

Podemos, então, retomar dois pontos que Psi levantou, que não se encontram nos textos da literatura especializada, e que indicam a importância de suas falas durante as entrevistas.

O primeiro é a necessidade do psicanalista, além da formação sólida em Psicanálise, conhecer a linguagem predominante da medicina/psiquiatria. Conhecer e poder se comunicar com as outras áreas profissionais da Saúde Pública, para estabelecer as pontes e o trabalho em equipe.

O segundo é a diferença entre Psicanálise e Psicologia, ainda não totalmente compreendida por muitos profissionais, inclusive psicanalistas. Por isso que Freud precisou especificar qual era o psiquismo da Psicanálise, que não é o mesmo da Psicologia. Em “A

interpretação dos sonhos”, Freud escreve sobre a diferença primordial entre as duas teorias: a noção de inconsciente.

Para Freud (1900-1901/1996a):

O inconsciente é a esfera maior, que inclui dentro de si a esfera menor do consciente O inconsciente é a verdadeira realidade psíquica: em sua natureza mais íntima, ele nos é tão desconhecido quanto a realidade do mundo exterior e é tão incompletamente apresentado pelos dados da consciência quanto o é o mundo externo pelas comunicações de nossos órgãos dos sentidos (p.65).

Para a Psicologia, o psiquismo significa consciente, assim, a partir da noção de inconsciente de Freud, há uma subversão da noção de psiquismo da Psicologia. Segundo Prizskulnik, 2004, “o inconsciente freudiano designa um sistema psíquico que possui um modo próprio de funcionamento (processo primário, deslocamento e condensação) e opera segundo leis próprias (desconhece o tempo, a negação, a contradição)” (p.74).

Reforçando a ideia de inconsciente, Freud (1923-1925/1996b) aponta:

A divisão do psíquico em o que é consciente e o que é inconsciente constitui a premissa fundamental da psicanálise, e somente ela torna possível a esta compreender os processos patológicos da vida mental, que são tão comuns quanto importantes, e encontrar lugar para eles na estrutura da ciência. Para dizê-lo mais uma vez, de modo diferente: a psicanálise não pode situar a essência do psíquico na consciência, mas é obrigada a encarar esta como uma qualidade do psíquico, que pode achar-se presente em acréscimo a outras qualidades, ou estar ausente (p.25).

Ao longo de nosso trabalho apontamos para o preconceito em relação ao usuário “*carente*” do SUS, como aquele que exige “condições especiais” para ser atendido. Lembramos que a Psicanálise se propõe a oferecer escuta do sofrimento humano em busca de aliviá-lo. Freud (1930[1929]/1996c) destaca quais são as fontes de nosso sofrimento:

De nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens (p. 49).

Assim, a partir do que aponta Freud, acerca das fontes de sofrimento humano, deixamos de levar em consideração as diferenças entre os Homens, pois o sofrimento independe da classe social, educacional e econômica, além de não depender do gênero e da idade. Como Psi frisou: “*Angústia é angústia em qualquer lugar*”. E a escuta do sofrimento do usuário do SUS requer, portanto, como condição que um psicanalista esteja na Saúde Pública para escutar, mas que leve em conta que, no contato direto com o usuário, ele pode ser interpelado nos seus medos, defesas e angústias e que esse é o tipo de situação que pode confrontá-lo com seus valores, suas concepções ou pré-concepções acerca do outro, acerca da

condição social, econômica e educacional do usuário.

A escuta do sofrimento do usuário do SUS requer, então, que um psicanalista esteja na Saúde Pública para escutar, mas sabendo que o usuário, também, é suscetível aos efeitos da fala.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Caminante, son tus huellas [Caminhante, são teus passos]
 el camino y nada más; [o caminho e nada mais;]
 Caminante, no hay camino, [Caminhante, não há caminho,]
 se hace camino al andar. [se faz caminho ao andar.]
 Al andar se hace el camino, [Ao andar se faz o caminho,]
 y al volver la vista atrás [e ao se olhar para trás]
 se ve la senda que nunca [se vê o caminho que nunca]
 se ha de volver a pisar. [se voltará a pisar.]
Antonio Machado (livre tradução)

Este trabalho buscou, ao longo de seu caminho, discutir sobre a inserção do psicanalista no campo da Saúde Pública, atuando na AB a partir da experiência em equipe de apoio matricial. Apontamos a possibilidade da atuação e da construção do lugar do psicanalista na equipe de saúde e, ao partir da aposta - que a Psicanálise pode contribuir - fomos buscar sobre esta contribuição, sempre visando o campo da prática, da construção conjunta de conhecimento e da importância da pesquisa para o avanço da teoria. Não sabíamos o que seria encontrado, pois na pesquisa em Psicanálise as hipóteses iniciais permanecem suspensas para possibilitar o encontro com a palavra, com o desconhecido, o encontro com o inconsciente.

Durante nosso percurso, nos deparamos com a barreira da recusa institucional, com a dificuldade em encontrar nosso sujeito entrevistado, no interior de São Paulo e, com as mudanças de rota, todas estas experiências fizeram parte do processo subjetivo e único de tornar-se pesquisador. Processo este que deixou marcas e provocou movimento, objetivo implícito nesta trajetória de Mestrado.

Finalizamos a pesquisa mantendo a aposta de que a Psicanálise tem muito a contribuir para este campo de atuação, mas nos deparamos com as dificuldades do acesso à formação do psicanalista e com a inexpressiva presença dele fora das capitais.

A partir do estudo de caso, com o relato do psicanalista atuante no apoio matricial, alcançamos algumas aproximações entre os campos da Psicanálise e da Saúde Pública e, também, algumas lacunas. Em relação às críticas à Psicanálise, apontamos que são mais dirigidas aos psicanalistas do que à psicanálise propriamente dita. A teoria freudiana, em si, se constitui em um modo de oferecer cuidado e tratamento ao sofrimento humano, não

dependendo do lugar físico em que ocorre. Já a prática da Psicanálise na Saúde Pública, rompendo com a prática engessada do consultório particular, esta sim, depende do psicanalista.

Para que a Psicanálise alcance o usuário do SUS e suas equipes de saúde, é necessário que existam psicanalistas interessados em atuar neste campo, com formação sólida e atuando como analista cidadão. Esta posição de analista é angustiante e é um processo de construção constante. Importante para que a transferência se estabeleça e, também, para a construção do lugar do psicanalista na equipe. Lugar em que o psicanalista consiga se comunicar com as outras áreas profissionais, a partir do domínio da linguagem médica-psiquiátrica, predominante na área da Saúde Pública e, para atuar, também, consiga o afastamento necessário.

As dificuldades que o campo de atuação na Saúde Pública apresenta, necessita de profissionais engajados e preparados para atuar neste campo rico, dinâmico e em constante mudança. Assim, o psicanalista que atue em equipe de saúde deve manter sua escuta atenta para, ao se deparar com as diferentes demandas e com os anseios da equipe em “tapar os buracos”, não se coloque em posição de responder prontamente, reproduzindo o discurso do mestre, d’A Verdade.

No decorrer deste trabalho, apontamos para a armadilha do significante “carente” e consideramos que o psicanalista deve se manter atento para não reproduzir este preconceito em relação ao “pobre” usuário do SUS, preconceito que pode instaurar a ideia de que o profissional não precisa ter a melhor formação para o atendimento desses usuários.

Apontamos as fontes de sofrimento humano, destacadas por Freud (1930[1929]/1996c) que encerram, assim, com a ideia de que é necessário ter condições “especiais” para se oferecer escuta ao sofrimento do “carente”.

Importante lembrar que a Psicanálise oferece balizas, não muros. Assim, as contribuições que queremos propor, com este trabalho, é de apontar caminhos para outros profissionais que atuam na AB, salientando que é possível e, mais, necessária a presença do psicanalista na AB, na equipe da Saúde Pública, no apoio matricial. Apontamos que a presença do psicanalista (e de pesquisas no campo da Psicanálise e da Saúde pública) se concentra nos grandes centros; a partir de nosso trabalho, as contribuições podem se dirigir aos profissionais que estão no interior, nas cidades menores, onde há um vasto campo a ser conquistado.

Diversas atuações, que rompem com a lógica do consultório particular, foram

abordadas ao longo deste trabalho, entre elas as abordagens grupais, as consultas compartilhadas, as supervisões e construções de caso. Apesar destas modalidades de atendimento já fazerem parte do escopo do trabalho em Saúde Mental, apontamos que ainda é necessário criar novos dispositivos de atendimento para avançar no cuidado à população.

Destacamos dois pontos, levantados a partir da narrativa de Psi, que consideramos importantes para as contribuições que pretendemos oferecer: a necessidade do analista conhecer e dominar a linguagem médica-psiquiátrica, predominante entre os profissionais de saúde e, também, se afastar dessa linguagem para construir seu lugar, além de conseguir se comunicar com estas outras áreas para construir seu lugar na equipe e; a diferença, ainda não completamente compreendida, entre Psicanálise e Psicologia.

A atuação do psicanalista na equipe de saúde pode ser bem ampla, não dependendo de onde o psicanalista está (grandes ou pequenas cidades, na Atenção Especializada ou Básica, nos hospitais, nos CAPS ou nas UBS, USF) e, sim, de estar lá, compondo com estas equipes, na Saúde Pública, nas UBS, nas ESF, na AB, na prevenção e promoção de saúde, no cuidado ao singular do sujeito. Construindo, na práxis, aquilo que Freud, em 1919 (1919/2000d), já sabia que deveria acontecer.

Para além dos dados coletados durante este trabalho, consideramos importante expandir nossas reflexões acerca de alguns pontos de atenção da Saúde Pública e da Saúde Mental e que se constituem desafios, também, para a atuação do psicanalista neste campo. A Saúde Pública sofre com recursos insuficientes e, também, com a má gestão (Rossi, 2015). A “saúde é uma das principais preocupações do brasileiro e também um dos maiores desafios dos governantes” (Rossi, 2015).

A ESF, por exemplo, tem como objetivo atuar com um modelo comunitário de cuidado à saúde, a partir da prevenção e promoção, porém:

Em 20 anos, no entanto, nenhum estado alcançou cobertura completa. Apenas dois ultrapassaram os 90%: Piauí e Paraíba. Na outra ponta, sete estados têm atendimento abaixo da metade: Amazonas, Rio de Janeiro, Paraná, Roraima, Rio Grande do Sul, São Paulo e Distrito Federal, com 20% (Rossi, 2015).

Há serviços públicos excelentes, de acordo com Lígia Bahia, porém, a premissa de que o servidor público serve ao público, uma das mudanças primordiais para o SUS, ainda não foi compreendida. “A confusão entre direito e favor é um elemento que está presente no atendimento de diversos pontos de cuidados da rede pública e gera constrangimentos para pessoas que já estão fragilizadas pela condição de saúde” (Saúde Pública e os desafios, 2015).

Outro problema destacado por Bahia é a falta de investimento “conjugada com a má

qualidade de uso dos existentes” (Healthcare Manegement, 2015) e, é primordial que se rompa com “as práticas clientelistas de gestão tais como fazer da saúde moeda de troca de articulações partidárias” (Healthcare Manegement, 2015).

A falta de mão de obra aliada a problemas na formação das equipes, além da mercantilização da saúde, são outros pontos de atenção, destacado pelo especialista, Geraldo Lucchese: “Os centros de formação formam profissionais para o mercado da saúde. O SUS é uma política pública de Estado, não é mercado. A saúde no SUS é vista como direito social, enquanto que no mercado é vista como mercadoria” (Rossi, 2015).

Carvalho (2013), ao abordar a Saúde Pública no Brasil, destacando a política federal dos últimos 10 anos, busca desconstruir a ideia que coloca “todas as mazelas do SUS nas costas principalmente dos municípios e as conquistas do SUS na responsabilidade apenas do governo federal” (Carvalho, 2013, p. 27). Ele cita 3 evidências de seus argumentos sobre o desfinanciamento federal, entre elas: a redução, entre 1997 e 2008, do gasto federal *per capita* que, “em 1997 eram R\$294,00 *per capita*” (p.21) e em 2003, era de R\$234,00, passando, em 2008 para R\$289,00, como consequência da gripe suína (Carvalho, 2013, p. 21) e:

A participação federal no financiamento da saúde pelas três esferas do governo veio caindo e aumentando a participação de estados e municípios. Em 1980 a participação federal era de 75%, a estadual, 18%, e a municipal, de 7% Já em 2011, a União apenas contribuiu com 47%, os Estados, com 26%, e os municípios, com 28% (Carvalho, 2013, p. 21).

Como pontos para melhorar a Saúde Pública, fortalecendo o SUS, Carvalho (2013) cita os treze pontos levantados pela campanha eleitoral da presidente Dilma Rousseff, e destacamos, entre eles: “incrementar as ações de proteção e promoção da saúde e prevenção de doenças” (p. 25), papel da AB; “ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde” (p. 25) e; “fortalecer a saúde mental e promover o tratamento do uso abusivo do álcool, do crack e de outras drogas” (p. 25). Compromissos, estes, em que “a maioria não saiu do papel” (Carvalho, 2013, p. 25).

A Saúde Mental em articulação com a AB é defendida pela OMS e por pesquisadores do Global Mental Health (MGMH) como a rede de cuidados de base comunitária, cuja “base racional é econômica e de efetividade e compreende que apenas os serviços especializados em saúde mental [por exemplo, hospitais, ambulatório, CAPS] não garantirão a integralidade da assistência” (Athié, Fortes & Delgado, 2013, p. 65).

Esta articulação é um processo complexo e deve levar em consideração as interferências locais (geografia, política, cultura, entre outros), porém, há 10 princípios,

apresentados pela OMS em parceria com a World Organization of Family Doctors (WONCA), para que a integração entre Saúde Mental e AB (ou Atenção Primária) ocorra, dentre eles, destacamos:

A política e os planos têm que incorporar cuidados primários para a saúde mental É necessária a formação adequada dos profissionais de cuidados primários Profissionais e instituições especializadas em saúde mental devem estar disponíveis para apoiar os cuidados primários [apoio matricial].... Recursos financeiros e humanos são necessários (Athié et al., 2013, p. 65).

A partir da análise de publicações especializadas acerca da articulação entre Saúde Mental e AB, no período entre 2000 e 2010, realizada por Athié et al. (2013), observa-se que: as publicações estão concentradas nas regiões Sudeste, Sul e alguns poucos estados do Nordeste, apontando para as diferenças regionais, da produção de conhecimento e, também, da oferta de serviços; a articulação depende, também, do território, não apenas das portarias e investimentos federais; “a prática do matriciamento é um convite para repensar o papel da reforma sanitária... e da reforma psiquiátrica” (Athié et al., 2013, p. 72).

O ano de 2016 tem representado um ano de retrocessos e ameaça aos avanços conquistados pela Saúde Mental a partir da Reforma Psiquiátrica. A nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho, reconhecido como um adversário do movimento da Reforma Psiquiátrica, para a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde tem gerado protestos de diversos órgãos, trabalhadores e especialistas. Paulo Amarante, por exemplo, considera que esta nomeação “não é uma ingenuidade do ministro, ou apenas um descuido, é uma tentativa de desarticular uma política que é bem sucedida e que interfere nos interesses arcaicos conservadores da psiquiatria e nos interesses econômicos da área” (Chaves, 2016).

Representantes de diversas entidades participaram de uma audiência com o ministro da Saúde, para apontar a preocupação com a nomeação de Valencius, como o Conselho Federal de Psicologia (CFP) a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), entre outros.

Foi elaborada uma moção de repúdio contra a nomeação, destacando que “o escolhido pelo ministro representa interesses de uma política de privatização da saúde, de violação aos princípios fundamentais do SUS, da lei da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos” (Chaves, 2016).

É neste cenário de redução de investimentos aliado à má gestão dos recursos do SUS e do retrocesso vivido pelo campo da Saúde Mental brasileiro, que o psicanalista atuará na Saúde Pública. O que as pesquisas e teorias indicam e o que realmente ocorre na lida diária deve ser do seu conhecimento para que “certas ideias utópicas” não afetem seu trabalho. Sua presença neste campo pode ser importante, na medida em que conhecendo a realidade dos serviços, ele possa ir construindo seu lugar de analista e buscando alternativas para que a população usuária do SUS seja ouvida em seu sofrimento.

Este trabalho que propomos se encerra, porém, a prática não. Sua construção e reflexão são constantes, e o desafio é não se engessar no que já está posto. Outras pesquisas acerca da atuação do psicanalista na Saúde Pública se fazem importantes. É preciso refletir a atuação permeada por todos os aspectos envolvidos, desde a teoria e a técnica (formação) até as condições reais onde a atuação se dá. Diversas reflexões também se fazem importantes, por exemplo, acerca das práticas “extramuros”; das parcerias no território; da construção do lugar do psicanalista na Saúde Pública atuando nas ruas, praças, escolas, associações, clubes, parques, um vasto campo a ser conquistado, enfim, o psicanalista cidadão seguindo Freud que afirmou, mais de uma vez, que o objetivo da psicanálise é diminuir o sofrimento humano.

O caminho se faz ao caminhar, seguimos, assim, caminhando.

8. REFERÊNCIAS¹²

- Abrão, J. L. F. (2011). As contribuições de Júlio Pires Porto-carrero à difusão da Psicanálise de crianças no Brasil nas décadas de 1920 e 1930. *Memorandum*, 20, pp. 123-134. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/126936/ISSN1676-1669-2011-20-123-134.pdf?sequence=1>.
- Abreu, D. N. (2008). A prática Entre Vários: A Psicanálise na Instituição de Saúde Mental. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.8, n.1. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/10849/8498>.
- Alencar, S. L. S. (2012). Psicanálise e o SUS: uma experiência em saúde pública. *Rev. Assoc. Psicanal. Porto Alegre*, n. 41-42, p. 71-85. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.apoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista41.pdf>.
- Amarante, P. D. C., & Torre, E. H. G. (2001). A Constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58), 26-34. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.25%2C+N.58+-+maio&pesq=&x=34&y=15.
- Amarante, P. D. C. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. D. C. (2008). Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In Carvalho, A. I., Noronha, J. C., Lobato, L. V. C., Giovanella, L., & Escorel, S. (Orgs.), *Políticas e Sistema de Saúde No Brasil* (pp. 735- 760). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Andrade Junior, M. (2007). O desejo em questão: ética da Psicanálise e desejo do analista. *Psychê*, Ano XI, nº 21, pp. 13-196. Recuperado em 05 de março de 2016, de <HTTP://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v11v21/v11n21a13.pdf>.
- Aquino, J. G. A escrita como modo de vida: conexões e desdobramentos educacionais. **Educ. Pesqui.** São Paulo , v. 37, n. 3, pp 641-656, dezembro 2011. Recuperado em 16 de janeiro de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022011000300013&lng=en&nrm=iso.

¹² De acordo com estilo APA- American Psychological Association.

- Araújo, E. M. (2009). Transmissão da Psicanálise e Universidade: a formulação de um saber mediante o dispositivo do ensinante de Lacan. (Dissertação de Mestrado). Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1538>.
- Assad, M. E. (2012). *O psicanalista do “momento” ou a política do semblante*. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Margarida_Assad_O_psicanalista_do_momento1.pdf.
- Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). (2016, 31 de março). ABRASME denuncia o Desmonte do SUS e da Coordenação Nacional de Saúde Mental. Recuperado de 14 de Abril de 2016, de http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=227
- Athié, K., Fortes, S., & Delgado, P. G. G. (2013). Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v.8, n. 26, pp. 64-74. Recuperado em 21 de abril de 2016, de <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/536>
- Baas, B. (2001). Freud, a realidade psíquica e a tentação do transcendental. *Ágora*, v.IV, n.2, pp. 9-23. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1516-14982001000200001&pid=S1516-14982001000200001&pdf_path=agora/v4n2/v4n2a01.pdf.
- Camargo, C. (2009). Semblante e verdade. *Latusa digital*, ano 6, n.37. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_37_a3.pdf.
- Camargo, L. F. E., & Aguiar, F. (2009). Foucault e Lacan: o sujeito, o saber e a verdade. *Rev. Filos*, 21(29), pp. 531-544. Recuperado em 05 de março de 2016, de <file:///C:/Users/Psicologia/Downloads/rf-3448.pdf>.
- Campos, G. W. S. (1999). Esquipe de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em equipe. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), pp. 393-403.
- Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma

metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), pp. 399- 407. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-311X2007000200016&pid=S0102-311X2007000200016&pdf_path=csp/v23n2/16.pdf.

Caprara A., & Franco L.S.A. (1999). A relação paciente-médico. Para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, n.3, pp. 647-654. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>.

Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, v. 27, n.78, pp. 7- 26. Recuperado em 14 de abril de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002

Cassorla, R. M. S. (2001). Psicanálise e saúde pública: fertilizações. *Rev. Brasileira de Psicanálise*, v. 35, n.3, p. 729-750. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-349203>.

Celes, L. A. M. (2010). Clínica Psicanalítica: Aproximações Histórico-Conceituais e Contemporâneas e Perspectivas Futuras. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, V. 26, N. especial, pp. 65-80. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a06v26ns>.

Chauí, M. (2000). Convite à filosofia. São Paulo: Ática.

Chaves, L. (2016, 11 de fevereiro). Retrocessos à vista no campo da saúde mental no Brasil. Entrevista especial com Paulo Amarante. *Instituto Humanitas Unisinos*. Recuperado em 15 de abril de 2016, de <http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/551466-retrocessos-a-vista-no-campo-da-saude-mental-no-brasil-entrevista-especial-com-paulo-amarante>

Cilene, P. (2014). Entrevista: Quando os Médicos Adoecem. *Revista IstoÉ*. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.terra.com.br/istoe-temp/edicoes/2014/imprime91909.htm>.

Coelho, C. M. S. (2006). Psicanálise e laço social: uma leitura do Seminário 17. *Mental*, v.4, n.6, pp. 107-121. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100009&lng=pt&tlng=pt.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2013). *UMA PROFISSÃO DE MUITAS E*

DIFERENTES MULHERES. Resultado preliminar da pesquisa 2012. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Uma-profissao-de-muitas-e-diferentes-mulheres-resultado-preliminar-da-pesquisa-2012.pdf>.

Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2012). *RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.* Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

Costa, A. L. F.; Amorim, K. M. O. & Costa, J. P. (2010). Profissão de psicólogo no Brasil: análise da produção científica em artigos. (pp. 31- 50). In Yamamoto, O. H.; Costa, A. L. F. (Orgs). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil*. Natal, RN: EDUFRN.

Costa, A., & Poli, M. C. (2006). Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em Psicanálise. *Rev. Pulsional*, ano XIX, n.188, pp. 14-21. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/188_02.pdf.

Couto, R. H. O. (2008). Psicanálise e Saúde Mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, N. 1, pp. 136-141. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000100015.

Cukiert, M., & Prizskulnik, L. (2002). Considerações sobre eu e o corpo em Lacan Uma contribuição à questão do corpo em Psicanálise: Freud, Reich e Lacan. *Estud. psicol. (Natal)*, vol.7, no.1, pp.143-149. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000100014&lng=en&nrm=iso.

D'Agord, M. (2000). *Processos inconscientes em situações construtivistas de aprendizagem pro projetos enriquecidas com as Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTICs)*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), pp. 53-81. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>.

Duarte, J., & Barros, A (org.). (2005). *Entrevista em profundidade. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas.

Etkin, G. E. (1982). Lacan, Brasil e a América Latina. *Universitas*, n. 29, pp. 59-66.

Recuperado em 05 de março de 2016, de <file:///C:/Users/diego/Downloads/1266-2721-1-PB.pdf>.

Fernandes, M. H. (2002). A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica. (pp. 173-191). In Aisenstein, M.; Fine, A. & Pragier, g. (orgs). *Hipocondria*. São Paulo: Escuta.

Fernández, M. R. (2001). *A prática da Psicanálise lacaniana em centros de saúde: Psicanálise e saúde pública* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/fernandezmrm/capa.pdf>.

Ferreira Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo: clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta.

Figueiredo, A. C. (2001). Reforma psiquiátrica e Psicanálise: um novo *aggionarmento*? In Quinet, A. (Org), *Psicanálise e Psiquiatria, controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Figueiredo, A. C. (2002). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos. A clínica psicanalítica no ambulatório público*. 3ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará Distribuidora de publicações Ltda.

Figueiredo, A. C. (2005). Uma proposta da Psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, v.3, n.5, pp. 43-55. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200004&lng=pt&tlng=pt.

Figueiredo, A. C. (2010). Três tempos da clínica orientada pela Psicanálise no campo da saúde mental, em Guerra. In *A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social*. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.crprs.org.br/upload/noticia/arquivo2312.pdf>.

Figueiredo, A. C. (2014). A construção do caso clínico: uma contribuição da Psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, VII, n.1, pp.75-86. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume07/n1/a_construcao_do_caso_clinico_uma_contribuicao_da_psicanalise_a_psicopatologia_e_a_saude_mental.pdf 2014.

- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em Psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&tlng=pt.
- Figueiredo, M. (2006). *Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Foucault, M. (2003). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2004). *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freud, S. (1996a). A interpretação dos sonhos. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. V. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1900-1901).
- Freud, S. (1996b). O Ego e o Id. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1923-1925)].
- Freud, S. (1996c). O mal-estar na civilização. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1930[1929]).
- Freud, S. (2000a). Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. *A Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, versão 2.0. Vol XII. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1912).
- Freud, S. (2000b). Conferências introdutórias sobre Psicanálise. *A Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, versão 2.0. Vol XV. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1916-17).
- Freud, S. (2000c). O tabu da virgindade. *A Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, versão 2.0. Vol XI. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1917).
- Freud, S. (2000d). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. *A Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, versão 2.0. Vol

XVII. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1919).

Freud, S. (2000e). O estranho. *A Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, versão 2.0. Vol XII. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1919).

Freud, S. (2000f). Dois verbetes de enciclopédia. *A Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, versão 2.0. Vol XVIII. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1923[1922]).

Freud, S. (2000g). A questão da análise leiga. *A Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, versão 2.0. Vol XX. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1926).

Fuks, B. B. (2007). *Freud e a cultura*. 2ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Fundação Ontocentro de São Paulo. (2014). *Caracterização da assistência oncológica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo*. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques/boletim_assist_oncol_rras_2.pdf.

Garcia-Rosa, L. F. (2009). *Freud e o Inconsciente*. 24ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ed. São Paulo: Atlas.

Goidanich, M. (2001). Saúde mental na rede pública: possibilidade de inserção psicanalítica? *Rev. Psicologia Ciência e Profissão*, v.21, n.4, pp. 26-33. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000400004>

Harari, A. (2008). *Fundamentos da Prática Lacaniana: Risco e Corpo* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 05 de março de 2016, de <file:///C:/Users/diego/Downloads/AngelinaHarariFundamentosdapraticallacaniana.pdf>.

Healthcare Manegement. (2015, 05 de março). *Saúde Pública: Falta dinheiro ou não sabemos administrar os recursos disponíveis?* Recuperado em 21 de abril de 2016, de https://issuu.com/grupomidia/docs/healthcare_34ed_site

- Henriques, R. P. (2011). Desafio Ético para a Composição da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a experiência da saúde mental na atenção básica no município da Serra/ES. In K. J. M. Lopes, E. N. Carvalho & K. S. A. L. Matos. (Orgs.), *Ética e as Reverberações do Fazer* (pp. 166-180). Fortaleza, CE: Edições UFC.
- Kehl, M. R. (1996/1997). Você decide...e Freud explica. In Governo do Estado de São Paulo, Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, Secretaria de Estado da Cultura. *O Preconceito*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado.
- Klitzman, R. (2008). *When Doctors Become Patients*. New York: Oxford University.
- Koifman, L. (2001). O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v.VIII, n.1, pp. 48-70. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n1/a03v08n1.pdf>.
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 7: a ética em Psicanálise*. 2ed. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1959-60).
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1962-63).
- Laurent, E. (1999). O Analista Cidadão. *Revista Curinga*, n.13, pp. 07-13. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://ebpmg.org.br/wp-content/uploads/2013/07/edicao_13.pdf.
- Leite, M. P. (2015). *A clínica*. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.marciopeter.com.br/sitev2/images/pdf/psicanalise-lacanianana/a-clinica.pdf>.
- Lo Bianco, A. C., Bastos, A. V., Nunes, M. L., & Silva, R. C. (1994). Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. *R. Achar, Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*, pp. 7-79. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Luna, L. (2009). “Fazer viver e deixar morrer”- A má-fé da saúde pública no Brasil. In Souza, J. (Org). *Ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte, MG: Editora UFMG.
- Luz, M.T. (1988). A disciplina das doenças e a razão social: as categorias médico-sociais no século XIX. *Natural, Racional, Social. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Campus.

- Macedo, M. M. K., & Falcão, C. N. B. A escuta na Psicanálise e a Psicanálise da escuta. *Psychê*, ano IX(15), pp. 65-76. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-11382005000100006&script=sci_arttext.
- Maluf, P. P. (2007). *A construção da demanda por ajuda psicológica e o trabalho psicanalítico com as classes populares* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp112737.pdf.
- Martini, A., & Coelho Junior, N. E. (2010). Novas notas sobre "O estranho". *Tempo psicanalítico*, 42(2), pp. 371-402. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Mendes, E. R. P. (2012). Sobre a supervisão. *Reverso*, v.34, n.64, pp. 49-55. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952012000300007&lng=pt&tlng=pt.
- Michaelis: dicionário escolar língua portuguesa. (2008). São Paulo: Editora Melhoramentos.
- Miller, J. (1987). *Percurso de Lacan: uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Ministério da Saúde. Ministério da Educação Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Ensino Superior. (2001). Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina. Brasília, DF.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2007). *Clínica Ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2a. ed.). Brasília, DF.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. (2007). *Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão*. Brasília, DF.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2013). *Cadernos de Atenção*

Básica, n. 34. Brasília, DF.

Ministério da Saúde. (2010). *Portaria número 4.279 de 30 de Dezembro de 2010*. Recuperado de em 05 de março de 2016, http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/legis/portaria_4279_2010_diretrizes_rede_as.pdf.

Ministério da Saúde. (2011). *Portaria número 3.088, de 23 de Dezembro de 2011*. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Ministério da Saúde. (2011). *Guia Prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf.

Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica* (PNAB 2012). Brasília, DF.

Monseny, J. (2001). A ética psicanalítica do diagnóstico. In Quinet, A. (Org), *Psicanálise e Psiquiatria, controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Monteiro, C. P. (2012). *As ações do analista na instituição de saúde mental*. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Cleide_Pereira_Monteiro_As_acoes_do_analista_na_instituicao_de_saude_mental1.pdf.

Moretto, M. L. T. (2006). *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://eloizaquintela.com.br/o%20psicanalista%20no%20transplante%20de%20fgao.pdf>.

Moretto, M. L. T. (2008). *O que pode um analista no hospital?* 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moretto, M. L. T., & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanalítico*, v.46, n.2, pp. 287-298. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007&lng=pt&tlng=pt.

- Neto, F. K., & Moreira, J. O. (2010). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade*. Barbacena, MG: EdUEMG- Editora da Universidade do Estado de Minas Gerais.
- Nogueira Filho, D. M., & Warchavchik, V. L. H. (2008). Formação do analista: um impasse necessário. *Jornal de Psicanálise*, v.41, n.74, pp. 141-150. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000100009&lng=pt&tlng=pt.
- O melhor do bairro. (2012). *Com CAPS AD, Suzano organiza Rede de Saúde Mental pioneira no Alto Tietê*. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.omb100.com/suzano/noticias/64025/com-caps-ad-suzano-organiza-rede-de-saude-mental-pioneira-no-alto-tiete>.
- Oliveira, C. L. M. V. (2002). A historiografia sobre o movimento psicanalítico no Brasil. *Rev. Latinoam. Psicop. Fund*, v. 3, pp. 144-153. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume05/n3/a_historiografia_sobre_o_movimento_psicanalitico_no_brasil.pdf.
- Onocko-Campos, R. (2013). *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec.
- Palma, C. M. S. (2010). A clínica psicanalítica em instituições públicas de saúde. *Revista aSEPHallus*, Rio de Janeiro, VI(11), nov.2010/abr.2011. Recuperado em 05 de março de 2016, de www.nucleosephora.com/asephallus.
- Passos, E., & Barros, R. B. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16(1), pp. 71-79. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722000000100010&script=sci_arttext.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, 35: pp. 103- 109. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.abem-educmed.org.br/fnepas/pdf/cobem07/peduzzi_cobem_07.pdf.
- Pinacastelli, C. H, Faria, H. P. & Silveira, M. R. (2000). O trabalho em Equipe. *Organização do Cuidado a partir de Problemas: Uma alternativa Metodológica para a Atuação da Equipe de Saúde da Família*. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://ead.esp.mg.gov.br/nte/docs/trabalho_equipe.pdf

- Pisetta, M. A. A. M. (2011). O sujeito suposto saber e a transferência. *Revista Digital AdVerbum*, 6(1), pp. 64-73. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.psicanaliseefilosofia.com.br/adverbum/vol6_1/06_01_05sujeitosupostosaber.pdf.
- Priszkulnik, L. (2000). Clínica(s): diagnóstico e tratamento. *Psicologia USP*, v.11, pp. 11-28. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100002&lng=en&tlng=pt.
- Priszkulnik, L. (2004) A criança sob a ótica da Psicanálise: algumas considerações. *PSIC-Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 5(1), pp. 72-77. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-73142004000100009&script=sci_arttext.
- Priszkulnik, L. (2008). Prevenção: saúde mental e Psicanálise. *Formação de profissionais e a criança-sujeito*, 7. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100002&lng=en&nrm=abn.
- Priszkulnik, L. (2009). Violência contra crianças: desafios só para os médicos? *O mundo da Saúde São Paulo*, 33. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/66/58a63.pdf.
- Quinet, A. (2001). A apresentação de pacientes de Charcot a Lacan. In Quinet, A. (Org), *Psicanálise e Psiquiatria, controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Quinet, A. (2009). A estranheza da Psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar.
- Ramos-Cerqueira, A. T. A., & Lima, M. C. (2002). A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.6, n.11, pp. 107-116, 2002. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.scielo.org/pdf/icse/v6n11/07.pdf>.
- RAPS Alto Tietê. (Sem data). Construção da Rede de Atenção Psicossocial- Alto Tietê. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/2013/novembro/apresentacoes/processodeconstrucaoarededeatencaopsicossocial.pdf>.

- RASS 02. (Sem data). *Matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial- RAAS 02*. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Matriz-diagnostica-RAPS.pdf>.
- Revista Psicologia Ciência e Profissão. (2004). *Homenagem à Durval Marcondes*. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400014.
- Ribeiro, M. A. C. (2004). O traço que fere o corpo. In Alberti, S. & Robeiro, M. A. C. (Orgs). *Retorno do exílio: o corpo entre a Psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Rinaldi, D. L., & Alberti, S. (2009). Psicanálise, Saúde Mental e Universidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia, pp. 533-545. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v9n2/v9n2a18.pdf>.
- Rivera, T. (2010). A criação crítica- Oitica com Lacan. *Trivium*, ano II. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-ii/artigos-tematicos/ar-tem1-oitica-com-lacan.pdf>.
- Romanini, M., & Roso, A. (2012). Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. *Psicologia USP*, 23(2), pp.343-366. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642012000200006&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0103-65642012005000002.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos *Revista mal-estar e subjetividade*, pp. 329-348, IV(2). Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v4n2/08.pdf>.
- Rosa, M. D., & Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 180-188. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000100021&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-71822010000100021.
- Rossi, M. (Ed.). (2015, 08 de janeiro). [Editor]. Saúde pública no Brasil ainda sofre com recursos insuficientes. *Câmara Notícias*. Recuperado em 13 de abril de 2016, de <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/480185-SAUDE-PUBLICA-NO-BRASIL-AINDA-SOFRE-COM-RECURSOS-INSUFICIENTES.html>

- Roudinesco, E., & Plon, M. (1988) *Dicionário de Psicanálise*. (M. Ribeiro, & L. Magalhães., trads). Rio de Janeiro: Zahar.
- Sacks, O. (2010). *O olhar da mente*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Santos, E. M. (2009). *A Psicanálise e os semblantes*. Recuperado em 05 de março de 2016, de <https://pontolacaniano.wordpress.com/2009/09/06/a-psicanalise-e-os-semblantes/>.
- Scherer, E. A.; Scherer, Z. A. P.; & Campos, M. A. (2007). Percepções sobre coordenação e funcionamento de reuniões de equipe geral de um hospital-dia psiquiátrico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2405>.
- Seganfredo, G. F. C.; & Chatelard, D. S. (2014). Das Ding: o mais primitivo dos êxtimos. *Cad. Psicanálise- CPRJ*, v. 36, n. 30, pp. 61-70, jan/jun. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.cprj.com.br/imagenscadernos/caderno30_pdf/05_Das_Ding_o_mais_primitivo_dos_extimos.pdf.
- Seixas, P. S., Coelho-Lima, F & Costa, A. L. F. (2010). Caracterização de dissertações/ teses que versam sobre a profissão de psicólogo no Brasil. In Yamamoto, O. H.; Costa, A. L. F. (Orgs). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil*. Natal, RN: EDUFRN.
- Silva, F. L. A dimensão ética da palavra. In *Tempo Social*; Rev. Sociol. USP, São Paulo, nº 8(2), pp 53-66, outubro de 1996. Recuperado em 16 de janeiro de 2015, de http://www.fflch.usp.br/ds/temposocial/site/images/stories/edicoes/v082/a_dimensao.pdf.
- Silva, R. C. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. *Psicologia e saúde: repensando práticas*, pp. 25-40. São Paulo: Hucitec.
- Sousa, P. S. M. (2010). *A inserção da Psicanálise na saúde mental da reforma psiquiátrica brasileira: possibilidade e desafios*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, DF. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_arquivos/73/TDE-2011-01-11T153816Z-5464/Publico/2010_PaulaSteindeMeloSousa.pdf.
- Spink, M. J. P., Bernardes, J. & Menegon, V. S. M. (2006). *A Psicologia em diálogo com o SUS: Prática Profissional e Produção Acadêmica*. São Paulo: Associação Brasileira de Ensino de Psicologia e Ministério da Saúde.

- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Val, A. C., & Lima, M. A. C. (2014). A construção do caso clínico como forma de pesquisa em Psicanálise. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v.17, n.1, pp. 99-115. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982014000100007&lng=en&tlng=pt.
- Vale, E. A. N. (2003). *Os rumos da Psicanálise no Brasil- Um estudo sobre a transmissão psicanalítica*. São Paulo: Ed. Escuta.
- Varella, D. (2007). *O médico doente*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Victor, R. M., & Aguiar, F. (2011). A clínica Psicanalítica na Saúde Pública: desafios e possibilidades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), pp. 40-49. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100005&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1414-98932011000100005.
- Viganò, C. (2010). A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online*. Recuperado em 05 de março de 2016, de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2ed. Porto Alegre: Bookman.
- Zaslavsky, J.; Nunes, M. L. T.; & Eizirik, C. L. (2003). A supervisão psicanalítica: revisão e uma proposta de sistematização. *R. Psiquiatria*, 25/2, pp. 297-309. Recuperado em 05 de março de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n2/v25n2a06.pdf>.

9. ANEXO

9.1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, Juliana Falchete Martins Prado, estou realizando uma pesquisa intitulada “O psicanalista na Saúde Pública: uma prática do trabalho em equipe” que pretende à luz das contribuições psicanalíticas, de Freud e Lacan, contribuir para a reflexão acerca do lugar e da prática da Psicanálise alinhada à produção científica de conhecimento. O objetivo é investigar e discutir sobre a inserção do psicanalista no campo da Saúde Pública, no que toca sua prática na Atenção Básica (AB) em uma equipe de Matriciamento, em uma cidade do interior próxima à São Paulo, SP. Para a referida pesquisa, será realizado o estudo de caso único e aprofundado com objetivo de investigar e refletir sobre a inserção de um psicanalista na Saúde Pública, e seu trabalho na equipe de matriciamento, além de possibilitar a análise subjetiva desta experiência e sua visão da prática neste campo.

Para a realização do estudo de caso realizaremos entrevistas semiabertas, no contexto da entrevista em profundidade, que permite, através de perguntas disparadoras, aprofundar os temas propostos. Alguns temas destacados serão: o psicanalista na Saúde Pública, a trajetória acadêmica e profissional do sujeito, a inserção na equipe de Matriciamento, sua prática e visão sobre a contribuição da Psicanálise para a Saúde Pública.

Nesta pesquisa, o entrevistado será convidado a participar através das entrevistas semiabertas, de modo que possa falar sobre a sua experiência. O entrevistado poderá participar desta pesquisa mediante este termo de consentimento livre e esclarecido.

As entrevistas, previamente agendadas, serão realizadas em recinto preservado. A entrevista será gravada, e terá a duração de, aproximadamente, uma hora e poderão ser necessárias de 04 a 06 entrevistas. Ao término da pesquisa, o material gravado e transcrito será inutilizado.

Por se tratar de um estudo de caso único e aprofundado, os riscos envolvidos na pesquisa são de ordem emocional. Para preservar o(a) entrevistado de possíveis desconfortos e riscos, serão tomadas as providências e cautelas de: realizar as entrevistas em local reservado; manter o sigilo acerca das informações coletadas e a privacidade do(da) entrevistado; prestar apoio e

suporte psicológicos caso necessário, mesmo após o término da pesquisa e garantia de ressarcimento e cobertura das despesas geradas pelo apoio psicológico; garantia de indenização diante eventuais danos decorrentes da pesquisa. A partir da participação da pesquisa o(a) entrevistado se beneficiará elaborando aspectos de sua história através de sua própria narrativa, juntamente com a pesquisadora.

O (A) entrevistado poderá solicitar quaisquer informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecimento de eventuais dúvidas e poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem penalidades. O(A) entrevistado poderá se recusar a falar sobre qualquer assunto que julgar necessário e poderá não autorizar a utilização total ou parcial dos dados.

A apreciação ética da pesquisa foi realizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEP-IUSP) localizado à Av. Professor Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP, e-mail ceph.ip@usp.br, telefone (11) 3091-4182.

Serão modificados, em todas as circunstâncias, os dados pessoais entre outras informações de identificação do (a) entrevistado, bem como será preservado o nome da cidade em que a pesquisa acontecerá com finalidade de evitar a identificação do(a) entrevistado. As informações serão preservadas durante a inclusão dos dados das entrevistas e na análise de resultados. Os dados obtidos serão utilizados em uma dissertação de Mestrado, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), em eventos científicos e em publicações em periódicos científicos.

O(A) entrevistado poderá entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (11) 957972484 ou por e-mail juliana_falchete@usp.br a qualquer momento desta pesquisa ou posterior a ela. O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, as quais serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas na última página pelo(a) entrevistado da pesquisa e pelo pesquisador, devendo cada parte ficar de posse de uma via.

Orientadora da pesquisa: Profa. Dra. Léia Prizskulnik, Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP. Tel. (11) 3091-4173.

Eu, _____ RG nº _____,
_____, sexo _____, nascido em ____/____/_____, residente
à _____ com
número de telefone _____, após tomar ciência da proposta desta pesquisa,

através da pesquisadora responsável e ratificado no texto acima, considero-me plenamente esclarecido(a), sabendo que poderei, a qualquer momento, rever esta posição e solucionar dúvidas. Estou de acordo com a minha participação, como voluntário(a), nesta pesquisa e dou permissão para ser entrevistado(a) e para estas entrevistas serem transcritas em papel. Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura da pesquisadora
Instituto de Psicologia USP

Rubrica da pesquisadora

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Rubrica do(a) entrevistado (a)