

A CLÍNICA PSICANALÍTICA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL DO SUS

Denize Rejane da Silva Mafalda¹

Denise Scarton Zugno²

Ricardo Vianna Martins³

Liamara Denise Ubessi⁴

RESUMO

O presente artigo surge a partir da reflexão sobre a experiência de atendimento psicológico em uma Equipe de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a perspectiva da psicanálise lacaniana. Utiliza como método o diálogo da experiência com a pesquisa bibliográfica. Procura-se saber como ocorrem estes atendimentos clínicos e quais elementos que, neste viés, fazem parte deste processo, tais como a escuta do sujeito do inconsciente, o desejo do analista e a transferência. Foram percebidos, também, alguns entraves para a realização deste trabalho. No desenvolver da pesquisa, contudo, encontra-se que, desde Freud, é preocupação da psicanálise contribuir com a saúde pública para que um maior número de pessoas possa dela se beneficiar. Também, que a psicanálise é um desafio na práxis em um serviço de saúde que seja centrado no modelo biomédico. Por fim, a psicanálise pode cooperar na prática de cuidado ao usuário e no trabalho em saúde, principalmente pela escuta da singularidade de cada caso, e, com isso, agencia possibilidades de trabalho e vida.

Palavras-chave: Saúde coletiva. Psicanálise. Clínica.

THE PSYCHOANALYTIC CLINIC IN A TEAM OF MENTAL HEALTH OF SUS

ABSTRACT

This article arises from a reflection on the experience of psychological care in a Mental Health Team, in the Public Health System (SUS) from the perspective of Lacanian psychoanalysis. It uses experience dialogue as a method along with literature. It wants to know how these clinical cares occur and which elements are part of the process such as listening to the subject of unconscious, the analyst's desire and transfer. Some barriers to this work were also perceived. However, when the research is being developed, it finds that, since Freud, this concern about psychoanalysis contributes with public health in order to a larger number of people can benefit from it. The psychoanalysis is also a challenge for the praxis in a health service which is centered in a biomedical model. Ultimately, psychoanalysis can cooperate with the practice of caring at the health work, mainly by listening to the particularities of each case and consequently promote new possibilities of life and work.

Keywords: Public health. Psychoanalysis. Clinic.

¹ Psicóloga. Pós-Graduação em Humanização da Atenção e Gestão do SUS pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Psicóloga na 15ª Coordenadoria Regional de Saúde. Participa do Grupo de Pesquisa Observatório de Saúde Mental – UFSM/Cesnors Palmeira das Missões – RS. denizemafalda@gmail.com

² Psicóloga. Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Participa do Grupo de Pesquisa Observatório de Saúde Mental – UFSM/Cesnors Palmeira das Missões – RS. dzugno@gmail.com

³ Psicólogo, psicanalista, doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS e professor no Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Participa do Grupo de Pesquisa Observatório de Saúde Mental – UFSM/Cesnors Palmeira das Missões – RS. ricardomartinsead@gmail.com

⁴ Psicóloga, enfermeira, mestre em Educação nas Ciências pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí). Doutoranda em Ciências: práticas sociais em enfermagem e saúde pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel. Participa do Grupo de Pesquisa Observatório de Saúde Mental – UFSM/Cesnors Palmeira das Missões – RS. liaubessi@gmail.com

O ponto de partida que desencadeou o presente artigo foi a experiência de atendimento clínico em uma Equipe de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a perspectiva da psicanálise. Esta experiência aconteceu no ano de 2010. Na procura de material que embasasse esta prática, realizada por meio de levantamento bibliográfico, deparamo-nos com muitos psicanalistas que estão atuando e pensando na concretização e na instituição de uma saúde pública de acordo com o projeto político do SUS, que se trata de “uma proposta muito ousada e generosa”, como refere Wagner Gastão Campos (2007, p. 60). Em se tratando do SUS, o peso não se dá tanto em relação ao embasamento teórico assumido pelo profissional, mas, sim, se aquele contribui com o escopo de fomentar a saúde coletiva. Por que, então, haveria algo a dizer sobre a atuação do psicanalista na atenção à saúde pública? Teria Freud pensado sua teoria também para este atendimento? São estas perguntas que nortearam a reflexão que gerou o presente trabalho, o qual objetiva discutir a clínica psicanalítica na saúde pública e a relação desta com o contexto sociocultural, a partir do relato de uma experiência.

Área de interesse e método

Abordar a saúde coletiva é um tema tão vasto que se faz necessário determinar bem a área a ser abrangida. A Saúde Coletiva compreende várias áreas do conhecimento, em caráter inter, multi e transdisciplinar. Dentre elas, a Saúde Pública. Na *práxis*, evidencia componentes de prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde, visando à produção de vida em uma rede de atenção integrada e compartilhada. Compõe esta rede, desde a Atenção Básica, com a Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2012), o aparelho midiático (com as propagandas sobre prevenção e detecção de doenças curáveis) (Portal da Saúde, campanha publicitária, 2014), estendendo-se às escolas (Brasil, 2009) e vigilância sanitária, entrando, posteriormente, em sistemas mais complexos de assistência à saúde que compreendem desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), diferentes locais para exames e terapias, até

o trabalho com foco na saúde do trabalhador (Brasil, 2005a), chegando até hospitais e dispositivos gerados a partir do processo da Reforma Psiquiátrica, entre tantos outros.

A Reforma Psiquiátrica, marco da saúde mental brasileira, foi deflagrada no território nacional em 2001. Decorre, contudo, dos movimentos sociais a partir, principalmente, dos anos 70. Tratava-se do movimento dos trabalhadores e familiares de internos em manicômios, preocupados em superar a “[...] violência asilar [...]” (Brasil, 2005b) sofrida pelos ditos loucos, bem como pelo estigma social conferido a estes. A partir da Constituição Federal de 1988, foi criado o SUS e, nos anos seguintes, o Ministério da Saúde introduziu na política a Reforma Psiquiátrica com a criação de serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, em uma rede de atenção à saúde mental.

Como assevera Motta (2010, p. 9) na apresentação do caderno de Organização e Funcionamento do SUS, “a saúde é um dos campos em que a gestão é mais complexa se comparada com [...] outros setores da sociedade.” Encontram-se psicólogos e psicanalistas trabalhando em todos estes espaços do SUS; contudo, a nossa atenção será focada especificamente no atendimento clínico no trabalho em uma Equipe de Saúde Mental.

Falar em psicologia é entrar em outro universo que também exige uma delimitação. São muitas linhas teóricas de abordagem dadas as muitas compreensões do funcionamento do psiquismo que surgiram na História desta ciência. Por afinidade e experiência, escolheu-se focar a atenção na psicanálise. Esta também passível de outras delimitações.

Dentro da psicanálise existem diferentes orientações, como nos apresenta Figueiredo (1997, p. 17):

São conhecidos, pelo menos, três modelos pregressos que compõem o mosaico do campo psicanalítico: o Kleinismo e suas variações, conhecido como escola inglesa; a psicologia do ego como fruto de uma “americanização” da psicanálise liderada por imigrantes europeus; e o movimento lacanianiano conhecido como escola francesa.

Dentre estas diferentes orientações, a escola francesa é a que mais se ocupa da questão do social, porque Lacan, juntamente com Freud, reafirma constantemente a “indissolubilidade do indivíduo e do social, do público e do privado e, portanto, também, do sujeito e do cidadão” (Ribeiro, 2009, p. 16).

A psicanálise na saúde pública aplica-se para atender a infância, os grupos, na análise institucional, na atenção ao sofrimento psíquico nas suas variações de intensidades, na adicção, como, por exemplo, a toxicomania, e no trabalho na gestão da saúde. Em pesquisas, esta pode ser utilizada para descrever o modo de atuação de profissionais ou como aporte teórico para entender as manifestações estudadas. Neste trabalho, o interesse está focado no atendimento clínico e na escuta psicanalítica na saúde pública.

O Atendimento Psicanalítico em uma Unidade de Saúde

Conforme a Portaria nº 224 do Ministério da Saúde:

O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

Os critérios de hierarquização e regionalização da rede bem como a definição da população referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local (Brasil, 1992).

O atendimento psicanalítico, no presente trabalho, esteve ligado à Saúde Mental, isto é, nos Centros de Saúde, onde se lida com aquilo que o biológico puro não dá conta. Fernández (2001) problematiza sobre a divergência de concepção da psicanálise – em que o psiquismo é inconsciente – e saúde mental (cujo psiquismo tende a ser biológico). Apesar desta divergência, é nos programas ou

serviços de saúde mental que o psicanalista pode exercer sua prática clínica nas Unidades de Saúde da rede pública.

Em nossa prática, o atendimento acontecia da seguinte forma: por meio de interconsultas com o clínico geral ou enfermeiro – de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma mesma região – estudava-se qual o melhor procedimento para atender à necessidade do demandante de cuidados. Se fosse interessante para o caso e sendo de acordo com o usuário, este era encaminhado para a equipe de saúde mental. O mesmo, então, passava por um atendimento em grupo, quando se acolhia sua demanda singular, derivando, posteriormente, para atendimento grupal ou individual. Para casos de pessoas da região que saíam de internações psiquiátricas, o atendimento primeiro era individual, e, se fosse do desejo desta, poderia passar para atendimento grupal. Sendo assim, não existia uma regra única para o trabalho da Equipe de Saúde Mental.

A Portaria nº 224/MS (Brasil, 1992) propõe que as equipes sejam compostas por todos, ou alguns, dos seguintes profissionais: psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, terapeuta ocupacional, enfermeiro e assistente social. Em geral, as equipes possuem somente psiquiatras, psicólogos – dentre os quais alguns podem ser psicanalistas – e assistentes sociais. Esta última composição era a que havia na equipe quando aconteceu a experiência ora descrita.

Quanto à demanda por atenção em saúde mental nas UBSs, varia de acordo com a população e a percepção dos clínicos gerais.

Psicanálise e atendimento na saúde pública

Quando falamos de psicanálise, não é difícil nos reportarmos à imagem de um divã, uma sala cheia de livros, além da figura de Freud, é claro. “O modelo do tratamento padrão – transmitido de geração em geração através da imagem mítica da poltrona e do divã – está agora reservado aos privilegiados” es-

creve Roudinesco (2000, p. 161) em seu livro “Por que a Psicanálise?”, que aborda a questão de esta entrar na lógica da economia de mercado, quando os sujeitos são tratados como mercadorias e os pacientes “tendem, por sua vez, a utilizar a psicanálise como um medicamento, e o analista, como um receptáculo de seus sofrimentos.” Estas são imagens de senso-comum, construídas ao longo destes cem anos da psicanálise, mas que não dão conta de representar a capacidade de atuação nos mais diversos campos em que está inserido o psicanalista e seu discurso. Então, procuraremos entrar no âmbito da psicanálise realizada em outros campos que não aquele do clássico consultório particular.

Erane Paladino (2011, p. 76-77) apresenta resenha de um livro no qual a autora, Radmila Zigouris, “defende a importância de os psicanalistas irem além dos dogmas da teoria, considerando subjetividades e contextos sociais”; e, “Às vezes são necessários anos de preparação para que um paciente comece a usufruir da análise clássica [...]”. O que nos chama a atenção nesta reportagem é o atraso com esta preocupação, posto que há muito tempo os psicanalistas de um contexto socioeconômico diferente daquele europeu já se perguntam sobre a recontextualização da psicanálise por já estarem atuando em novos ambientes.

Para Figueiredo (1997, p. 31), a recontextualização da psicanálise “pode ser entendida como uma revisão conceitual, no campo próprio da teoria, como uma realocação de sua prática no campo da clínica em suas variações.” Num consultório particular, o paciente vai ao encontro de um psicólogo porque deseja ou precisa ser atendido por este. No espaço público, a clientela não vai ao encontro do psicanalista, mas de uma instituição – o SUS. Este é o movimento em nosso país e, tal como outros fatores, exige uma recontextualização.

Freud (1969), no Quinto Congresso Psicanalítico Internacional, apresentou sua preocupação quanto à possibilidade de a Psicanálise beneficiar um maior número de pessoas no futuro. Por questões de sobrevivência, o trabalho dos psicanalistas de então era restrito às classes abastadas, mas ele não deixou de se preocupar para que a psicanálise pudesse atin-

gir um maior número de pessoas, também aquelas com menores condições financeiras das que eram atendidas na sua época, justamente pelo potencial de sua teoria, e explicitava:

[...] é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, 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 a 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 deixados aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. [...] Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres [...] Mais cedo ou mais tarde, contudo, chegaremos a isso (Freud, 1969, p. 210).

Freud é um autor para a atualidade no campo da saúde que esboça, de maneira indireta, o que veio a se conformar em um dos princípios do SUS, principalmente ao mencionar que a saúde mental é importante e complexa na mesma medida que outras situações de saúde. Continuando esta explanação, Freud assevera: “Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições”. Mais adiante, tratou de como, apesar destas possíveis mudanças, a teoria adaptar-se-ia, mas contendo os elementos essenciais:

No entanto, qualquer que seja a forma que esta psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (1969, p. 211).

Está posto, então, o desafio para os psicanalistas, que se embrenham pela saúde coletiva, a adaptar a técnica a esta nova condição que é o atendimento público e que pode ser via atendimento individual ou coletivo, trabalho com grupidades, processo de trabalho e gestão em saúde.

Silveira (2007) expõe que um dos desafios “é a necessidade do atendimento ser mais breve, rápido, se possível de forma coletiva para dar vazão à procura”. Deixar-se levar por esta urgência endossa a ideia de que “só a elite pode e merece um atendi-

mento particularizado e com o tempo necessário.” Neste sentido, Figueiredo (1997, p. 46) destaca que a própria escuta do psicanalista em uma primeira entrevista, individual ou coletiva, pode trazer a resposta que o paciente procura. Qual é, então, a particularidade desta escuta?

Elementos que compõem uma clínica psicanalítica

Na literatura encontrada, todos os textos apontam a escuta do inconsciente como pedra angular da psicanálise, e não poderia ser diferente, dado que Freud acabou por fazer do inconsciente “o principal conceito da sua doutrina, conferindo-lhe uma significação muito diferente da que fora dada por seus predecessores” (Roudinesco; Plon, 1998).

Campos (2005, p. 4) concentra sua atenção na escuta dos que trabalham com a Saúde Pública. Expressa que estes agem movidos por reações inconscientes, que eles próprios desconhecem, e percebendo isso é que se pode mudar a forma “de abordar os equipamentos de saúde e as relações que ali se desenvolvem”.

Já Maluf (2007) aborda a questão da escuta fazendo um estudo sobre as particularidades da fala de pessoas atendidas que têm uma formação cultural diferente daquela de quem atende. Sendo assim, é preciso estar atento aos múltiplos significados que podem advir da fala de um paciente na rede pública. Fernández (2001, p. 3) afirma que “A psicanálise tem como matéria-prima de sua *práxis* a palavra daquele que fala”. Esta autora cita Freud, que explica que a condição que traz sofrimento ao sujeito é sua “miséria neurótica”. Ora, miséria neurótica não depende de renda, escolaridade ou posição social, portanto a escuta psicanalítica se faz onde houver alguém desejoso de ouvir a singularidade do sujeito.

Por que, então, a escuta é tão importante? Fernández (2001, p. 122) nos esclarece bem esta importância ao localizar o atendimento em uma insti-

tuição médica, em uma cultura onde o médico tem o saber e que, portanto, “o paciente não fala, ele ouve aquilo que o médico tem a dizer” (grifo nosso).

Rodrigues (2009, p. 220) escreve que “a escuta é portadora de um sentido de apelo a uma verdade” e que “a escuta é sempre clínica” (p. 221). Escreve, também, referindo-se à escuta do sujeito do desejo que emerge do discurso do inconsciente. Para ouvir este sujeito desejante não é preciso um lugar específico. Este pode acontecer em um passeio pela rua (como acontece com os Acompanhamentos Terapêuticos, dispositivo nascido com a Reforma Psiquiátrica), em uma sala de espera, e, portanto, também com qualquer pessoa que se disponha a ouvir o discurso de seu interlocutor.

Tem-se, então, outro elemento indispensável à escuta psicanalítica que é o desejo do analista. É essencial mencionar esse aspecto, pois é ele que faz a diferenciação entre a escuta de um psicólogo e de uma psicanalista.

Ao chegar um usuário em um atendimento de saúde mental do SUS, talvez nem sequer saiba ter uma dor psíquica ou não deseja tratá-la. Foi simplesmente porque encaminhado por um médico. Se esta pessoa, porém, tem para si que quem vai atendê-la possui um conhecimento capaz de dirimir seu sofrimento, este profissional ocupará uma posição de um “suposto saber”⁵ para este paciente.

Na verdade, o psicanalista nada sabe daquele que lhe chega, mas sabe que lhe é posto um lugar de “saber”. Fernández (2001, p. 65) aponta: “Ao paciente que chega alienado em sua miséria neurótica, com uma demanda ainda inespecífica, [...], o que o analista tem a oferecer é o seu desejo posto em ato”. Neste ponto, suportar esta demanda que lhe é impossível – porque ninguém tem como dirimir a dor de um outro, senão o próprio sofredor – significa abrir-se à escuta sobre a verdade de quem fala e não de quem ouve; significa apostar que da fala do sujeito emergirá o seu desejo inconsciente (Fernández, 2001). É esta a ética psicanalista.

⁵ Sujeito suposto saber é um conceito que Lacan formulou e que é decorrente da transferência.

Sobre a ética do psicanalista, Rodrigues (2009, p. 225) escreve que esta é “sustentada pelo sujeito do desejo” e não se compromete com sentidos preestabelecidos, pois se movimenta nesta direção sempre única e singular.

Maria Rita Kehl, psicanalista de São Paulo, tem ampla experiência de escuta, seja no seu consultório particular na megalópole brasileira, como também na escuta de militantes do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) – pessoas de uma cultura não urbana. Em entrevista ao *Jornal Zero Hora* de Porto Alegre, explica claramente o que é esta ética psicanalista: “fazer com que a pessoa também se escute e questione o que diz, de modo a encontrar pistas que a orientem na via de seu desejo” (Kehl, 2009).

Esta disposição pode produzir a transferência, outro conceito central da psicanálise, tão central que Fernández (2001, p. 52) afirma: “Trata-se, pois, de um dispositivo indispensável, que deve ser produzido, e sem o qual não há possibilidade de análise”. Podemos dizer que a transferência é “entre” analisando e analista, onde circula o inconsciente do primeiro e este é capaz de responsabilizar-se pela sua própria história e se perguntar sobre seus desejos, como afirma Maria Rita Kehl no texto apresentado.

Ao finalizarmos este tópico, salienta-se que estes fenômenos não acontecem magicamente. Nem todo atendimento é exitoso e muitos entraves dificultam uma análise, seja em um consultório particular ou em um atendimento público. E este será o tema discutido a seguir.

Algumas dificuldades enfrentadas na escuta

Ao longo deste artigo algumas das dificuldades enfrentadas pelo psicanalista já foram comentadas, mas consideramos importante voltar a este tema. Introduziremos esta discussão com palavras de Wagner Gastão Campos (2007, p. 63) em sua crítica ao modelo predominante de assistência à saúde: “A clínica biomédica funda-se na concepção de que se

pode compreender e intervir sobre o processo saúde e doença somente com a razão consciente.” O que queremos dizer com esta frase é que este modelo biomédico é o modelo de concepção de saúde mais comum de ser encontrado e nos predispõe a esperar que o médico saiba tudo e o remédio nos cure. Costa (1996 apud Figueiredo, 1997, p. 63) expõe que este modelo tutelado de atendimento visa a prever, predizer e controlar os rumos da saúde do paciente. Deste modo, continua Figueiredo, o “sujeito aí é privado de razão e vontade em prol da descrição fiscalista do modo como se apresenta.”

Com esta mesma expectativa, chegam a nós os usuários, esperando que a cura se dê em pouco tempo, e sem uma responsabilização pelo seu caso. O tempo necessário para um tratamento psicológico não se pode contar cronologicamente, porque “obedece a uma temporalidade inconsciente” (Fernández, 2001, p. 53). Em muitos lugares, o tempo é predeterminado a fim de dar vazão aos atendimentos pedidos. Nestes casos, cabe ao profissional entender qual necessidade cada pessoa possui.

O tempo de permanência em tratamento determina uma rotatividade de pacientes que não é diferente daquela apresentada nos consultórios particulares, mas o atendimento público tem suas particularidades. Existem lugares em que, devido ao tamanho da fila de espera, o agendamento é feito por meio de fichas. Esgotadas estas, não se atende mais no dia. Este não é o comportamento utilizado pelos psicanalistas descritos nos trabalhos pesquisados. Em geral, cada paciente tem seu horário marcado mesmo se sua frequência seja de 15 em 15 dias. Este aspecto é importante para o laço com o analista: é compromisso do analisando comparecer no seu horário ainda que aconteçam ausências.

Em nossa prática, verificou-se que se os pacientes não podiam vir no horário marcado e não tinham como avisar, ou porque não tinham telefone ou porque ligavam e a mensagem se perdia por serem muitos os que atendiam aos telefonemas, em geral, na semana seguinte, esses estavam presentes no seu horário estipulado.

Muitas pessoas começam um atendimento depois deixam por um tempo e retornam. Figueiredo (1997, p. 121) pergunta-se: “por que voltam?” e também, “como voltam?” Estas questões são importantes, pois nos dão indícios do caminho feito pelo sujeito; se há retorno, é porque algo subjetivamente está caminhando. Fernández nos brinda com uma narrativa muito interessante:

Se há pessoas que chegam com uma queixa e, “conforme o problema se resolve, acham que não têm mais necessidade de continuar vindo”, é justamente porque foram acolhidos com uma escuta que certamente não foi passiva [...] E por saber que a psicanálise se faz à medida do possível, a psicanalista aceita que este paciente deixe o tratamento, mesmo achando que deveria continuar e, em “outros casos”, até concorda com sua saída (2001, p. 100).

O tempo de atendimento em horas, dias e meses na instituição pública não é a preocupação mais importante de um psicanalista. Os efeitos desta escuta para o paciente, estes sim é que contam, sendo este particular em cada caso. Como os usuários chegam ao atendimento de saúde mental principalmente por indicação médica, o tempo de permanência em análise vai depender do quanto esta pessoa sente esta necessidade ou não.

Entre as consequências da ideia predominante do “poder” do médico, já citado anteriormente, está aquela em que o profissional não médico é considerado de segundo plano. Assim, acontece que, se existe um paciente marcado em determinado horário para consulta psicológica mas um médico precisa da sala naquele momento, é este que tem a prioridade de usá-la. Este aspecto, além de ter sido uma experiência nossa, também é descrito por Fernández (2001, p. 94): “Se houver apenas uma sala vaga e eu a ocupar porque é meu dia de trabalho, se chegar um médico que veio atender porque resolveu trocar seu dia, com certeza quem vai ficar sem sala sou eu”.

Do mesmo modo, os atendentes não se furtam a entrar na sala sem bater para buscar um material pedido por outro profissional, o que causa a interrupção de uma fala, além do sentimento de invasão de privacidade sentido por quem está falando e

quem escuta. Na pesquisa de Fernández (2001, p. 94) existe uma narração neste sentido: “parece que o médico é alguém com quem não se pode mexer. Tanto assim que alguns funcionários achavam que podiam entrar na minha sala a qualquer hora só porque um médico queria algum material.”

A relação entre médicos e demais profissionais da saúde sempre apresenta seus entraves. Continuamos nos referindo à cultura, cristalizada entre nós, quando o biomédico tem uma predominância, como já citado anteriormente. Não queremos, com isso, denegrir a essencialidade do trabalho médico, mas, sim, apontar alguns aspectos desta cultura que dificultam o trabalho do psicanalista e dos demais profissionais, na qual apenas uma profissão detendo o saber faz com que não circule a palavra entre todos os profissionais envolvidos com o usuário.

Fernández (2001, p. 80) descreve uma experiência, em sua pesquisa, que é emblemática, pois ocorre muitas vezes em um serviço de saúde pública. Esta autora relata que muitos pacientes são encaminhados sem necessidade de tratamento psicológico porque: “quando uma pessoa vai ao médico e este não sabe o que ela tem – às vezes porque *nem ouve o que o paciente está falando* – então joga para a psicologia” (grifo da autora). Figueiredo (1997) também aponta para o fato de os profissionais terem pressa de passar adiante o paciente. Adverte, porém, que esta pressa é determinada por fatores externos, como a exigência excessiva de produtividade. A lógica da produtividade nasce, muitas vezes, para evitar a morosidade do atendimento público. Em se tratando de saúde, entretanto, a pressa nem sempre é a melhor forma de dar conta da demanda. Isto é um problema muito difícil de achar saídas dentro do atendimento público.

Em sua pesquisa, Maluf (2007, p. 100) discute com propriedade essa questão: “são inúmeros os empecilhos a este tipo de trabalho, que ultrapassa o eixo terapeuta-paciente, um deles sendo a crise enfrentada não só pelo serviço de saúde como pela maioria dos serviços públicos no Brasil”. A autora descreve a falta de motivação dos funcionários (Onocko Campos (2005) preocupa-se particularmente com este extrato, o do servidor da saúde pú-

blica), infraestrutura precária e falta de verbas para se manter o mínimo funcionando. Apesar desta e outras inúmeras dificuldades, os psicanalistas continuam apostando na riqueza do arcabouço teórico criado por Freud e que pode ser uma riqueza no atendimento à saúde pública.

Considerações Finais

Após percorrermos brevemente o contexto da saúde mental em uma Equipe do SUS, e dentro dessa o trabalho do psicanalista, nos detivemos um pouco mais na especificidade deste trabalho e nos seus entraves.

Há um imaginário – senso comum – que envolve a psicanálise, fazendo com que esta pareça incompatível com as possibilidades de atendimento na saúde pública. Buscando nos primórdios desta teoria, porém, vimos que Freud já se preocupava com o alcance da sua obra nascente e lançou as bases para que esta se expandisse para além do consultório particular. Sua preocupação com o social vai desde sua observação da importância das primeiras relações da criança com as figuras parentais, até a formação da cultura que constitui o ser humano. Depois dele, muitos de seus seguidores continuaram a perceber que a psicanálise pode e deve contribuir na constituição do sujeito e na sua interação com a cultura que o cerca, pois a psicanálise é, além de clínica, pesquisa.

Em busca do que caracteriza o trabalho do psicanalista em uma Equipe de Saúde Mental do SUS, com rigor teórico encontra-se, nos escritos dos diferentes autores consultados, que a *escuta do sujeito do inconsciente*, animada pelo *desejo do analista* de fazer brotar este sujeito, e da disposição do paciente para entrar no dispositivo *da transferência*, são os principais elementos que constituem o fazer psicanalítico.

Nesta trajetória, muitos são os empecilhos. O psicanalista trabalha em uma instituição que tem suas demandas e suas urgências, problemas econômicos e sociais que envolvem um serviço público,

além da cultura de trabalhadores e usuários com suas exigências de imediatismo na solução de suas dificuldades. Não obstante estes entraves, a psicanálise tem sua contribuição a dar ao desenvolvimento do SUS. Campos afirma, em entrevista: “A concepção da Psicanálise de que não há diagnóstico ou ação terapêutica que não passe pelo próprio paciente e não somente pelo terapeuta, pode ser estendida para quase todas as situações clínicas” (2007, p. 63).

Considerando que a saúde pública, com suas particularidades, é um grande desafio para quem quer exercer seu trabalho como psicanalista, podemos perceber que este é um campo fascinante e que Freud nos legou a responsabilidade de recontextualizar a sua teoria e método, e, como assevera Figueiredo, “Deve-se visar a acompanhar, discutir e, mesmo, elaborar essa experiência clínica que nos lança tantos desafios novos” (1997, p. 177).

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *Portaria n° 224 de 29 de janeiro de 1992*. Diretriz e norma para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental. Disponível em: <<http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20-%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf>>. Acesso em: out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n° 1.125/GM de 6 de julho de 2005*. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. 2005a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm>>. Acesso em: jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde, 2013. *Programa Nacional de Atenção Básica*. Brasília – DF: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. Nov. 2005b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. *Caderno de Atenção Básica: 24* (Saúde na Escola). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>. Acesso em: out. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner. *Entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos*. Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Porto Alegre, nº 158, jun. 2007. p. 60-64.

CAMPOS, Rosana Onocko. *O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva*. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 3, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-S1413-81232005000300015>. Acesso em: 10 set. 2012.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FERNÁNDEZ, Myriam Rodrigues. *A prática da psicanálise lacaniana em Centros de Saúde: psicanálise e saúde pública*. 2001. Disponível em: <<http://portalteses.iciet.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/fernandezmrm/capa.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

FREUD, Sigmund. *Linha de progresso na terapia psicanalítica* (1919[1918]). *Obras Completas ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. vol. XVII.

KEHL, Maria Rita. *Entrevista para o Jornal Zero Hora*. 2009. Disponível em: <<http://www.mariarita-kehl.psc.br/conteudo.php?id=252>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

MALUF, Paula Penatti. *A construção da demanda por ajuda psicológica e o trabalho psicanalítico com as classes populares*. 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

MOTTA, Paulo R. Apresentação. In: CARVALHO, A. I de; BARBOSA, P. R. *Organização e funcionamento do SUS*. Florianópolis: Dep. de Ciências da Administração; UFSC; Brasília: Capes; UAB, 2010.

PALADINO, Erane. Resenha de livros. *Mente cérebro*. São Paulo, ano XVIII, n. 222, jul. 2011. p. 76-77.

PORTAL DA SAÚDE: *campanhas publicitárias*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/campanhas-publicitarias>>. Acesso em: jan. 2014.

RIBEIRO, Eduardo E. M. A psicanálise nas instituições: clínica e política. In: *Boletim da Saúde*, Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública, v. 23, n. 2, 2009.

RODRIGUES, Luciana. Composições: experimentações do “ser-estagiário(a)” em uma clínica escola. *Aletheia*, Canoas, nº.29, jun. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n29/n29a18.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2012.

RUDINESCO, Elisabeth. *Por que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

RUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

SILVEIRA, Elaine Rosner. Desafios na saúde pública. *Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 158, p. 19-26, jun. 2007.

Recebido em: 28/4/2015

Aceito em: 4/5/2015