

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM
SAÚDE**

**O TRABALHO DO PSICANALISTA NA ATENÇÃO
BÁSICA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Denise Scarton Zugno

**São Francisco de Paula, RS, Brasil
2012**

O TRABALHO DO PSICANALISTA NA ATENÇÃO BÁSICA

Denise Scarton Zugno

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Vianna Martins

**São Francisco de Paula, RS, Brasil
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM
SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo assinado,
Aprova a monografia de pós-graduação

O TRABALHO DO PSICANALISTA NA ATENÇÃO BÁSICA

elaborada por
Denise Scarton Zugno

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de organização Pública de Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo Vianna Martins
(Presidente/Orientador)

Msc. Liamara Denise Ubessi (UFSM)

Dra. Sarita Teresinha Alves Amaro (UFSM)

São Francisco de Paula, 14 de dezembro de 2012

Resumo

O presente artigo surge a partir da reflexão sobre a experiência de atendimento psicológico na atenção básica no Sistema Único de Saúde, sob a perspectiva da psicanálise lacaniana. Utiliza como método o diálogo da experiência com pesquisa bibliográfica. Procurou-se saber como se dão estes atendimentos clínicos e quais elementos que, neste viés, fazem parte deste processo como a *escuta do sujeito do inconsciente*, o *desejo do analista* e a *transferência*. Foram percebidos, também, alguns entraves para a realização deste trabalho. Os resultados mostram que desde Freud, é preocupação da psicanálise contribuir com a saúde pública para que um maior número de pessoas possa dela se beneficia. Também, que a psicanálise é um desafio na práxis em um serviço de saúde que seja centrado no modelo da biomedicina. Considerações finais: a psicanálise contribui no cuidado ao usuário, ao trabalho em saúde, principalmente na escuta dos não ditos.

Palavras-Chave: Saúde Coletiva, psicanálise, clínica

Abstract

This article arises from reflection on the experience of psychological treatment in primary care in National Health System (SUS) within the perspective of Lacanian psychoanalysis. It uses a method based upon the experience dialogue along with literature. We tried to learn how this clinical care happens and what elements are taking part in the process such as listening of unconscious subject, analyst's desire and the transfer. Some obstacles to this work were also perceived. The results show that psychoanalysis' concern since Freud was contribute with public health for a higher number of people can benefit of it. Psychoanalysis is also a challenge in the praxis in public health service that is centered on biomedical model. Final remarks: psychoanalysis contributes in the care of the user, in the health work, mainly in the listening of the unspoken.

Keywords: public health, psychoanalysis, clinic.

Introdução

O ponto de partida que desencadeou o presente artigo foi a experiência de atendimento clínico num ambulatório do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro da perspectiva da psicanálise. Na procura de material que embasasse esta prática, procura esta realizada através de levantamento bibliográfico, deparamo-nos com muitos psicanalistas que estão atuando e pensando na concretização e na implementação de uma saúde pública de acordo com o projeto político do SUS, “uma proposta muito ousada e generosa”, como refere Gastão Campos (2007, p. 60). Em se tratando de SUS, o peso não se dá tanto em relação ao embasamento teórico assumido pelo profissional, mas sim se este contribui com o escopo de fomentar a saúde coletiva. Por que, então, haveria algo a dizer sobre a atuação do psicanalista na Atenção Básica do SUS? Teria Freud, pensado sua teoria para atendimento público? São estas perguntas que nortearam a reflexão que gerou o presente trabalho, o qual objetiva discutir o trabalho do psicanalista na Atenção Básica e a relação com um contexto sócio-cultural, a partir do relato de uma experiência.

Delimita-se área de interesse e o método:

Abordar a saúde coletiva é um tema tão vasto que se faz necessário determinar bem a área a ser abrangida. A Saúde Coletiva, que compreende a Saúde Pública na busca da prevenção de doenças e males e produção de vida em uma rede de atenção integrada, vai desde uma Equipe de Saúde da Família, passando pela mídia (com as propagandas sobre detecção de doenças curáveis), estendendo-se às escolas e vigilância sanitária, entrando, posteriormente, nos complexos sistemas de assistência à saúde que compreende desde as UBS (Unidades Básicas de Saúde), diferentes locais para exames e terapias, até o trabalho em empresas com foco na saúde do trabalhador, chegando até hospitais e dispositivos gerados a partir da Reforma Psiquiátrica, entre tantos outros.

Como escreve 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 na Atenção Básica

Deste universo, então, gostaríamos de recortar especificamente, o trabalho do psicólogo na Atenção Primária. Falar em Psicologia é entrar em outro universo que também exige uma delimitação. São muitas linhas, muitas compreensões do funcionamento do psiquismo que surgiram na História. Por afinidade e experiência, escolhemos focar nossa atenção na psicanálise. Esta também passiva de outras delimitações.

Dentro da Psicanálise, existem diferentes orientações, como nos apresenta Figueiredo:

São conhecidos, pelo menos, três modelos pregnantes 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 lacaniano conhecido como escola francesa. (1997, p. 17)

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” (Mendes Ribeiro, 2009, p.16).

A psicanálise, na saúde pública se aplica para atender a infância, os grupos, analisar as instituições, tratar a “loucura” e a drogadição, trabalhar na gestão da saúde. Na pesquisa, 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, na escuta psicanalítica na Atenção Básica do SUS.

Este trabalho consistirá do relato de uma experiência de atuação sob a perspectiva da psicanálise na Atenção Básica aliada a revisão bibliográfica deste campo do conhecimento na leitura desta vivência no contexto sócio-cultural de seu acontecimento.

O Atendimento Psicanalítico na Atenção Básica

Segundo o Caderno n. 27 do SUS sobre as diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), a Atenção Básica, ou Atendimento Primário em Saúde (APS):

“representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema.” (p. 7)

O atendimento psicanalítico na Atenção Básica está ligado à Saúde Mental, isto é, setor dentro das UBS ou Centros de Saúde que lida com aquilo que o biológico puro não dá conta. Existe uma discussão muito bem apresentada por Fernández (2001) sobre a divergência de concepção da psicanálise - onde o psiquismo é inconsciente - e saúde mental (cujo psiquismo é biológico). Apesar desta divergência, é nos programas ou serviços de saúde mental que o psicanalista exerce sua prática nas unidades de saúde da rede pública.

Através de um primeiro contato com o clínico geral – de uma Equipe de Saúde da Família, ou de uma UBS - esse, posteriormente encaminha o paciente para a equipe de saúde mental. O paciente, então, encaminhado é atendido conforme a equipe de Saúde Mental estrutura o atendimento. Por vezes passa por um atendimento em grupo, onde se acolhe a demanda de cada pessoa, em outras, o atendimento é individual. Sendo assim, não existe uma regra única para o trabalho da Equipe de Saúde Mental. Além disso, a composição das equipes varia, podendo estas ser 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, eventualmente, assistentes sociais.

Quanto à demanda que em geral é bastante grande, varia de acordo com a população e a percepção dos clínicos gerais. Assim, o apoio matricial talvez tenha um papel importante para melhor atender a população que necessita de assistência à saúde

mental, mas ainda é muito recente a implantação deste dispositivo para que já possamos colher os resultados.¹

De uma maneira geral, o atendimento do SUS é procurado predominantemente por uma classe social de baixa renda e baixa escolaridade (FERNÁNDEZ, 2001, p.2), ou “pobre”, segunda a denominação de Onocko Campos (2005, p.4). Isto confere a esta população peculiaridades culturais e sociais que nem sempre correspondem as expectativas e conceitos com os quais os profissionais graduados estão familiarizados. Neste sentido, faz-se necessário, principalmente na escuta a esta população, conhecer estas particularidades, a fim de que o atendimento vá ao encontro das reais necessidades apresentadas pelos pacientes.

Psicanálise e atendimento público

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” escreve Roudinesco (2000, p. 161) no seu livro “Por que a Psicanálise?”, que aborda a questão desta entrar na lógica da economia de mercado, onde 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.

Eliane Paladino (2011, p. 76 e 77) apresenta resenha de um livro onde 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

¹ Apoio matricial é um dispositivo do SUS que busca criar possibilidades para uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, onde as Equipes de Saúde da Família discutem casos com especialistas das equipes de referência a fim de obter um melhor acompanhamento de pacientes.

que nos chama a atenção nesta reportagem é o atraso com esta preocupação visto que, há muito tempo os psicanalistas de um contexto sócio-econômico diferente daquele europeu, já se perguntam e já atuam nas novas recontextualizações.

Para Figueiredo (1997, p. 31) a recontextualização da psicanálise “pode ser entendida como uma revisão conceitual, no campo próprio da teoria, como uma realocização 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 que acontece na Atenção Básica, e tal, como outros fatores, exige uma recontextualização.

Freud (1919/1969) no Quinto Congresso Psicanalítico Internacional apresentou sua preocupação quanto à possibilidade da 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 com que a psicanálise pudesse atingir um maior número de pessoas, também aquelas com menores condições financeiras das que eram atendidas então, 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, 1919/1969, 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 o pobre tem os mesmos direitos que qualquer humano e que a saúde mental é importante e complexa na mesma medida que outras patologias. Continuando esta explanação Freud diz: “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. (1919, 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.

Silveira (2007) nos fala 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 atendimento particularizado e com o tempo necessário.” Neste sentido, Figueiredo (1997, p. 46) expõe que a própria escuta do psicanalista numa primeira entrevista, individual ou coletiva, pode trazer a resposta que o paciente procurava. Mas então, qual a particularidade desta escuta?

Elementos que compõem uma clínica psicanalítica na Atenção Básica.

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).

Onocko Campos (2005, p. 4), que concentra sua atenção na escuta dos que trabalham com a Saúde Pública, diz 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 e que tem 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) diz 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 trás 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.

Mas por que a escuta é tão importante? Fernández (2001, p.122) nos esclarece bem esta importância ao localizar o atendimento numa instituição médica, numa 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” (id. Ibid:221). Escreve também referindo-se a 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 num passeio pela rua (como acontece com os Acompanhamentos Terapêuticos, dispositivo nascido com a Reforma Psiquiátrica), numa sala de espera, e portanto, também com qualquer pessoa que se disponha a ouvir o discurso de seu interlocutor.

Temos, então, um 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 um psicanalista.

Ao chegar um paciente num atendimento de saúde mental do SUS, talvez nem sequer saiba ter uma dor psíquica ou não deseja tratá-la. Foi simplesmente porquê encaminhado por um médico. Mas se esta pessoa 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”² 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 a escuta sobre a verdade de quem fala e não de quem ouve, significa apostar que da fala do sujeito emergirá os seus desejo inconscientes (FERNÁNDEZ, 2001). É esta a ética psicanalista.

Sobre a ética do psicanalista, Rodrigues (2009, p. 225) escreve que esta é “sustentada pelo sujeito do desejo” e não se compromete com sentidos pré-estabelecidos, 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 megalópolis brasileira, como também na escuta de militantes do MST (Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – pessoas pobres e de uma “outra” cultura). Em entrevista ao Jornal Zero Hora de Porto Alegre, explica claramente o

² Sujeito suposto saber é um conceito que Lacan formulou e que é decorrente da transferência.

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).

E 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 o “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 num consultório particular que num atendimento público. E este será o tema discutido a seguir.

Algumas dificuldades enfrentadas pelos psicanalistas na Atenção Básica.

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 Gastão Campos (2007, p. 63) em sua crítica ao modelo predominante de assistência à saúde: “A clínica bio-médica 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 bio-médico, a qual estamos acostumados a pensar sobre saúde, nos predispõe a esperar que o médico saiba tudo e o remédio nos cure. Costa (1996 apud FIGUEIREDO, 1997, p. 63) fala que este modelo tutelado de atendimento visa 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 fisicalista do modo como se apresenta,”

Com esta mesma expectativa chegam a nós os pacientes: esperando que a cura se dê em pouco tempo e, se possível, através de uma medicação. 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 pré-determinado a fim de dar vazão aos atendimentos pedidos. Nestes casos cabe ao profissional entender, qual necessidade cada paciente 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 à fila de espera ser grande, o agendamento é feito através de fichas. Esgotadas aquelas, 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

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) se pergunta “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 está caminhando. Fernández nos brinda com uma narrativa muito interessante:

Se há pessoas que chegam com uma queixa e, “conforme o problema se resolve, acha 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 a 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. (FERNÁNDEZ, 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 pacientes chegam ao atendimento de saúde mental principalmente por indicação médica,

Entre as consequências da idéia predominante do “poder” do médico, já citado acima, 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, onde o bio-médico tem uma predominância, como já citado anteriormente. Não queremos com isso denegrir a essencialidade do trabalho médico, e sim, apontar alguns aspectos desta cultura que dificultam o trabalho do psicanalista.

Fernández (2001, p.80) descreve uma experiência, em sua pesquisa, que é emblemática, pois ocorre muitas vezes num 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 – as vezes porque **nem ouve o que o paciente está falando** - então joga para a psicologia”. (grifo da autora). Figueiredo também aponta para o fato de que os profissionais tem pressa de passar adiante o paciente. Mas adverte 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. Porém, em se tratando de saúde, 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 preocupa-se particularmente com este extrato, o do servidor da saúde pública), infra-estrutura 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.

Considerações

Após percorrermos brevemente o contexto da saúde mental na Atenção Básica 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. Porém, buscando nos primórdios desta teoria 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 na Atenção Básica, 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 numa instituição que tem as suas demandas e suas urgências, os 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. Gastão 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 nos diz Figueiredo “Deve-se visar a

acompanhar, discutir e, mesmo, elaborar essa experiência clínica que nos lança tantos desafios novos.”

Referências bibliográficas:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: n. 27 (NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

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, nº 3, jul/set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-S1413-81232005000300015. Acesso em: 10 de set. de 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**. Disponível em: <http://portaldeses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/fernandezmrm/capa.pdf>. Acesso em 10 de setembro de 2012.

FREUD, Sigmund. **Linha de Progresso na Terapia Psicanalítica (1919[1918])**. Obras Completas ESB. Rio de Janeiro; Imago LTDA, 1969. vol. XVII

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

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

MENDES RIBEIRO, Eduardo E. 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, nº 2, 2009.

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, nº 222, julho de 2011. p. 76 - 77.

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 de set. de 2012.

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

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

SILVEIRA, Elaine Rosner. Desafios na Saúde Pública. **Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, nº 158, jun. 2007, p. 19-26.