

## A INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA SAÚDE PÚBLICA

**Leila Eid Imad da Silva**

Especialista em Saúde Coletiva / ISECENSA / RJ  
leila-psique@hotmail.com

**Rita de Cássia Campista Brasileiro**

Especialista em Saúde Coletiva / ISECENSA / RJ  
rita@iff.edu.br

**Ruth de Souza Braga Dias**

Especialista em Saúde Coletiva / ISECENSA / RJ  
ruthdias.psi@hotmail.com

**Patrícia Constantino**

Doutora em Ciência / ENSP / FIOCRUZ / Docente ISECENSA / RJ  
paticons@claves.fiocruz.br

Recebido: 15 de maio de 2012. Revisado: 12 de outubro de 2012. Aceito: 28 de novembro de 2012.  
Publicado *online*: 26 de março de 2013.

### RESUMO

Buscando conhecer como se dá o encontro da psicanálise com a Saúde Pública, este artigo apresenta os relatos de quatro psicanalistas que exercem sua prática clínica no ambiente hospitalar e de uma que atua na Saúde Mental. A metodologia utilizada foi de natureza qualitativa, com entrevista semiestruturada, assim analisamos o conteúdo das entrevistas fazendo várias leituras de um mesmo material para obter um grau de objetividade no intuito de tentar revelar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. Nosso objetivo foi conhecer as condições em que a psicanálise vem se efetivando. A pesquisa trata de um embasamento teórico indispensável para abordar a práxis psicanalítica tendo como ponto de partida investigar a possibilidade da mesma inserir-se em um meio tão distinto daquele em que tradicionalmente atua. Na oportunidade também diferenciamos entrada de inserção. Com os resultados obtidos, constatamos a relevância desse pré-requisito para que o trabalho seja possível numa instituição de saúde como em qualquer outro lugar. As entrevistas realizadas apontam para a importância da escuta psicanalítica diante do sofrimento psíquico nos hospitais e da oportunidade que os pacientes encontram de falar, o que do ponto de vista psicanalítico é o bem maior que se pode conceder a um sujeito.

**Palavras-chave:** psicanálise, saúde mental, saúde pública, sofrimento psíquico

### ABSTRACT

In order to know how the meeting between Psychoanalysis and Public Health occurs, this paper shows the reports of four psychoanalysts that carry out their clinical practice in a hospital environment and another one engaged with Mental Health. The methodology was qualitative, with semi-structured interviews, so the content of the interviews was analyzed by making several readings of the same material to obtain a degree of objectivity in order to try to reveal the underlying content in what is being manifested. This work aims at understanding the conditions in which psychoanalysis has been proceeding. The research is about an indispensable theoretical basis to approach the psychoanalytic praxis, starting by investigating the possibility

of insertion in an environment so different from that in which it traditionally acts. There was also the opportunity of stating the difference between Entry and Insertion. From the results obtained, we could verify the relevance of this pre-requisite for the work may be possible in a Health Institution as anywhere else. The interviews indicate the importance of the Psychoanalytic Listening in the face to Psychic Suffering in hospitals and how convenient can be the opportunity to have a means to speak, that from psychoanalytic point of view is the greatest benefit one can grant to a subject.

**Key words:** Psychoanalysis. Mental Health. Public Health. Psychic Suffering.

## 1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa originou-se do desejo de conhecer informações sobre as possibilidades e limites do exercício da psicanálise para além dos consultórios privados.

Para tanto, foi analisada a inserção da psicanálise no âmbito da Saúde Pública, por se tratar de um espaço distinto daquele em que tradicionalmente atua. Refletir sobre o trabalho do psicanalista em instituição é um convite constante à referência e ao rigor do método psicanalítico. Através da literatura constatamos ser uma via possível, como mesmo, necessária.

Segundo Figueiredo *apud* Tenório (2000) “o caminho para os analistas dispostos a enfrentar com sucesso essa aventura, não é o que convence, nem o que vence, nem o convencido, nem o que usa docilidade para esconder sua arrogância. O psicanalista que convém é o que convive.”(p.169)

De acordo com essa autora, o analista precisa ter clareza de seus objetivos e de seu trabalho para sustentar uma oferta ou uma possibilidade de análise em meio a situações que podem ser mais ou menos favoráveis ao trabalho psíquico. Deve ser capaz de a partir dos diferentes dispositivos de tratamento - hospitais gerais, hospitais psiquiátricos, centros de atenção psicossocial – e neles mesmos, sustentar uma escuta analítica, cujo efeito pode ser o início de uma análise, mas que não necessariamente precisa chegar a esse ponto, para que se justifique clinicamente como uma contribuição específica da psicanálise.

A prática extramuros da psicanálise convoca o analista a responder clínica e teoricamente àquilo que a privacidade ou mesmo a regularidade do consultório não permitem. Pensando dessa forma, não estaria o ambulatório mais próximo do espírito do trabalho analítico tal como recomendado por Freud e Lacan? O que não significa inverter os termos da equação e a partir de agora, dizer que só se faz psicanálise por exemplo em ambulatório. O que pretendemos com isso é enfatizar o caráter público de uma psicanálise, que, segundo Figueiredo *apud* Tenório (2000), se faz em meio à diversidade, aos desafios de toda ordem e à necessidade de prestar contas (cl clinicamente) de seu trabalho.

Por ter sido nosso trabalho realizado junto a psicanalistas, a maioria delas que atuantes em hospitais emergenciais, lugar de busca constante por respostas imediatas, local que não deixa de ser um fator complicador para a psicanálise, constatamos que é exatamente nesse momento, quando médico, enfermeiro e demais componentes da equipe não encontram respostas, é que de alguma forma o analista se faz presente, tentando produzir algo a mais. É justamente a objetividade desse local, o imediatismo e até mesmo uma certa frieza que permitem que a psicanálise cada vez mais possa ter lugar nessa instituição.

Na verdade, apesar dos discursos entre os saberes médico e analista serem diferentes, a finalidade de ambos se equiparam no sentido de proporcionar um bem-estar ao paciente.

Vivemos novos tempos – com certeza – mas o sofrimento humano persiste, apesar de todas as promessas de felicidade. E é justamente sob esta ótica, que o psicanalista se vê diante de situações que dele

exigem reflexão, ação, formalização teórica do novo. Se o inconsciente insiste segundo a descoberta freudiana, junto com ele, também nós psicanalistas.

Também gostaríamos de ressaltar para a importância de possibilitar a fala aos pacientes, que sob o ponto de vista psicanalítico é o bem maior que se pode oferecer a um paciente. A fala ocupa um lugar de destaque no tratamento, na medida em que é escutada como aquilo que viabiliza a construção de um sujeito desejante, autor de sua história, implicado em sua constituição.

Segundo Figueiredo apud Tenório (2000), a primeira condição é a de que a psicanálise é uma clínica da fala, como única realidade que diz respeito e interessa ao sujeito, a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha.

A matéria-prima da prática psicanalítica é a palavra daquele que fala. É sobretudo a miséria neurótica – esta “enorme miséria neurótica que existe no mundo e que talvez não seja necessária” (Freud, 1905:1986 p.162) – a condição que traz sofrimento ao sujeito. Miséria que não diz respeito à posição social, escolaridade ou renda. É desta condição miserável que aquele que chega a um consultório seja privado ou público, vem falar a um psicanalista.

Pretendemos que este trabalho contribua para desfazer a ideia de que ao pobre, em renda e escolaridade, a Saúde Pública só possa oferecer, quando muito, uma “psicanálise pobre”. Também gostaríamos de apontar para a importância da inserção da Psicanálise na Saúde Pública como uma maneira de dar conta de questões, que a medicina tradicional não consegue.

Esperamos ainda que esta pesquisa contribua para repensar a formação dos médicos, preparando-os para uma escuta mais apropriada em relação ao sofrimento psíquico daqueles que buscam atendimento em unidades da rede pública de saúde.

O objetivo geral deste estudo foi compreender a interseção entre as duas áreas do conhecimento: Psicanálise e Saúde Coletiva e também conhecer a representação social dos profissionais psicanalistas que atuam em Saúde Pública sobre a possibilidade desta prática, tendo como objetivo específico conhecer como ocorre a prática da psicanálise através da palavra dos analistas na Saúde Pública; destacar fatores que possibilitam e os que constituem dificuldades na prática da Psicanálise na Saúde Pública e pensar a abordagem psicanalítica como aquela que nos permite escutar o sofrimento alheio e como lugar importante na promoção de saúde dos paciente.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia utilizada nessa pesquisa foi a qualitativa por entender a importância de se trabalhar com o universo de significados, de forma a se aprofundar no mundo dos significados das ações e relações humanas. Também possibilita obter informações sobre o modo de sentir, pensar e agir de determinadas pessoas ou grupos sociais de forma diferenciada.

A corrente teórica na qual a metodologia qualitativa se apoia é a Sociologia Compreensiva, a qual tem como papel central a compreensão da realidade humana vivida socialmente.

De acordo com Minayo (1994), a “Sociologia Compreensiva propõe a subjetividade como o fundamento do sentido da vida social e inerente à construção da objetividade nas ciências sociais”(p:24). Os autores que partilham dessa corrente estão preocupados em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, as quais são portadoras de crenças, valores, atitudes e hábitos, conforme afirma Cecília Minayo.

Os sujeitos que participaram dessa pesquisa são psicólogos que atuam em hospitais públicos da cidade de Campos dos Goytacazes, não levando em conta o sexo nem o tempo de prática nas referidas instituições. Foram entrevistados 5 psicanalistas.

O tipo de entrevista foi a semiestruturada. A entrevista semiestruturada permite uma flexibilidade, pois mesmo existindo algumas perguntas previamente formuladas, não há rigidez, ou seja, durante a

entrevista poderão surgir novas questões, ao mesmo tempo que o informante possui uma certa liberdade em relação ao tema proposto. Estas entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. E todos os sujeitos que dela participaram assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo) conforme a resolução CNS 196/96. O projeto foi submetido ao comitê de ética e recebeu a aprovação através do parecer nº 0035.0.413.000-10 em 10/12/2010.

Por último foi realizada a análise de conteúdo com o objetivo de encontrar respostas para as questões formuladas, como também, poder confirmar ou não a hipótese por nós levantada, nesse trabalho de investigação. Outro aspecto relevante da análise de conteúdo diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, podendo assim ir além das aparências. Para tanto, utilizaremos as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na primeira fase foi realizado uma leitura de todo o material com o intuito de tomarmos contato com sua estrutura, descobriremos orientações para análise e registramos impressões sobre a mensagem, ou seja, é um momento de organização e classificação do material coletado.

Num segundo momento, o qual é o mais extenso, houve necessidade de fazermos várias leituras de um mesmo material. Essas leituras são para ajudar a obter um certo grau de objetividade.

E para concluir buscamos revelar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. Para isso voltamos para ideologia, tendência e outras determinações características dos fenômenos que analisamos.

### 3. RESULTADOS

Das cinco entrevistadas, apenas uma exerce sua função em uma Instituição de Saúde Mental, e as demais em Hospital de Emergência.

As entrevistas foram iniciadas com uma questão sobre **a forma de inserção das psicanalistas nas instituições de Saúde em que trabalham**. As mesmas possuem em média quinze anos de prática em psicanálise e doze anos atuando no Hospital de Emergência, com exceção de uma profissional que apesar da sua experiência na área atua em uma Instituição de Saúde Mental há apenas um ano.

O concurso público e o interesse voltado para a área hospitalar foram os principais motivos que as levaram a trabalhar nas instituições. Também foi ressaltada a questão de um melhor salário e carga horária reduzida.

A psicóloga que atua na área de Saúde Mental, teve uma experiência anterior angustiante, o que fez com que a mesma desejasse um novo desafio na Instituição de Saúde Mental.

Dentre as entrevistadas, apenas uma psicanalista não possui experiência em Saúde Mental.

Em relação à **articulação da prática psicanalítica com os demais profissionais do Hospital**, a maioria das entrevistadas apontou que em se tratando de um hospital de emergência, há uma busca constante por uma resposta imediata. Isso não deixa de ser um fator complicador para a psicanálise; porém é exatamente nesse momento, quando o médico, o enfermeiro e os demais componentes da equipe não encontram uma resposta, que de alguma forma o analista se faz presente, tentando produzir algo a mais.

Moretto (2001) assinala que o discurso do médico exclui o aspecto subjetivo da fala de seu paciente; enquanto o discurso da psicanálise surge quando o paciente demanda saber algo para além do que pode ser devidamente visível e diagnosticável.

A esse respeito MORETTO

salienta que apesar da contradição existente entre o discurso médico e o discurso do psicanalista, se o psicanalista encontra um lugar para se situar na casa do médico é porque, antes de mais nada, do ponto de vista do médico, há um lugar para a psicanálise na medicina.(2001, p.66)

Nos fala ainda que apesar dos discursos diferentes entre médico e analista, ambos ali estão, no contexto de hospital, com a finalidade de proporcionar um bem-estar ao paciente.

O mesmo autor em 2006 diz que é justamente a antinomia radical entre os discursos médico e psicanalista que garante o sucesso produtivo dos profissionais em questão, e que convoca o psicanalista nesse contexto.

Também escutamos de uma das entrevistadas do Hospital de Emergência, que a prática psicanalítica tem uma grande contribuição nas relações interpessoais, por se tratar de um profissional de escuta. O lugar da psicanálise não é resolver o problema mas escutá-lo. Para ela, o lugar do psicanalista na equipe é fazer circular o conflito, o qual é inerente ao trabalho e não a questões pessoais. A função desse profissional é justamente acolher a equipe, escutá-la; que é diferente de atender.

Em resposta a mesma pergunta sobre a articulação da psicanálise com os demais profissionais do local em que atuam a psicóloga que exerce sua função em uma Instituição de Saúde Mental diz que nesse local já existe algo da legitimidade, e que o paciente tem que ser escutado pela psicologia. E que, ainda assim, causa alguma estranheza por parte de outros profissionais, por ser o discurso da psicanálise o discurso da diferença.

Gostaríamos de ressaltar que realmente cabe ao psicanalista se colocar no lugar de um estranho de que “nada sabe”, pois só assim o paciente será porta-voz do seu sofrimento e de sua doença.

Em relação **à chegada e ao encaminhamento dos pacientes**, obtivemos como resposta que eles ocorrem de várias maneiras: triagem, solicitação da equipe médica, e visita ao leito por parte do profissional da psicologia. Na verdade, o que mais ocorre num hospital é o analista se oferecer, diferentemente do que ocorre numa clínica privada ou consultório.

Morais et al (2000) nos dizem que “se há oferta pode surgir a demanda, e se surge a demanda é porque existe, em algum lugar, a possibilidade dela ser escutada”.(p.6)

De acordo com esses autores, é preciso que o psicanalista tenha desejo de ocupar o lugar desta oferta, ou seja, de estar no lugar de quem oferece, uma vez que, independente do lugar, a oferta estará sempre do lado do analista assim como a demanda sempre estará do lado do paciente.

O ato do psicanalista de ir ao leito do doente ou oferecer uma escuta ao paciente deve ser encarado como o primeiro passo para um possível processo de análise, como conclui:

Esta questão de ir ao leito do doente me parece que só pode impedir que a análise se dê se não há um analista de fato, e sim uma pessoa que se incomoda, que não se sente bem em fazer isso e tem medo de ser rejeitada pelo paciente. Sendo assim, é melhor que não se ofereça mesmo, porque se a partir de sua oferta se criar uma demanda de análise, essa pessoa não teria o que fazer com isso, nem no hospital, nem no consultório (MORETTO, 2001, p.112)

Esses encaminhamentos nem sempre ocorrem de forma adequada, pois de acordo com os entrevistados algumas vezes seria para o próprio médico ou mesmo para o enfermeiro resolver. Muitas vezes



o profissional da psicologia acaba ocupando lugares que não lhe cabem. Os demais profissionais na saúde entendem que tudo que é sofrimento humano é para ser encaminhado para o psicólogo, quando na verdade tem algo que se limita a cada profissão. Há casos, por exemplo, em que o paciente está irritado, ansioso porque não teve um diagnóstico preciso, ou porque o médico não foi claro com ele. Esse é um exemplo clássico de que não se trata de uma demanda para a psicologia.

O que se percebe é que cada vez mais a psicanálise tem lugar no hospital, ou no serviço de saúde, porque a assistência em saúde, está ficando cada vez mais objetiva, imediata, fria. De acordo com uma das psicólogas, isso não é uma crítica aos médicos, mas uma constatação médica atualmente, e é assim que a psicanálise vai progressivamente tendo seu lugar nessas instituições.

A psicóloga que atua na Instituição de Saúde Mental considera de forma adequada os encaminhamentos que ocorrem nessa instituição. Ela diz que não há um critério preestabelecido, mas que todos os paciente são atendidos, e mesmo que não aconteça uma escuta individual com alguns deles, suas famílias são escutadas em suas dificuldades. Na triagem para selecionar os pacientes para o trabalho individual, ela se baseia no desejo do paciente de falar e no seu desejo de escutar.

Em se tratando das **condições institucionais relacionadas a facilidades e obstáculos em relação à prática da psicanálise**, a mesma psicóloga nos relata que a dificuldade existe porque há pouquíssimos psicólogos para um número enorme de pacientes, existindo uma desproporcionalidade entre o número de profissionais e pacientes. E segundo ela o que a espanta é que consta que para cada 120 pacientes são dois psicólogos. Escutando a fala dessa psicanalista, nos leva a questionar: que reforma psiquiátrica é essa? Como fazer um trabalho de grupo com os pacientes? Como ter uma abordagem individual com eles? Como trabalhar com oficinas, com um número tão restrito de psicólogos?

Em relação às demais profissionais, percebem que a psicologia já é vista como um setor que tem um respaldo pela direção da instituição. Até mesmo pelo tempo em que elas atuam, já conquistaram o reconhecimento por todo o trabalho desenvolvido ao longo dos anos. Elas apontam inclusive que atualmente no Hospital são 18 psicólogas atuando, e sete das profissionais atuam no pronto-socorro vinte e quatro horas.

Sobre a questão da **rotatividade de pacientes e abandono do tratamento**, diz-nos a psicanalista que trabalha na área de Saúde Mental que existe rotatividade de internação, mas que não se pode falar de abandono de tratamento por se tratar de pacientes internados. A maioria das psicanalistas que atuam no Hospital de Emergência apontam que não há abandono do tratamento, mas que a rotatividade é muito grande, inclusive por se tratar de um hospital de emergência, e que na maioria das vezes elas não tomam ciência da alta do paciente. Com essa imprevisibilidade de alta, as psicólogas procuram no início do atendimento trabalhar com os pacientes a fim de explicar-lhes que se trata de processo, que tem um tempo, que vai ter um fim, e que seria interessante para eles darem continuidade ao tratamento depois de receberem alta. A maioria das entrevistas encaminham esses pacientes para um ambulatório, por exemplo. De qualquer forma eles sabem que podem retornar, se precisarem de algum tipo de ajuda, ou até mesmo um outro encaminhamento. É sempre uma referência para eles.

Em relação à **possibilidade de um tratamento psicanalítico, ou melhor dizendo, de uma escuta analítica para aqueles que permanecem mais tempo no hospital**, é perfeitamente possível, a partir do momento que exista alguém com desejo de analista, ou seja, que queira escutar. E de acordo com essa psicóloga a qual atua em saúde mental isso se torna viável a partir de uma regularidade, de uma frequência em que se estabelece o vínculo com o paciente.

As demais profissionais que atuam no Hospital foram unânimes em apontar a eficácia do tratamento tendo como garantia o próprio efeito do trabalho realizado. Segundo uma das entrevistadas, para que haja tratamento é preciso que o paciente deseje. Diz ela: “Na verdade, o trabalho do psicanalista é no sentido de fazer emergir o desejo do paciente”.

O efeito do trabalho pode ser constatado de acordo com as psicanalistas entrevistadas através de *feedback*, ou seja, muitas vezes o próprio paciente retorna para falar, como também seus familiares. Também é percebido pelo próprio psicanalista na recuperação do próprio paciente tanto clínica como organicamente.

Uma outra psicóloga diz a respeito o seguinte: “ O clínico no hospital é isso: se o paciente entra numa emergência com uma perna quebrada, e se o outro entra com o mesmo osso quebrado, a evolução psíquica disso é diferente. E para o médico geralmente não é. Há um procedimento médico. Para o psicanalista o que conta é a escuta do sujeito”.

De acordo com a autora Fernández (2001), uma análise sempre é possível desde que haja um sujeito que queira falar e modificar a sua posição na vida, como também um analista com o desejo de escutar possibilitando a transferência. Para que a transferência seja instaurada não são necessárias as condições físicas, muito menos o chamado *setting*; mas o que realmente importa é que o desejo do analista esteja colocado em ato para provocar a transferência, possibilitando assim que aquele que fala produza o dispositivo.

Ao perguntarmos sobre **a instauração de uma demanda de análise**, a maioria das entrevistadas nos relatou que a mesma surge quando ao falar, o paciente se dá conta que tem uma implicação naquilo de que se queixa. Por exemplo, o paciente chega dizendo: “Não sei porque fiquei doente agora. Estou tomando o remédio direitinho, eu faço adesão ao tratamento e não sei porque fiquei doente agora”. Uma das psicólogas diz que isso é alguma coisa que chama a pessoa que está falando para um reposicionamento. Diz ainda: “uma demanda de análise se dá quando o sujeito num primeiro momento formula uma questão, e depois de acordo com o manejo se implica nela, ou seja, ao formular a questão já tem uma implicação aí. Só que isso não pode ficar com quem escuta. A palavra quando dita, metade é de quem fala, metade é de quem escuta. Então, o que vai ser devolvido ao paciente, de quem está escutando, é que aí há possibilidade de ter uma demanda de análise”.

A psicanalista que atua na Saúde Mental diz que a demanda de análise se instaura a partir da oferta, depois do desejo do analista de poder escutar de um outro lugar, de um lugar que não vai suprir a demanda.

Uma das psicanalistas entrevistadas do Hospital de Emergência relatou que a transferência está sempre acompanhada de uma fala, da linguagem, mas que é sempre pessoal. Um dos **exemplos citados sobre a transferência** dizia respeito a uma jovem paciente com dezoito anos, que chegou ao hospital por ter tentado o suicídio. Ela foi atendida na clínica cirúrgica por uma psicanalista que estava para entrar de férias, o que fez com os atendimentos durassem pouco tempo. Assim que a profissional precisou se ausentar da instituição, deixou um comunicado com os colegas da área para oferecer assistência psíquica a essa paciente. Quando a psicanalista retornou das suas férias, a paciente ainda se encontrava no hospital e dizia estar insatisfeita com os atendimentos. Sua insatisfação era tanta que preferiu não ser atendida por nenhum profissional da psicologia. Quando lhe foi perguntado qual era o motivo, o que realmente havia acontecido, ela fala: “Não aconteceu nada, todos são muitos educados, mas eu queria falar especificamente com você”.

A mesma pergunta feita à profissional que atua na Saúde Mental, narra outro exemplo apontando a transferência dos pacientes com a própria instituição. Diz ela: “Houve uma época que foi proposto as pacientes moradoras dessa instituição que plantassem algo no jardim. Um dia uma das pacientes se aproximou da enfermeira e mostrou toda entusiasmada que uma florzinha estava crescendo. E tinha sido ela a responsável por isso. Essa paciente estava tão feliz que fez questão de chamar todos os outros profissionais para que pudessem testemunhar seu feito. Como foi importante para essa paciente este ato de plantar e cuidar”.

Gostaríamos de ressaltar a importância desse ato para um sujeito que se encontra num lugar, sem nenhum familiar, sem nenhuma referência, conseguir plantar uma flor e fazê-la crescer.

Em **relação à percepção dos resultados clínicos da prática psicanalítica**, uma das entrevistadas diz que: “um caso bem-sucedido é quando pode fazer a programação da alta junto à equipe de trabalho”. Segundo essa profissional, o efeito da prática é a permanência do psicanalista junto à equipe, da qual ele não só faz parte como tem uma função, está inserido, ou seja, o seu lugar na equipe foi construído de modo a que ele possa operar. De acordo com Moretto (2006) “a entrada de um psicanalista numa instituição de saúde não corresponde, necessariamente, à sua inserção, assim como o lugar do psicanalista na equipe de saúde não corresponde a uma vaga disponível no quadro funcional da instituição.” (p.54)

Ainda de acordo com a autora, é comum que o tema da inserção seja aceito como algo que tem importância de pré-requisito para possibilitar ou não o trabalho do psicólogo na instituição.

Inserir, em latim, significa “estar dentro”. Este conceito sugere claramente a questão da localização. Para Moretto, estar presente fisicamente, frequentar ambulatórios, reuniões, não significa estar inserido. A inserção, para ela, faz parte de um processo psíquico, que vai depender muito mais de um ato do analista do que um contrato por ele assinado. Para entender que entrada não é inserção, é preciso que fique claro que estamos falando de algo que vai para além do fato, do contrato.

Fazendo um paralelo com a clínica psicanalítica, Quinet (1991) ressalta que o fato de uma pessoa frequentar assiduamente o consultório de um analista, pagando-o com regularidade, não é suficiente para que possamos dizer que este alguém entrou em análise, posto que o que garante esta entrada não é o bom cumprimento de contrato. A entrada está relacionada com a posição que este sujeito assume perante o seu próprio sofrimento, com a demanda que dirige a esse Outro, que é o analista, e com o ato deste último que autoriza ou não essa entrada, bancando suas consequências.

Nos relatos das profissionais entrevistadas, foi evidenciado que uma instituição onde se instaura o lugar do psicanalista, percebe-se a diferença, visto que ele é um agente mediador e perceptível aos conflitos da equipe, do paciente e familiares.

Também foi ressaltado que nem sempre os resultados são bons; muitas vezes há pacientes que resistem, ou seja, recusam-se a ser atendidos, o que deve ser respeitado pelo profissional. A resistência não é exclusividade da clínica privada; ela está em qualquer lugar.

Foram vários os exemplos que ouvimos dos profissionais, apontando que os resultados clínicos da práxis psicanalítica implicam diferenças e mudanças quanto à posição do sujeito. Se a prática da psicanálise “não é a prática dos resultados”, do imediatismo, nem por isso deixa de ser uma prática que tem resultados.

Em se tratando da **possibilidade da psicanálise na saúde pública**, a profissional que trabalha na Instituição de Saúde Mental enfatiza que ser psicanalista é um discurso e não um lugar predefinido, que a prática depende do desejo de cada psicanalista em sustentar a sua escuta nos mínimos detalhes e a aposta em ato do desejo em cada caso.

Ao fazer a mesma pergunta, as outras entrevistadas disseram que é realmente possível, inclusive Freud já dizia que a psicanálise tem que conquistar outros espaços além da clínica privada, tem que fazer intercessões com outros campos do saber. Já naquela época, ele apontava que deveria haver uma psicanálise para pobres, para pessoas que não tem como pagar e que hoje chamamos de saúde pública, pois o sujeito paga de outras formas, pegando ônibus, gastando dinheiro de passagem, e também com o seu desejo.

Freud expressou seu desejo de que a psicanálise pudesse vir a encontrar meios sociais de aliviar o sofrimento neurótico das massas em uma comunicação no V Congresso Internacional de Psicanálise, quando então definiu a finalidade da psicanálise como restauração da saúde do paciente.

Mais precisamente no texto Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica Freud afirmava:



Presentemente nada podemos fazer pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave.

Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado, 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, quando 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. Quando isso acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. (v. XVII p.180).

A seguir, apresentamos um pouco do que foi dito a respeito dos **efeitos recebidos da prática psicanalítica na saúde**: “os efeitos são fantásticos. Porque só a oportunidade do paciente poder falar aquilo que em momento nenhum ele tinha condições, porque não lhe era dada a palavra, pois o efeito da palavra para nós psicanalistas é o bem maior que podemos conceder a um paciente que frequenta os serviços de saúde”.

#### 4. CONCLUSÃO

Ao pesquisarmos a possibilidade da inserção da Psicanálise na Saúde Pública, muitos pontos relativos ao tema não foram abordados e também não tínhamos a intenção de fazê-lo. Esperamos que outros possam ser tomados pelo desejo de fazer e assim construírem seus próprios percursos.

Dentro do possível, buscamos seguir um caminho. Acreditamos ter atingido, mesmo que de forma indireta, alguma resposta relativa ao nosso tema pesquisado, através da investigação da possibilidade da práxis analítica nos hospitais emergenciais e em Instituição de Saúde Mental.

A psicanálise de certa forma está próxima a Saúde Mental, na medida em que esta propicia a presença da prática psicanalítica no Campo da Saúde Pública.

Em relação ao ambiente hospitalar, caracterizado no momento atual, como um espaço de cura, os demais saberes encontram-se subordinados à prática médica. Com isso, verificam-se algumas dificuldades em relação a inserção da psicanálise nas instituições hospitalares, pois em um lugar caracterizado pela urgência somática, questões acerca da subjetividade são negligenciadas na maioria das vezes. No entanto, é a presença do sofrimento psíquico nos hospitais, que revela a importância da escuta psicanalítica nestes locais.

Os tempos mudaram, é verdade, mas apesar de todas as promessas de felicidade, o sofrimento humano persiste, o que coloca o psicanalista diante de situações que dele exigem reflexão, ação, formalização teórica do novo. Se o que Freud descobriu é válido, - e isso é que dá sentido ao nosso trabalho - o inconsciente insiste, e junto com ele os psicanalistas.

Constatamos através das entrevistas realizadas, a importância de fazer com que os pacientes falem, pois do ponto de vista da psicanálise é o bem maior que se pode conceder a um sujeito, - a oportunidade da

fala. Também ficou evidente para nós, através da formalização teórica, que entrada e inserção não significam a mesma coisa. Quando ressaltamos a importância da inserção do psicanalista na Saúde, apontamos a relevância desse pré-requisito para que o trabalho seja possível numa Instituição de Saúde, como em qualquer outro lugar.

A diferença entre Psicanálise em intensão e Psicanálise em extensão é que a primeira se refere a clínica propriamente dita e a segunda tem a ver com a aplicação do método psicanalítico em outros contextos. De uma forma ou de outra o que importa não é perder o rigor do método, mas lembrar que a Psicanálise é um discurso que estabelece ou não, a depender de quem o sustenta, diante de qual interlocutor.

Também é oportuno ressaltar a diferença que o psicanalista opera, na medida, que o mesmo é um agente mediador dos conflitos que permeiam a equipe de trabalho, os pacientes e familiares que se encontram na Instituição.

É preciso entender que ser psicanalista não é ter um lugar predefinido, mas que se trata de um discurso e que a prática desse profissional depende do seu desejo em sustentar sua escuta e sua aposta em ato de desejo em cada caso.

Se a Psicanálise se ampliou para além dos consultórios, foi porque os psicanalistas saíram de seus consultórios e encontraram interlocutores, e sustentaram o discurso analítico e seus efeitos, suas consequências. Se os psicanalistas estão nos hospitais e são convocados ao trabalho, é porque há uma transferência com a Psicanálise, do contrário ele não ficaria ali, por melhor que pudesse ser.

## 5. REFERÊNCIAS

- BARROS, N. Quando a psicanálise sai de casa. O trabalho do EPSI- Percursos de uma construção. *Pulsional Revista de psicanálise*, n.187, p.3-11, setembro 2006.
- FERNANDEZ, M. R. *A Prática da Psicanálise Lacaniana em Centros de Saúde: Psicanálise e Saúde Pública*. 2001. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.
- FREUD, S. *Fragmento da análise de um caso de histeria*. (1905) In: Obras completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, v. VII, 1974.
- \_\_\_\_\_. *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* (1919b) In: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, v. XVII, 1974.
- FIGUEIREDO, A.C. Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público. *Rev.Latinoam.Psicopat. Fund.*, III,4,165-171, 2000.
- FIGUEIREDO, M.A.D. A psicanálise no hospital geral: possibilidades e impossibilidades. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. a.4, n.8, p.43-46, agosto 2008.
- LACAN, J. O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964-1965), Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- \_\_\_\_\_. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola (1967). In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- MINAYO, M.C.S(Org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ:Vozes,1994.

MORAIS, J.L. et al. A clínica psicanalítica no hospital geral: uma escuta possível.[on line]  
Disponível:[http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/coloquio\\_metodo\\_clinico/MR/MR17.1.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/coloquio_metodo_clinico/MR/MR17.1.pdf)  
f [capturado em 30 setembro 2010].

MORETTO, M.L.T. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

MORETTO, M.L.T. *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”*. 2006. 251p. Tese (Doutorado) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MOREIRA, A.C.G et al. Dispositivos Clínicos em hospital geral.  
*Psicologia Clínica*, vol 18, n 2, p.13 – 24, 2006.

QUINET, A. *As 4 + 1 condições da análise* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.