

A PRESENÇA DA PSICANÁLISE COMO UM DISPOSITIVO ANALÍTICO NOS AMBULATÓRIOS MÉDICOS DA SAÚDE PÚBLICA

RAMMINGER, Aline¹

VICTOR, Rita²

RESUMO

O presente documento tem como objetivo promover reflexão acerca da prática psicanalítica desenvolvida em ambulatórios médicos da rede pública, partindo da hipótese de que nesses ambientes ainda predominam a instância médica como saber absoluto e do pressuposto de que o sujeito do inconsciente só era escutado tradicionalmente pelos psicanalistas na prática da clínica privada. Ao longo deste estudo, busca-se traçar nas interfaces entre psicanálise, clínica médica ambulatorial e saúde pública, possibilidades da prática psicanalítica nos serviços ambulatoriais de atenção à saúde. Visto que, os estudos recentes apontam que apesar de todos os entraves que existem, como o trabalho em equipe, a predominância do saber médico e a prática institucionalizada, ainda assim, é possível fazer psicanálise neste espaço, desde que não se perca o rigor metodológico e a ética da atuação.

Palavras Chaves: psicanálise, saúde pública, ambulatório.

ABSTRACT

The purpose of this document is to promote reflection on the psychoanalytic practice developed in medical outpatient clinics of the public network, starting from the hypothesis that in these environments the medical instance still predominates as absolute knowledge and the assumption that the psychoanalysts in private practice only heard the subject of the unconscious traditionally. Throughout this study, it is sought to draw in the interfaces between psychoanalysis, outpatient medical clinic and public health, possibilities of psychoanalytic practice in outpatient health care services. Since recent studies indicate that despite all the obstacles that exist, such as teamwork, the predominance of medical knowledge and institutionalized practice, it is still possible to do psychoanalysis in this space, provided that methodological rigor is not lost and the ethics of performance.

Key-words: psychoanalysis, public health, ambulatory.

¹ Discente do curso de psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG

² Docente do curso de psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG

INTRODUÇÃO

Durante os últimos anos é possível observar os crescentes projetos na saúde pública desenvolvidos por equipes multiprofissionais que incluem cada vez mais a atuação de psicólogos. Novos campos de atuação, especificamente a clínica ambulatorial tem demandado novas formas de compreensão e modelos de atuação por parte dos profissionais que atuam nessa área (CAMPOS e DALTRO, 2016).

A clínica ambulatorial discutida a partir das conjunturas da saúde pública é uma prática recente no Brasil, tendo em vista que durante muitos anos a clínica se estabeleceu como uma prática individual e elitista. Já na contemporaneidade ela tem assumido novas formas, preservando seu espaço na clínica privada, mas também florescendo na saúde pública e saúde mental (CAMPOS e DALTRO, 2016).

Os ambulatórios médicos na saúde pública são compostos por uma equipe de médicos especialistas e outros profissionais que trabalham na maioria das vezes com objetivos em comum, sua principal demanda é de média e alta complexidade, tendo em vista que os atendimentos buscam diagnosticar doenças ou transtornos e restituir a saúde (KAHHALE, 2003 apud VICTOR, 2009).

Acerca da prática da psicanálise no ambulatório (FREUD, 1912; GUERRA, 2005; FIGUEIREDO, 2010; VICTOR e AGUIAR, 2011; FILHO, 2013; SILVA, MICHELS e MACEDO, 2015) apontam que apesar de todos os entraves que existem, a exemplo: o trabalho em equipe, a predominância do saber médico e prática institucionalizada, é possível fazer psicanálise neste espaço, desde que não se perca o rigor metodológico e a ética da atuação. Tais entraves advêm desde o surgimento do ambulatório médico, onde o mesmo surge em meio a um contexto histórico marcado por crises econômicas, sociais e políticas.

Portanto, a pesquisa se justifica devido ao fato de que grande parte da grade curricular do curso de psicologia no que se refere às disciplinas de psicanálise, as mesmas se apresentam voltadas para uma vertente da clínica tradicional, pensada com um divã. No entanto, através do levantamento bibliográfico é possível pensarmos sobre a possibilidade da prática psicanalítica em outros contextos, como o ambulatório médico aqui apresentado, sem que se perca todo rigor metodológico e cientificidade da mesma.

A presente pesquisa trata-se de um ensaio teórico, uma vez que o ensaio teórico é compreendido como um estudo de natureza reflexiva e interpretativa, que possibilita a análise e reflexão em relação ao objeto. No ensaio, não é preciso um tópico exclusivo para a conclusão, visto que a mesma é construída exaustivamente ao longo da pesquisa.

Logo, cada parte é uma conclusão por si mesma (MENEGETTI, 2011). Assim sendo, a metodologia do ensaio vai ao encontro do propósito objetivado na presente pesquisa, uma vez que esta busca promover uma reflexão sobre a possibilidade da prática psicanalítica em ambulatórios médicos na saúde pública.

Ainda no que tange ao delineamento da pesquisa, o levantamento bibliográfico foi realizado do ano de 2013 a 2017, com as palavras chaves: psicanálise e ambulatório médico, nos meios eletrônicos: *google acadêmico*, *scielo*, revista *a Peste e bibliotecas*. Porém, foi constatado uma escassez de materiais sobre a temática, visto que os artigos publicados não discorrem com precisão sobre o que é ambulatório médico e tão pouco da prática da psicanálise nesse espaço, além do fato de não haver um índice considerado de citações. Assim, expandiu-se o levantamento para livros e teses recomendada pela banca e pela orientadora, somando-se um total de 50 referências. Após a análise aprofundada do material, optou-se por utilizar 27 referências, uma vez que as mesmas de alguma forma contemplam as discussões da problemática levantada.

Já a estruturação da escrita se dá na seguinte forma: na primeira parte ocorre a discussão da Reforma Sanitária Brasileira e posteriormente a essa o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Na segunda parte da pesquisa realiza-se articulação acerca do surgimento dos ambulatórios médicos na Saúde Pública - Saber Médico e o Saber Psicanalítico, lançando um olhar sobre os desafios da clínica analítica em âmbitos e espaços em que há um predomínio do saber médico. E por fim, encontra-se o objetivo principal dessa pesquisa que é a problematização do trabalho clínico do psicanalista redirecionado para o ambulatório em saúde pública, na qual se chegou à conclusão de que é necessário o exercício de uma prática em conjunto com os demais profissionais.

1. REFORMA SANITÁRIA

A noção de saúde pública que temos hoje, assegurada como um direito civil, é entendida não só como estado biológico de normalidades ou ausência de patologias e sim como resultado de um conjunto de condições políticas, sociais e econômicas, que começou

a ser construída a partir da Reforma Psiquiátrica em 1970, momento marcado pela ditadura militar (SAAD, ABBUD e TOLEDO, 2016). A Reforma Psiquiátrica surge como um movimento contestador da perspectiva medicalizante da doença mental, propondo discussões acerca de alternativas e sugestões em relação aos manicômios.

Denominado de movimento anti-psiquiátrico, o mesmo percorreu vários países, com o objetivo de dissolver a barreira entre assistentes e assistidos; “[...] abolir a reclusão e repressão imposta ao pacientes e promover a liberdade com responsabilidade dos pacientes” (ANTUNES e QUEIROZ, 2007, p.208). Todas essas intenções traziam consigo a prática de discussão em grupo, envolvendo assim uma postura de caráter interdisciplinar.

Para Saad, Abbud e Toledo (2016) é possível perceber a reforma psiquiátrica em dois períodos diferentes, sendo o primeiro que se dá de 1978 à 1991, através da crítica ao modelo hospitalocêntrico, e o segundo momento que vai de 1992 à 2000, onde ocorre a implantação das redes extra- hospitalares³.

Engajadas nessas mesmas lutas, sob influências dos ideais da Reforma Psiquiátrica temos também a Reforma Sanitária, que objetivava em linhas gerais mudanças e transformações necessárias no sistema e setor da saúde, com foco em melhorias para a condição de vida da população, com ideias que se espalharam como modos de se opor ao sistema de saúde até então. (ANTUNES e QUEIROZ, 2007).

Até a década de 70, o que predominava era o campo da Medicina Social, enquanto um modelo institucionalizado de medidas sociais relacionadas a saúde, priorizando uma normalização da sociedade através de medidas de higienização, defendendo a criação de hospícios para que os doentes que vagavam pelas ruas fossem encarcerados e a sociedade fosse composta por indivíduos sadios. O movimento da Reforma Sanitária surge nesse contexto buscando transformações necessárias na área da saúde, questionava-se a organização do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social e criticava-se o complexo modelo médico assistencial privatista que se caracterizava pelo privilégio da prática médica curativa, individual e assistencialista, em contrapartida propunha-se uma rede descentralizada e municipalizada como alternativas (DIMENSTEIN, 1998).

³ A rede de serviços extra-hospitalar é composta por centros de atenção psicossocial (Caps) e por serviços residenciais terapêuticos (SRT). Os Caps são unidades de saúde mental especializadas que atendem pessoas com intenso sofrimento psíquico nos diferentes momentos e modalidades de suas necessidades. Eles podem ser voltados para o atendimento de crianças, adolescentes e adultos com transtornos mentais, pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e ainda conta com funcionamento durante 24h, com

De acordo com Dimenstein (1998) os militantes da Reforma Sanitária promoveram a organização de grupos de médicos, profissionais da saúde e a sociedade civil com o intuito de provocar discussões políticas. O movimento tinha como característica constituir-se como um saber contra-hegemônico, de crítica ao modelo dominante de atenção à saúde até então, e problematizar uma reforma nas políticas e práticas de saúde que predominavam no Brasil possibilitando de fato a obtenção da saúde por toda a população.

O movimento das Reformas pode ser considerado um processo complexo no contexto político e social, composto por diferentes atores, de diferentes origens, em lugares diversos como a família, organismos públicos, conselhos profissionais, movimentos sociais. Etc. (AMARANTE e TORRE, 2001). “Suas diretrizes se inscreveram no cenário nacional enquanto políticas públicas de Estado, através da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do SUS” (BRASIL, 2005, p. 6).

Através da Constituição de 1988, que determinou em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que tenham objetivo de reduzir riscos de doenças e outros entraves ao acesso universal e igualdade aos serviços de promoção, proteção e recuperação. Este direito se concretizou através da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1988).

Portanto, o SUS se organiza a partir de diretrizes de descentralização, regionalização e controle social, ou seja, é preciso que os serviços de saúde prestados sejam próximos de onde as pessoas vivem, respeitando suas regiões e que a comunidade tenha participação ativa na construção e qualificação do sistema. (BRASIL, 2005, p.25).

Como resultado dos movimentos sociais em defesa dos cuidados e atenção na saúde, uma das diretrizes do SUS, em especial no Projeto de Saúde da Família, é a interdisciplinaridade, ou seja, a atuação em equipe multiprofissional, implementando possíveis práticas voltadas para humanização do atendimento em saúde. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990 Apud FILHO, 2013).

O SUS possui então um sistema que tem como objetivo, trabalhar de forma articulada com os gestores federal, estadual e municipal, com participação dos conselhos comunitários de saúde.

leitos de retaguarda. Os SRT são moradias ou casas destinadas a cuidar de até oito pacientes com transtornos mentais que acabaram de

2. AMBULATÓRIO E SABER MÉDICO

Os assuntos psicológicos levantados durante o Brasil Colônia se resumia basicamente nos abordados pelas Faculdades de Medicina, em teses de alunos que estavam terminando a graduação (ANTUNES, 2003).

Nesse período a qualidade de saneamento básico das cidades e a saúde da população eram bastante precárias. A presença de leprosos, loucos e prostitutas nas ruas era uma situação preocupante para os médicos, que diziam que essas “sujeiras” das ruas deveriam ser eliminadas. Esse contexto teve forte influência da teoria da degenerescência ⁴ que propunha a higienização e a disciplinarização da sociedade excluindo o louco sob forte controle da Medicina Social, surgindo a partir de então os primeiros hospícios na tentativa de higienizar a sociedade (ANTUNES, 2003).

Temos nessa época o poder ilimitado da instância médica dentro das instituições psiquiátricas, onde no interior dos chamados asilos na época, reinava a ordem, a lei e o poder. Presava-se pela manutenção dessa ordem por dois motivos, primeiro pela constituição do saber médico, ou seja, sem a ordem disciplinar, não há como fazer uma observação exata dos comportamentos, para que a relação médica tenha objetividade. Em segundo lugar, essa ordem disciplinar era condição para que houvesse cura permanente, ou seja, a própria distribuição terapêutica que tinha como objetivo que um doente deixasse de ser doente, só era realizada no ambiente de uma distribuição regrada do poder (FOUCAULT, 2006).

Foucault (2010) retrata bem essa esta instância de poder em sua obra “Vigiar e Punir”, no capítulo “Os corpos Dóceis”, onde ele destaca a descoberta do corpo como objeto e alvo de poder, que podemos identificar nas manipulações do corpo, com o objetivo de modelar e treinar para que se possa obedecer. É dócil então um corpo que pode ser transformado e aperfeiçoado se submetido à ordem disciplinar, ordem essa que se tornou com o passar do tempo, fórmulas gerais de dominação.

sair de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

⁴Concepção da determinação hereditária da loucura propunha ações que extrapolavam os muros asilares, propondo a higienização e a disciplinarização da sociedade. Acreditavam que os negros possuíam uma inferioridade biológica por isso eram mais propensos à degeneração (Antunes, 2003, p. 42).

Sobre esses esquemas de dominação, onde a disciplina necessária precede em primeiro lugar à distribuição dos indivíduos no espaço, é possível fazer uma analogia ao sistema de poder que funcionava no interior dos asilos na época de Pinel⁵, onde havia distribuição dos corpos, dos gestos, dos comportamentos, para a possibilidade de se obter uma observação esquemática, e assim o poder pudesse ser exibido com eficiência. (FOUCAULT, 2006).

Hoje as circunstâncias com que lidamos com os processos de saúde e adoecimento, ainda estão assinaladas por práticas disciplinares e de controle. Até o século XVIII, a doença e a morte eram abordadas na intimidade das famílias e dos lares, e a cura era uma relação entre natureza, o médico e a doença (FOUCAULT, 2003, p. 102-103, apud RAMOS, 2011). Transformações aconteceram culminando no crescimento exacerbado da medicalização, fazendo do indivíduo objeto do saber científico das práticas médicas (RAMOS, 2011)

Quando se leva em conta a clínica psicanalítica como recurso, o saber que está em jogo é sempre um saber descompleto, descontínuo, inconsciente que pode eticamente nortear princípios, porém nunca estabelecer regras. Esses princípios norteadores podem ser base de auxílio na estabilização de um pacto em torno das políticas públicas e modelos assistenciais no âmbito da atenção à saúde (GUERRA, 2005).

O sistema de Saúde Pública, ainda é considerado fragmentado em se tratando de saúde primária, secundária e terciária que são organizados de uma forma hierárquica, onde o foco se concentra nas condições agudas da doença especificamente nas unidades de pronto atendimento, ambulatoriais e hospitalares, evocando a passividade do usuário, a ênfase nas intervenções curativas e o médico como ator principal no tratamento. Estes são fatores que ainda tem provocado uma ruína no cuidado ao paciente (MENDES, 2010).

Durante os últimos anos é possível observar os crescentes projetos na saúde pública desenvolvidos por equipes multiprofissionais que incluem cada vez mais a atuação de psicólogos. Novos campos de atuação, especificamente a clínica ambulatorial tem demandado novas formas de compreensão e modelos de atuação por parte dos profissionais

⁵ TEORIA DE PINEL: Pinel propôs o tratamento moral com a finalidade de curar o doente, cabia apenas ao asilo e ao poder medico “curar” aqueles que apresentavam qualquer tipo de comportamento inadequado (MORENO e ALENCASTRE, 2003, p. 2).

que atuam nessa área (CAMPOS e DALTRO, 2016).

A clínica ambulatorial discutida a partir das conjunturas da saúde pública é uma prática recente no Brasil, tendo em vista que durante muitos anos a clínica se estabeleceu como uma prática individual e elitista. Já na contemporaneidade ela tem assumido novas formas, preservando seu espaço na clínica privada, mas também florescendo na saúde pública e saúde mental (CAMPOS e DALTRO, 2016).

A inserção do psicólogo nas equipes de saúde aconteceu entrelaçada por um contexto histórico- político- econômico determinado, que possibilitou a construção e a valorização da ideia de que a atividade do psicólogo era essencial à sociedade, supervalorizando culturalmente a profissão. Dimenstein (1998), destaca alguns fatores que foram importantes para incrementação da entrada do psicólogo no âmbito das instituições públicas como:

- 1.O contexto das políticas públicas de saúde do final dos anos 70 e da década de 80 no que se refere à política de recursos humanos;
- 2.A crise econômica e social no Brasil na década de 80 e a retração do mercado dos atendimentos privados;
- 3.Os movimentos da categoria na tentativa de redefinição da função do psicólogo na sociedade;
- 4.Difusão da psicanálise e psicologização da sociedade. (DIMENSTEIN, 1998, p. 4).

De acordo com a autora, a crise econômica e o crescimento da população difundiram uma situação crítica em que a assistência ofertada à população nos serviços de saúde foi se deteriorando apesar dos progressos tecnológicos alcançados na época, os atendimentos psicológicos privados tornavam-se cada vez mais limitados e o modelo médico-assistencial-privatista vigente até então, entra em esgotamento dando passagem para a entrada do psicólogo nos serviços de saúde pública.

3. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Influenciada pelo movimento da Reforma Sanitária, em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS), a qual teve seu eixo debruçado sobre alguns pontos que serviram para desenvolver o processo de ampliação da diversidade de profissionais no campo da saúde. Nas discussões realizadas durante a CNS, pela primeira vez, saúde deixava de ser vista como um estado biológico de normalidade, ou simples ausência de patologias e passou a ser vista como resultado de um conjunto de condições coletivas

superando assim sua concepção medicalizante (DIMENSTEIN, 1998).

A autora destaca que a partir de então se originou uma visão privilegiada da implantação das equipes multiprofissionais na atenção à saúde, nos hospitais e nas práticas ambulatoriais com o objetivo de reverter o modelo assistencial organicista e medicalizante, possibilitando uma visão integral do sujeito. Faz-se três décadas que o psicólogo tem garantido um espaço institucionalizado de trabalho através da lei 4.119, atuando a princípio em áreas de orientação, seleção profissional, diagnóstico psicológico, aplicação de testes e mais recentemente tem ocupado áreas tradicionalmente ocupadas pelo médico.

Ao se inserirem nas equipes multiprofissionais segundo Spinik (2003) apud Neto (2010), o psicanalista saiu da relação protegida de consultório particular onde ele mesmo definia as normas, e passou a enfrentar as difíceis normas institucionais. O profissional psicanalista vai se deparar com uma nova clientela advinda das classes populares, trabalho assalariado, horário de trabalho, prestação de contas e nos contextos em que trabalha em conjunto com outros profissionais, vivem condição de subalternidade na hierarquia dominada pelo saber médico, provocando então nesse sentido, novas reflexões de práticas de atuações.

A prática feita por vários, ou seja, o trabalho realizado por equipes multiprofissionais é possível a partir da posição da equipe frente ao saber, enfrentando os riscos dos efeitos imaginários que existem em grupos referentes ao poder, a rivalidade e ao narcisismo. Sustentar uma posição de não-saber central, pode oferecer ao sujeito, um espaço para que ele possa produzir uma questão, uma resposta ou saber sobre si mesmo (GUERRA, 2005).

A inserção do psicólogo nessas equipes de saúde em campos onde eram dominados pelo saber médico começou a acontecer a partir do final da década de 70, desde então o número de psicólogos no campo da saúde vem aumentando cada vez mais em todo Brasil, apesar de ainda constituírem uma categoria pouco expressiva se comparado ao quadro geral das profissões de saúde (DIMENSTEIN, 1998).

Como dito acima, segundo a autora a entrada do psicólogo no campo de atenção à saúde no final da década de 70, se deu em partes devido às críticas direcionadas a predominância de médicos nas equipes de saúde e ao investimento que passou a ocorrer a partir de então nos outros profissionais, na tentativa de mudar o modelo médico dominador

e formar as equipes de saúde multiprofissionais.

Para tanto os profissionais que compõem a equipe multiprofissional precisam se posicionar de forma ética no sentido de não privilegiar a vontade do Outro da Lei, do Saber, e sim o Outro que é submetido a uma Lei, barrado por uma Lei, tomando o sujeito responsável pelas respostas que produz (GUERRA, 2005).

4. DESAFIOS DA PSICANÁLISE

A psicanálise enquanto teoria e técnica teve como mentor Sigmund Freud em meados do século XIX e XX, a partir do exercício clínico e da escuta de pacientes históricas, no entanto tem ampliado seus saberes e campos de atuação a partir de então, indo além do campo da psicopatologia (SILVA, MICHELS e MACEDO, 2015).

Para Silva, Michels e Macedo (2015) a psicanálise surge no contexto de reorganização de formas de viver, nos novos espaços e modos de produção resultante da Revolução Industrial em meados do século XIX, decorrente da necessidade de compreender uma nova organização subjetiva do indivíduo, logo desde seu início a psicanálise traz consigo a preocupação de se ocupar de todas as expressões e singularidades humanas.

A inserção da psicanálise na Saúde Pública no Brasil aconteceu através do profissional psicólogo, pois não existe o cargo de Psicanalista no contexto das instituições públicas, porém se faz necessário destacar que a psicanálise enfrenta desafios um tanto quanto distintos, tendo em vista ter como principal pretensão propiciar uma escuta diferenciada para quem está em sofrimento. (VICTOR e AGUIAR, 2011).

A noção de que a Psicanálise poderia vir a fazer parte da Saúde Pública, já havia sido abordado por Freud, há muito tempo, antes da Primeira Guerra Mundial. Segundo ele, o início da prática psicanalítica no âmbito das instituições públicas iriam expandir novos desafios, tendo em vista que o contexto institucional exige um diálogo constante com outras áreas do saber, que por sua vez são atravessadas pelas relações com o Estado capitalista, uma vez que a própria saúde tem se tornado uma mercadoria, a ser comprada diretamente pelos consumidores. (FILHO, 2013).

Alguns desafios podem surgir, por exemplo, na prática psicanalítica de um profissional que trabalha em ambulatórios médicos da rede pública. A clínica ambulatorial médica é atravessada pela dinâmica institucional a qual conforme dito acima, múltiplos saberes se enfrentam se confrontam. Diante das normas institucionais o psicanalista se vê

obrigado a prestar conta de seu atendimento, dividindo com outros profissionais o desenvolvimento de seu trabalho. Essa é uma das maiores características que distancia a clínica particular da clínica ambulatorial (FILHO, 2013).

Figueiredo (2010) destaca o dispositivo de consulta que passa a ser desprivatizado tornando a clínica mais partilhável, em consequente o psicanalista deve se submeter ao assalariamento sendo os mesmos concursados ou não. Em se tratando do pagamento que é efetuado ao analista, a autora nos adverte no sentido de que devemos superar esse obstáculo para colocar em prática o trabalho do psicanalista e descobrir em cada caso como o paciente paga pra continuar com seu tratamento, como por exemplo, pacientes que abrem mão do tempo que poderiam estar fazendo outras atividades ou até mesmo a perda do gozo do sintoma inicial, quando ele passa a não querer saber nada sobre seu sintoma, ou deseja encontrar a verdade absoluta sobre seu sintoma, fato este que deve ser conduzido pelo analista de modo a não recuar.

Outro desafio que pode ser enfrentado pelo psicanalista que trabalha em equipe multiprofissional e consequente compartilha seu trabalho em equipe é a questão da convivência. A suposta perda de controle sobre o caso se dá como uma perda do lugar de suposto- saber, entraves podem surgir também no acompanhamento, na sequência e na continuidade do tratamento. Além disso, nos casos que são discutidos em equipe podem acontecer disputas na pose pelos pacientes como se o saber de cada profissional fosse melhor e mais amplo que os demais, bem como podem surgir julgamentos e avaliações precipitadas a respeito da patologia de cada paciente. (FIGUEIREDO, 2010).

Há muito tempo a ordem do saber médico opera, ou seja, o saber está no médico e ao doente resta a ignorância. O sujeito tem sua identidade perdida quando se depara com a objetivação diagnóstica, passando a ser nada mais que um objeto do saber científico muitas vezes traçando seu destino de isolamento. Quando o tratamento medicamentoso é utilizado, mesmo quando associado a outros tipos de tratamentos terapêuticos, seu principal objetivo é seguir os critérios de adaptação social, ignorando a fala do sujeito e consequentemente sua verdade sobre sua patologia (FILHO, 2013).

Em se tratando de desafios podemos citar ainda o chamado trabalho intersetorial, tendo em vista que o ambulatório público médico está localizado em uma rede onde são ofertados também outros serviços, em que o usuário circula de diversas maneiras com

outros setores, sendo necessárias articulações com os mesmos. Não temos controle sobre as ações de outros setores, que muitas vezes desenvolvem as mais variadas condutas, motivando a perda de controle sobre paciente que se vêem diante de várias direções e que como sujeito de suas ações nem sempre é ouvido para tentar colocar em prática suas próprias soluções. O trabalho do psicanalista aqui é complexo, no entanto vale ressaltar que o caso está sempre em construção sobre o que se angaria do sujeito que se move, se esquia e demanda. (FIGUEIREDO, 2010).

Um grande risco muitas vezes presente na prática feita por “vários” (equipe multidisciplinar) é o de desresponsabilização com o caso pela equipe, onde seria mais fácil realizar uma clínica do encaminhamento do que uma clínica do acolhimento, até porque acolher implica escutar, expandindo o campo da queixa, buscando a implicação do sujeito e chamando para si a responsabilização pela condução do caso e permitir através da escuta que o implícito na queixa do sujeito se apresente (GUERRA, 2005).

Muitas vezes é possível observar nas práticas dos profissionais da saúde em âmbitos institucionais um desrespeito em relação à singularidade do sujeito. Diante deste posto, cabe ao psicanalista não generalizar seu olhar sobre os casos e buscar com que a subjetividade do sujeito não seja engolida pelo saber científico. A posição ética que o psicanalista deve adotar na política institucional é tomar como ponto de partida a construção da clínica do sujeito que para Lacan (2003, p. 220, apud Gomes, 2009) é “introduzir o sujeito como tal”, levando em conta o que ele tem a dizer sobre si, sua história, seu sintoma pra que ele se torne responsável por sua existência.

O psicanalista não deve ser cúmplice do gozo institucional, gozo este que pode ser observado nos pedidos de resolução rápida dos casos. Lamy (2003) apud Gomes (2009) nos adverte que seu papel é apontar o real que está em jogo em cada caso tendo sempre como base a ética da posição subjetiva, onde ao invés de dar uma resposta pronta ao paciente deve-se problematizar sua demanda, ou seja, a psicanálise não tem como ponto de partida a eliminação do sintoma, pois o mesmo é uma indicação de que algo não está funcionando, busca-se então a implicação do sujeito em relação a ele ou um querer saber sobre o seu sintoma (GOMES, 2009).

Freud em seu texto “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” nos adverte em relação ao sentimento que o psicanalista mais deve tomar cuidado que é a

ambição terapêutica de obter a produção de efeitos convincentes sobre outra pessoa, desfavorecendo seu trabalho e o colocando impotente diante das resistências dos pacientes (FREUD, 1912).

A psicanálise não vai produzir resultado rápido como desejado para eliminação dos sintomas, no entanto, ela provoca outras consequências, despertando a princípio resistências, porém, quando superadas provoca movimentação de pensamentos que reflete na recordação do inconsciente, ou seja, na raiz do sintoma (FREUD, 1912).

5. DISPOSITIVOS ANALÍTICOS: A BASE DA PRÁTICA PSICANALÍTICA

As recomendações técnicas deixadas por Freud (1912) que diz respeito a associação livre, ao tempo, frequência e valor da sessão entre outros que eram estabelecidas através de um “contrato”, foram por muito tempo seguidas como regras enquanto garantias para um bom andamento do tratamento e que conseqüentemente qualquer modificação nessas regras seria supostamente ameaçadora para a experiência da psicanálise.

De acordo com Quinet (2009) coube a Lacan introduzir no lugar do contrato, que estabelecia as normas, o conceito de ato psicanalítico, situando a psicanálise sob o domínio da ética, regida pelo desejo do psicanalista e não mais no âmbito das regras. A partir de então, cabe ao psicanalista com seu ato, dar existência ao inconsciente, permanecendo como única regra fundamental a associação livre por parte do analisando, marcando o início da psicanálise, ou o ponto em que a análise deve começar, e a atenção flutuante por parte do psicanalista.

O rigor então, necessário à prática psicanalítica não se encontra nas condições em forma de regras e sim na condução da prática sustentada pelo psicanalista. No que diz respeito a demanda de analisabilidade, o estabelecimento desta, é função do sintoma, não do sujeito. É preciso se questionar a que este sintoma está respondendo, encontrando a partir daí o sintoma analítico, posteriormente, o que dá sinal a entrada em análise é o sujeito sob transferência, a qual tem como seu pavor, o sujeito suposto saber, ou seja, a ilusão que o sujeito tem, de que sua verdade está dada ao psicanalista (QUINET, 2009).

Quando propomos a reflexão no presente documento sobre a inserção da psicanálise

nos ambulatórios médicos da saúde pública, discutindo seus conceitos fundantes, estamos referindo a restauração da ideia de que o sujeito que é atendido nesse contexto, não se restringe ao seu ser biológico, ele também é constituído de subjetividade e se torna livre através de sua fala, com possibilidades de vir a ser (ROUDINESCO, 2000, apud RAMOS, 2012).

Para tanto lançamos mão das recomendações deixadas por Freud e Lacan para realização da prática psicanalítica, no entanto reconhecemos que a condição de se colocar em análise em seu sentido estrito se torna limitada em decorrência dos atravessamentos presentes nas instituições públicas (MEIRELLES, 2004 apud VICTOR E AGUIAR, 2011). O que não inviabiliza utilizarmos da teoria para ofertar um espaço de escuta para que o sujeito possa falar de seu sofrimento e ter uma experiência analítica de curta duração através do estabelecimento da transferência.

As recomendações deixadas aos psicanalistas por Freud e posteriormente por Lacan no que diz respeito ao atendimento individual previamente agendados, privacidade nos atendimentos entre outros, são base teóricas tidas necessárias para ir de encontro com a singularidade do sujeito, o que contrapõe o saber presente predominante nos ambulatórios médicos que visam a eliminação do sintoma, já que para a psicanálise é a partir do manejo com a angústia formalizada no sintoma e não de sua abolição a princípio, que o sujeito pode constituir formas de satisfação (PALMA, 2010).

A transferência, a repetição, a pulsão e o inconsciente discutidos por Lacan (1998) são a base para a construção dos casos atendidos sob o olhar da psicanálise, porém, eles não são os únicos necessários para colocar em prática as intervenções, que exigem em alguns casos dispositivos inéditos na condução clínica (GUERRA, 2005). Condução esta que muitas vezes é atravessada por aspectos, sob os quais alguns estão sendo discutidos no presente documento.

Embora seja amplamente usado na contemporaneidade, o termo dispositivo não tem especificamente um marco conceitual na teoria psicanalítica, apesar do termo aparecer algumas vezes nas obras freudianas, o mesmo não estava relacionado aos elementos ou condições da sessão analítica. É Lacan quem associa pela primeira vez, o dispositivo a técnica psicanalítica, quando diz em seu Seminário 24 que “a questão não é a descoberta do inconsciente, que tem no simbólico sua matéria pré-formada, mas a criação do dispositivo

pelo qual o real toca no real, ou seja, daquilo que articulei como discurso analítico” (LACAN, 1972/2003, p. 545 apud CHECCHIA, 2010).

No entanto, antes dessa associação a psicanálise, o termo dispositivo estava relacionado à filosofia política e foi discutido e questionado algumas vezes por Foucault, Deleuze e Agamben. Foucault se referia ao dispositivo como estratégia de dominação, ou manipulação de relações de força, inscritos em um jogo de poder. Para ele o dito e o não dito são elementos do dispositivo onde o mesmo estabelece uma rede entre esses elementos. (CHECCHIA, 2010).

Para Deleuze o dispositivo é definido como um conjunto multilinear de linhas de visibilidade, de forças, de subjetivação de rupturas etc, que se entrecruzam e se misturam. Já Agamben entende como dispositivo “qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas as opiniões e os discursos dos seres viventes” (CHECCHIA, 2010, pg. 95).

A partir de tais discursos, o dispositivo analítico pode ser pensado como elementos que se entrecruzam num jogo de força possibilitando mudanças. A associação livre, a transferência, a interpretação, o tempo da sessão e o pagamento, são elementos da sessão analítica que organizam as táticas de direção do tratamento, o dispositivo analítico também é utilizado para fazer uso do poder para governar não o analisando, mas o tratamento levando a um processo de subjetivação (CHECCHIA, 2010).

Dispositivos analíticos são pensados no presente texto enquanto possibilidade de se pôr em análise, utilizados como um disparador de rompimento daquilo que está bloqueado de criar, propiciando liberdade de se desfazer de códigos que dão a tudo o mesmo sentido. O dispositivo nesse sentido então, tenciona, movimenta e desloca para outro lugar, provocando processos de subjetivação (BARROS, 1997, p. 189, apud RAMOS, 2012).

Para Barembliitt (1992) apud Campos (1999), dispositivo é um produtor de inovações ou transformações, ou seja, artifícios que se introduzem como a finalidade de instaurar algum processo novo, podem ser considerados também como várias combinações de recursos que alteram um funcionamento (CAMPOS, 1999).

Em 1919 Freud já havia anunciado que chegaria um tempo em que a Psicanálise seria aplicada a grande massa da população, nos levando então a defrontar com a tarefa de

adaptar nossa técnica a novas condições, no entanto ele também nos advertiu que qualquer que sejam as modulações dos elementos dos quais a psicanálise se compõe, seus ingredientes mais importantes devem continuar sendo aqueles adotados a psicanálise estrita e não tendenciosa (Freud, 1919[1918], p. 210-211, apud Guerra, 2005).

A clínica analítica é configurada a partir de um discurso específico que para se compor e atuar requer um dispositivo, assim como a subjetividade depende do ordenador edípico para se organizar em Freud e da inscrição do Nome-do-pai em Lacan, ou seja, estes são dispositivos que permitem a estruturação do aparelho psíquico (PALMA, 2010).

Os dispositivos analíticos são pensados aqui, enquanto possibilidade de se colocar em análise, através de um disparador, provocando movimento e evasão daquilo que se encontra bloqueado de criar, desfazendo os códigos e dando sentido ao que é sintomático (Barros 1997, pg. 189 apud, Ramos, 2012). O universo sintomático pensado pela psicanálise, diz respeito as tensões presentes na relação entre sujeito e sociedade, nesse sentido, a psicanálise se apresenta como uma provável estratégia de lidar com as consequências dessas tensões, pois enxerga sob a ótica de que a constituição do sujeito acontece a partir da sua relação com o universo social (Ribeiro 2009, p. 6 apud, Ramos, 2012).

A prática pautada nos embasamentos da teoria psicanalista exige do profissional uma posição de responsabilidade, tendo em vista que cabe ao psicanalista a operação ética de introduzir o sujeito na ordem do desejo e das pulsões, direcionando uma responsabilização por essa posição de sujeito, o que vai em contrapartida do que se prega no âmbito institucional que tem como objetivo a eliminação do sintoma em submissão a ordem coletiva (LACAN, 1965 apud PALMA, 2010).

Na prática psicanalítica a escuta é um dispositivo fundamental a ser seguido pelo psicanalista para que o paciente diga tudo o que vier a cabeça através da associação livre, sem receios ou vergonha. No momento em que o psicanalista estiver oferecendo a escuta, ele não deve se preocupar se está se lembrando de algo ou se qual material do que está sendo dito é mais importante pra que ele possa selecionar, Freud estabeleceu esse momento como atenção flutuante, ou seja, o dispositivo pelo qual o analista abandona por completo sua memória inconsciente. (RINALDI, 2000).

Como podemos observar Freud sugere que o tratamento seja direcionado não a

partir de um saber a priori instituído (saber-médico) e sim da abertura do inconsciente, onde o analista irá escutar as particularidades de cada sujeito que lhes traz uma queixa a partir do momento que ele abrir mão de qualquer tipo de preconceito. Vale ressaltar que não faz sentido também a noção de escutar por escutar, é preciso dar crédito as palavras do paciente (RINALDI, 2000).

Mendes Ribeiro (2009) apud Ramos (2012) destaca que através da experiência analítica é possível observar que a palavra recalcada pode paralisar e fazer sofrer um sujeito, o que confirma a importância da criação de dispositivos capazes de viabilizar a escuta analítica nos contextos dos ambulatórios médicos, daquilo que muitas vezes é expressado através do sintoma.

5.1 DIVÃ ÉTICO

De um modo geral o Divã tem uma simbologia para a psicanálise, porém, Gomes (2009) levanta alguns pontos a cerca desse Divã que vai além de ser uma simples peça de mobiliário, pois traz consigo significantes que são explorados somente na relação que se estabelece entre analista e analisando dentro de um setting analítico.

Quinet (2009), traz em seu texto “As 4+1 condições de análise”, as concepções lacanianas do *setting* analítico. De acordo com o autor, apesar de Lacan ter introduzido no lugar do contrato, que estabelecia as normas, o conceito de ato psicanalítico, situando a psicanálise sob o domínio da ética, ele não abandonou as concepções trazidas por Freud, no que diz respeito a condição das entrevistas preliminares, e o divã pontuando o fim destas entrevistas e o começo de uma análise.

Para falar sobre o uso deste divã, o autor recorre à significação que este objeto tinha para Freud, como sendo um vestígio da hipnose enunciando alguns aspectos de conservação, pois, o analista não aguentaria passar tantas horas sendo olhado. Lacan, acerca desta estrutura, reformula o dizer de Freud na frase: “o que importa no real”, que segundo o autor este importa tem sentido ambíguo de importância e importação.

Assim, ainda segundo o autor a principal ação do divã na análise, não é esta ordem história como relatado acima, ou de uma ordem pessoal trazida por Freud, pois ela se deve a estrutura de transferência, se tornando uma tática onde o objetivo é dissolver a pregnância

do imaginário da transferência. A utilização deste divã se torna uma modalidade da regra de abstinência, impondo um não ao gozo na análise.

Acerca da vergonha que pode afetar o paciente nesta transição para o divã Quinet (2009), relata que esta vergonha indica uma possível transferência, onde o analisando ao chegar ao divã se encontra impedido de exhibir-se e impelido a desnudar-se.

Articulando o uso do Divã as práticas na saúde pública, é possível perceber que não acontece da mesma forma e não ocorre o mesmo significado, pois este divã preconceituosamente é visto apenas dentre quatro paredes, como peça mobiliária. Neste campo segundo Gomes (2009), a psicanálise possui a imagem de que o analista é preso ao *setting* terapêutico, atrás de seu divã, e que de nada pode ser útil em uma instituição.

Porém, segundo o conceito proposto por (LAURENT 1999 apud GOMES, 2009) a psicanálise tem sua importância uma vez que busca que o indivíduo se responsabilize por si mesmo, respondendo pelos seus atos, tornando-se operador de seu próprio tratamento.

Segundo Quinet (2009) o divã é portanto ético quando promove o apagamento do analista do campo da fascinação, onde o sujeito possa experimentar-se como falta em seu exercício da fala, ficando face a face não com o profissional psicanalista, mas com seu próprio gozo, com seu desprazer, e assim se responsabilize por eles.

Segundo (MONTEIRO 2009 apud GOMES, 2009), deve-se tomar a construção clínica do sujeito como ponto de partida para a posição ética que o psicanalista assume dentro das políticas institucionais. Ainda segundo o mesmo autor Lacan traz esta construção clínica como: perceber este sujeito com todos os seus atravessamentos e vertentes, para que ele se responsabilize por si e pelos seus desejos.

Assim, divã é um termo que designa um lugar de fala segundo Quinet (2009) e não significando de maneira formal um objeto mobiliário, mas sim um local onde se possa realizar a escuta. Com relação a este lugar de escuta Gomes (2009), diz que a psicanálise dentro da saúde pública gira em torno da ética da posição subjetiva, problematizando a demanda deste paciente, fornecendo uma clínica diferenciada para cada caso, apontando para o real, para aquilo que escapa a palavra, intervindo pela palavra, onde o analista sustenta seu lugar independente de um objeto mobiliário.

Vemos que neste âmbito da saúde pública, o analista ocupa um lugar diferente se encontrando fora do divã (móvel), porém ainda realizando a função que ele tem, pois o

psicanalista se propõe a procurar uma ética para cada caso, levando em conta a subjetividade do sujeito e suas singularidades, para que ele possa falar e se responsabilizar por sua fala, para que ele possa entender o seu dito e os seus dizeres acerca daquilo que lhe afeta. O divã é o leito de um rio em que passa a vida, este divã sendo móvel ou não serve como local onde se deixa o coração contar (QUINET, 2009).

CONSIDERAÇÕES

As questões que concernem o presente trabalho tiveram como objetivo propor uma reflexão a respeito das bases organizadoras da clínica psicanalítica aplicadas no contexto da saúde pública, contexto este em que vários atores participam sob uma ditadura econômica que influencia a modelagem e a normatização de comportamento.

No que se refere a interface entre psicanálise e saber médico, o texto buscou explicitar a diferença existente entre elas, tendo em vista que a medicina possui uma atenção voltada para fatores verificáveis e o êxito no tratamento diz respeito a eliminação do sintoma. Já a psicanálise tem seu foco voltado para a troca de palavras entre o sujeito paciente e o psicanalista, e a direção da cura não visa a eliminação do sintoma já que este se constitui como uma condição necessária para o sujeito, cabe ao psicanalista convidar o sujeito a decifrar e interpretar o seu próprio sintoma.

Talvez seja por isso que a psicanálise encontra certas dificuldades em se inserir nos ambulatórios médicos da saúde pública.

A partir do referencial estudado, conclui-se que o psicanalista inserido nesse meio, deve ir além da disputa por ocupar um lugar de destaque dentro da equipe ou de um reconhecimento de saber superior, portanto a dinâmica de trabalho deve ser de desenvolver estratégias que façam circular na discussão entre a equipe, entre o profissional e o paciente que o saber vem do próprio paciente e não do profissional, influenciando na construção de “casos” a partir de elementos que o paciente traz e não a partir da produção de um saber de vários profissionais sobre o paciente.

A partir do momento que o conhecimento psicanalítico se propõe a enfrentar os desafios que lhe são cominados, observa-se que a ampliação da psicanálise no Brasil ganha solidez, se fazendo necessária uma constante reflexão a respeito dos recursos teóricos pertencentes a psicanálise, que podem sim ser usados no atendimento de diversas situações

próprias do ser humano além da clínica privada.

A psicanálise não deve abrir mão dos conceitos centrais da teoria discutidos no corpo deste documento, no entanto, não são os únicos necessários para se realizar as intervenções pertinentes no contexto do ambulatório médico, que muitas vezes exigem ações inéditas na condução clínica, tendo em vista, que a mesma está atravessada por questões políticas e econômicas.

Freud já havia anunciado que chegaria um tempo em que seria necessário a aplicação da Psicanálise em amplas parcelas da sociedade trazendo por isso modificações em sua prática. Portanto ao adaptarmos a prática psicanalítica para novos contextos e novas condições quase sempre iremos nos deparar com alguns atravessamentos como, por exemplo, a interface com outros campos do saber (medicina, educação, jurídico, etc).

A proposta deste documento não é afirmar que lançar mão de dispositivos analíticos na atuação em ambulatórios da saúde pública seja mais ou menos difícil do que na clínica privada, no entanto, é preciso retornar um olhar para a própria prática psicanalítica possibilitando uma melhor clareza acerca de sua clínica. Nessa perspectiva pode-se pensar não em reescrever a teoria, adaptando-a em diferentes contextos, e sim em modulações da prática psicanalítica, sem abrir mão da visão do ser como faltante e dos dispositivos analíticos. Essa prática modulada pode estar presente tanto no setting analítico tradicional como também nas intervenções feitas por vários (equipe multidisciplinar).

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p.26-34, mai/ago.2001. Disponível em: <<http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/constitui%20c3%87%20c3%83odenovaspr%20c3%81ticasnocampodaaten%20c3%87%20c3%83opsicossocial.pdf>>. Acesso em 21 de Ago. 2017.

ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira; QUEIROZ, Marcos de Souza. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jan. 2007. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/reposip/84103/1/s0102-311x2007000100022.pdf>> Acesso em 20 de Ago. 2017.

ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino. A psicologia no Brasil. **Leitura Histórica Sobre Sua Constituição**. Ed. Unimarco. São Paulo, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em 21 de Ago. 2017.

BRASIL. 1988. **Lei nº 8.080, de 19/09/1990**: Sistema Único de Saúde (SUS).1988 Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 21 de Ago. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0d/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em 27 de Set. 2017.

CAMPOS, Aline Ferreira; DALTRO, Monica. A clínica ampliada no enfoque da gestalt-terapia: um relato de experiência em supervisão de estágio. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 4, n. 1, 2016.

CHECCHIA, Marcelo Amorim, A clínica psicanalítica é um dispositivo? **A peste**, v. 2, n. 1, 2010. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/12060>> .

Acesso em 03 de Out. 2017.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de psicologia**, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>>. Acesso em 07 de Set. 2017.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. **A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: Editora CRV, 2010. Disponível em <<http://www.crprs.org.br/upload/noticias/arquivo2312.pdf>>. Acesso em 01 de Set. 2017.

FILHO, Raul Albino Pacheco. A psicanálise na saúde pública: Há alianças possíveis? **A peste**, São Paulo, v. 5, no 1, p. 11-15, jan./jun. 2013. Disponível em:<<file:///c:/users/magmaon/downloads/27906-73533-1-sm.pdf>>Acesso em 25 de Set. 2017.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramalhete. 38 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico. Curso do Collège de France. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Marins Fontes. p. 4-8, 2006.

FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: O Caso Schreber, Artigos Sobre Técnicas e Outros Trabalhos (1911-1913). Rio de Janeiro: Editora Imago; Vol. XII, 1996.

GOMES, Alana Alves. O lugar ocupado da Psicanálise nas novas instituições de Saúde Mental. **Mental**, v.7, n.13, 2009. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/html/420/42020844002/>>. Acesso em 10 de Set. 2017.

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf>>. Acesso em 14 de Set. 2017.

GUERRA, Andréa Máris Campos. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Psychê**, v. 9, n. 15, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/307/30715910.pdf>> . Acesso em 06 de Set. 2017.

NETO, João Leite Ferreira. O desempenho do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicologia Ciência e Profissão**. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2820/282021782013/>>. Acesso em 07 de Set. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, 2010. Disponível em<<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/743>> Acesso em 07 de Set. 2017.

VICTOR, Rita Meurer. Da viabilidade da clínica psicanalítica no ambulatório público. 2001. Tese (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e

Ciências Humanas, Programa de Pós- Graduação em Psicologia. Florianópolis, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/92371>>. Acesso em 12 de Ago. 2017.

VICTOR, Rita Meurer; AGUIAR, Fernando. A clínica psicanalítica na saúde pública: desafios e possibilidades. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 31, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n1/v31n1a05> >. Acesso em 12 de Ago. 2017.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Marcia Bucchi. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Revista Escola Enfermagem USP**, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/06>> Acesso em 12 de Nov. 2017.

PALMA, C. M. S. A clínica psicanalítica em instituições públicas de saúde. **Revista a SEPHallus**, Rio de Janeiro, vol. VI, n. 11, nov. 2010 / abr. 2011. Disponível em: <http://www.isepol.com/asephallus/numero_11/artigo_10_revista11.html> .Acesso em 03 de Out. 2017.

QUINET, Antonio. **As 4+ 1 Condições da Análise**. Zahar, 2000. Disponível em: <<file:///c:/users/magmaon/downloads/4+1%20condi%c3%a7%c3%b5es%20para%20an%c3%a1lise.pdf>>. Acesso em 10 de Set. 2017.

RAMOS, Márcia Ziebell. Para Pensar Dispositivos Analíticos na Prática da Psicologia na Saúde e Trabalho Hospitalar. **Revista Mal-estar e subjetividade** - Fortaleza - vol. XII - Nº 3-4-p.745-766-set/dez2012.Disponívelem:<<http://www.redalyc.org/html/271/27130172011/>> Acesso em 09 de Set. 2017.

RINALDI, Doris. O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. **Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, p. 7-18, 2000. Disponívelem:<http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-biblioteca/DRinaldi/Doris_Rinaldi_acolhimento_escuta_cuidado.pdf >. Acesso em 02 de Set. 2017.

SAAD, Ana Carolina Salvatore Jaen; ABBUD, Jamile Caleiro; ALMEIDA Toledo de, Mário. Transformação social singular? O psicanalista e seus (des) caminhos na saúde pública. **A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia**, v. 7, n. 2, 2016. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/viewFile/30479/21086>>. Acesso em 12 de 12 de Ago. 2017.

SILVA, Fernanda Cesa Ferreira; MICHELS, Róger de Souza; MACEDO, Mônica Medeiros Kother. Psicanálise e Saúde Pública: Construindo Possibilidades. 2015. Disponívelem:<http://meriva.pucrs.br:8080/dspace/bitstream/10923/9267/2/Psicanalise_e_Saude_Publica_construindo_possibilidades.pdf> Acesso em 02 de Ago. 2017.

MENEGHETTI, Francis Kanashiro. O que é um ensaio-teórico? **Rev. adm. contemp.** 2011, vol.15, n.2, p.320-332. Disponívelem<http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_1169.pdf> > acessado em 13 de nov.2017