

**CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ**

**ISABELA ROSA LARA  
SÁVIA CAROLINE AZARIAS**

**A ESCUTA PSICANALÍTICA NA SAÚDE PÚBLICA**

**Ribeirão Preto**

**2022**

**ISABELA ROSA LARA**  
**SÁVIA CAROLINE AZARIAS**

**A ESCUTA PSICANALÍTICA NA SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de conclusão do curso de Psicologia  
do Centro Universitário Barão de Mauá para  
obtenção do título de bacharel.

Orientadora: Dra. Graziela A. Nogueira de  
Almeida Ribeiro

**Ribeirão Preto**

**2022**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

E73

A escuta psicanalítica na saúde pública/ Isabela Rosa Lara; Sália Caroline Azarias - Ribeirão Preto, 2022.

45p.il

Trabalho de conclusão do curso de Psicologia do Centro Universitário Barão de Mauá

Orientador: Dra. Graziela A. Nogueira de Almeida Ribeiro

1. Psicanálise 2. Saúde pública 3. Psicoterapia I. Lara, Isabela Rosa II. Azarias, Sália Caroline III. Ribeiro, Graziela A. Nogueira de Almeida IV. Título

CDU 159.9

Bibliotecária Responsável: Iandra M. H. Fernandes CRB8 9878

**ISABELA ROSA LARA  
SÁVIA CAROLINE AZARIAS**

**A ESCUTA PSICANALÍTICA NA SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de conclusão do curso de Psicologia  
do Centro Universitário Barão de Mauá para  
obtenção do título de bacharel.

Data de aprovação: 06/12/2022

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Graziela A. Nogueira de Almeida Ribeiro  
Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto

---

Dra. Danubia Cristina de Paula  
Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto

---

Dra. Vanessa Cristina Machado  
Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto

**Ribeirão Preto  
2022**

Dedico este trabalho ao meu avô (em memória).  
Vô, a força para iniciar essa graduação veio de  
você.

**(Isabela)**

Dedico este trabalho à minha amada mãe (em memória), que sempre esteve ao meu lado, mas não me acompanhou fisicamente durante o curso, que me ensinou a manter a alegria diante das adversidades da vida, mas que de uma maneira nada alegre me colocou diante do SUS, do contexto institucional e da profissão que agora possuo com muito amor.

**(Sávia)**

## AGRADECIMENTOS

Chega ao fim a graduação em psicologia, que só foi possível graças à minha rede de pessoas amadas, que me deram estrutura nos últimos cinco anos.

Agradeço aos que foram meus professores, por serem inspiração.

Em especial, à minha professora, supervisora de estágio e orientadora deste trabalho Graziela, pela aposta que fez em nosso tema de pesquisa, bem como em nosso trabalho. Grazi, eu aprendi muito com você. Obrigada pela oportunidade, por tantas trocas nesse percurso e pelo seu afeto.

Às professoras que compõem a banca examinadora, Danubia e Vanessa, pela honra que foi aprender com vocês, eu descobri novos sonhos. Obrigada também por fazerem parte desse momento especial.

Àqueles com quem cruzei nos estágios que fiz, aprendi muito do que sei e mais ainda do que não sei. Obrigada às equipes, aos supervisores, aos colegas e aos usuários/pacientes.

À minha colega e amiga neste trabalho Sávia, pela sua confiança, parceria e amizade, e pela partilha do mesmo entusiasmo por essa pesquisa. Obrigada por ter acreditado que seria possível.

À Giovanna, pela amizade que construímos desde o primeiro dia na graduação. Aos meus tantos amigos, pelo nosso encontro.

À minha mãe e ao meu pai, por terem apostado em mim mesmo longe de entenderem o que eu dizia quando escolhi a psicologia, e seguirem apostando. À minha irmã, pelo seu amor incondicional.

À Nádia, por existir. À Amanda, por estar sempre ao meu lado.

Aos que me guiam hoje e sempre.

**(Isabela Rosa Lara)**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente e imensamente a Isabela, pelo carinho, parceria e sintonia no desenvolvimento desse trabalho, você e a sua valiosa dedicação e atenção foram extremamente fundamentais para esse resultado e sem dúvidas deixaram o percurso mais leve.

Agradeço também as minhas irmãs e cunhado pela amizade, dedicação, compreensão e por sempre me apoiarem ao longo da minha trajetória, obrigada por serem a minha rede de apoio todos esses anos.

Ao meu pai, que mesmo sem compreender muito bem a importância dessa profissão, me proporcionou a oportunidade de cursar essa graduação e sempre incentivou incansavelmente meus estudos, minha eterna gratidão.

Também agradeço aos meus amigos e familiares, por compreenderem nesses anos intensos de graduação os vários momentos em que estive ausente. Sou imensamente grata pela paciência e incentivo de todos. Assim como também sou grata a todos os meus amigos de curso que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo.

Agradeço a minha professora e banca Vanessa, por me apresentar temáticas fundamentais e despertar em mim sentimentos que se tornaram essenciais para que esse trabalho fosse realizado.

Ao meu então professor Felipe, que muito antes das salas de aula me mostrou nos corredores de um hospital a diferença que a psicologia pode fazer na vida de alguém, meu carinhoso e emocionado agradecimento.

Por fim, deixo um agradecimento especial a minha orientadora por aceitar conduzir esse trabalho e pela dedicação no último ano do seu escasso tempo a nós.

**(Sávia Caroline Azarias)**

“Sabedoria pode ser que seja ser mais estudado  
em gente do que em livros”  
(**Manoel de Barros**)

## RESUMO

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se a ampliação do conceito de clínica e a presença do psicólogo em uma equipe multiprofissional. Com a entrada da psicologia na saúde pública brasileira, também se abre uma nova área de atuação para a psicanálise. Objetivaram-se neste estudo realizar uma revisão integrativa da literatura científica brasileira sobre o trabalho psicanalítico nas instituições de saúde pública no Brasil e analisar como se dá o processo da escuta psicanalítica nesse contexto. A coleta de dados foi realizada por meio da busca de artigos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Index Psi Periódicos Técnico-Científicos, utilizando a combinação dos descritores: "psicanálise", "saúde pública", "psicoterapia", "instituição" e "saúde mental". A amostra final foi composta por seis artigos científicos e foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estudos em português publicados entre 2012 e 2022, realizados com adultos e segundo a abordagem freudiana. Foram encontrados 695 artigos, dos quais foram excluídos 549 pelo título, 130 após a leitura do resumo, cinco após a leitura do texto na íntegra, quatro artigos foram repetidos e um não foi encontrado. Os resultados possibilitaram a discussão sobre o acesso à psicanálise, e à sua escuta, por outras populações que não aquelas do consultório, bem como compreender, criticamente, a necessidade de suas contribuições em outros *settings*.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Saúde pública. Psicoterapia. Instituição. Saúde mental.

## ABSTRACT

Since the creation of the Sistema Único de Saúde (SUS), we have observed the expansion of concept of clinic and the presence of the psychologist in a multidisciplinary team. The entry of psychology in Brazilian public health also opens a new area of action for psychoanalysis. The objective of this study was to conduct an integrative review of the Brazilian scientific literature on psychoanalytic work in public health institutions in Brazil and analyze how the process of psychoanalytic listening takes place in this context. Data collection was performed by searching for articles in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Index Psi Periódicos Técnico-Científicos databases, using the combination of descriptors: "psychoanalysis", "public health", "psychotherapy", "institution" and "mental health". The final sample consisted of six scientific articles and the following inclusion criteria were established: studies in Portuguese published between 2012 and 2022, conducted with adults and according to the Freudian approach. We found 695 articles, of which 549 were excluded by the title, 130 after reading the abstract, five after reading the text in full, four articles were repeated and one was not found. The results allowed the discussion of access to psychoanalysis and its listening through populations other than those of the office, as well as to understand, critically, the need for their contributions in other settings.

**Keywords:** Psychoanalysis. Public health. Psychotherapy. Institution. Mental health.

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1 – Distribuição dos textos encontrados segundo as bases de dados.**

**26**

## **LISTA DE QUADROS**

- Quadro 1 – Números atribuídos aos artigos, referências bibliográficas, objetivos dos estudos e sujeitos dos estudos. 28**
- Quadro 2 – Artigos revisados, objetivos dos trabalhos psicanalíticos, locais onde foram desenvolvidos, formatos das atuações e focos dos trabalhos psicanalíticos. 30**

## **LISTA DE SIGLAS**

<b>AFR</b>	<b>Associação Fluminense de Reabilitação</b>
<b>CAPS</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial</b>
<b>CAPS-AD</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas</b>
<b>CF</b>	<b>Constituição Federal</b>
<b>MLA</b>	<b>Movimento da Luta Antimanicomial</b>
<b>MTSM</b>	<b>Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental</b>
<b>NASF</b>	<b>Núcleo de Apoio à Saúde da Família</b>
<b>PNSM</b>	<b>Política Nacional de Saúde Mental</b>
<b>PSF</b>	<b>Programa de Saúde da Família</b>
<b>RAPS</b>	<b>Rede de Atenção Psicossocial</b>
<b>RP</b>	<b>Reforma Psiquiátrica</b>
<b>SRT</b>	<b>Serviço de Residência Terapêutica</b>
<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>UBS</b>	<b>Unidade Básica de Saúde</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Psicanálise: teoria e prática .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 Saúde pública no Brasil.....</b>	<b>16</b>
<b>1.3 Trabalho psicanalítico nas instituições de saúde pública .....</b>	<b>19</b>
<b>1.4 Escuta psicanalítica no contexto da saúde pública.....</b>	<b>21</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>23</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>3.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Revisão integrativa da literatura .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Procedimentos .....</b>	<b>25</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nesta introdução teórica buscar-se-á abordar aspectos teórico-práticos levando o leitor a alcançar uma compreensão do trabalho psicanalítico de uma maneira geral. A seguir serão tratadas questões relativas à prática da saúde pública no Brasil, finalizando com a integração do trabalho psicanalítico nas instituições de saúde pública e a escuta psicanalítica nesse contexto.

### 1.1 Psicanálise: teoria e prática

A psicanálise, como teoria e prática, vem se transformando com o crescimento do número de correntes psicanalíticas e hoje se configura de forma bastante diferente da época do seu criador, Freud (ZIMERMAN, 2007). Contudo, Zimerman (2007) destaca que “as mudanças na prática clínica são algo mais lentas e tímidas, pelo menos como aparecem nas manifestações públicas dos analistas” (ZIMERMAN, 2007, p. 63), influenciadas pelo peso de uma tradição.

Zimerman (2007) divide a psicanálise em três períodos, de acordo com mudanças de paradigma: a ortodoxa, a clássica e a contemporânea. A psicanálise ortodoxa, praticada por Freud, tinha como foco a investigação dos processos psíquicos, principalmente por meio dos sonhos. O objetivo principal era a remoção dos sintomas. A duração das sessões era mais curta e as regras muito mais rígidas. Neste caso uma análise era normalmente praticada com seis sessões semanais.

A psicanálise clássica abriu um período de novas correntes psicanalíticas, diferentes da que havia sido proposta por Freud, mas, ainda assim, como forma de preservar uma identidade própria. Observava-se a existência de bastante rigor na diferenciação entre psicanálise e terapia psicanalítica. O foco passou a ser o da interpretação, junto com a identificação de ansiedades e defesas. A duração das sessões passou a ser bem mais longa, com menor rigidez nas regras, e o número de sessões foi reduzido para cinco semanais (ZIMERMAN, 2007).

Já, a psicanálise contemporânea prioriza os vínculos de amor, ódio e conhecimento que atravessam constantemente a dupla analítica, enfocando a relação transferencial entre paciente e analista. O rigor da divisa entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica começa a diminuir e o analista também se flexibiliza, ganhando um tom mais coloquial (ZIMERMAN, 2007). “A psicanálise começa a abrir as portas para outras ciências, como a lingüística, a teoria sistêmica, as neurociências, a psicofarmacologia, etologia, etc.” (ZIMERMAN, 2007, p. 64).

O leque de analisibilidade, incluindo pacientes bastante regressivos, ficou mais ampliado, sendo que o conceito de “analisibilidade” (que precipuamente leva em conta os – antecipados – aspectos de diagnóstico e prognóstico) começa a ceder lugar aos critérios de “acessibilidade” (alude, mais do que ao diagnóstico clínico, à motivação e à capacidade de o paciente permitir, ou não, um acesso ao seu inconsciente) (ZIMERMAN, 2007, p. 64).

A psicanálise contemporânea continua, então, conservando os ideais e princípios freudianos, como, por exemplo, a noção do inconsciente, mas passa a apresentar profundas transformações teóricas e técnicas que impactam inevitavelmente a prática (ZIMERMAN, 2007).

Nessa transição, partindo de Freud, em mais de um século de existência, a psicanálise vai se desenvolvendo, passando a apresentar inúmeras ramificações, que nem sempre são convergentes. No entanto, conservando-se consistente, segundo Zimerman (2007), em meio às transformações e a um estado permanente de crise, com contestações e confrontos dentro da mesma e por psicanalistas praticantes.

Entre as principais correntes psicanalíticas, surgiu em Londres, no final da década de 20, Melanie Klein e suas revolucionárias concepções. Com base em sua prática de análise com crianças muito pequenas, Klein apresentou uma mudança de enfoque da psicanálise voltando-a para as relações objetais internalizadas (ZIMERMAN, 2007), “concebeu a noção de posição – que é conceitualmente diferente de “fase evolutiva” – e descreveu as, agora clássicas, posições esquizoparanóide e a depressiva” (ZIMERMAN, 2007, p. 49).

A escola kleiniana valorizou, sobretudo, a existência de um ego primitivo já desde o nascimento, a fim de que este mobilizasse defesas arcaicas (dissociações, projeções, negação onipotente, idealização, etc.) para contra-arrestar as terríveis ansiedades primitivas advindas da – inata – pulsão de morte, isto é, da inveja primária, com as respectivas fantasias inconscientes (ZIMERMAN, 2007, p. 26).

Assim como Freud, as ideias de Klein também foram seguidas, contestadas, ampliadas e transformadas. Como seguidores, com forte raiz kleiniana, despontaram outros teóricos psicanalistas que também se destacaram, dentre eles Winnicott e Bion (ZIMERMAN, 2007).

Donald Winnicott, em 1957, separou-se publicamente de Klein quando não aceitou o seu conceito de “inveja primária” e, aos poucos, foi construindo uma obra extensa e original, por meio da qual contribuiu para a valorização do precoce vínculo real mãe-bebê no desenvolvimento emocional primitivo (ZIMERMAN, 2007). “Além dessa postulação do *holding* por parte de uma mãe “suficientemente boa”, Winnicott também criou os conceitos de “verdadeiro e de falso *self*”, os de “fenômenos, espaço e objetos transicionais”, entre tantos outros” (ZIMERMAN, 2007, p. 27).

Wilfred Bion, seguidor de Klein, também construiu uma extensa obra de contribuições originais, sendo que seus trabalhos atravessaram quatro décadas. A década de 40 foi dedicada aos estudos e prática sobre grupos, a de 50 aos psicóticos, com os quais se interessou pelos distúrbios da linguagem, pensamento, conhecimento e comunicação, a de 60 ao aprofundamento epistemológico, reconhecida como a mais rica, original e produtiva, e a de 70, por sua vez, foi marcada por uma tendência mística (ZIMERMAN, 2007).

Essas transformações e mudanças de paradigma, de acordo com Zimerman (2007), não estão nitidamente desenhadas e frequentemente se sobrepõem entre si. Por isso, é importante que o psicanalista não troque simplesmente um paradigma por outro mais atual, ou que se apegue exclusivamente a uma determinada escola que lhe serviu de base, mas que conserve e correlacione os fundamentos de cada período e construa a sua própria identidade de psicanalista, “com as vertentes de conhecimento que melhor sintonizarem com o seu modo autêntico de ser, [...] sem que haja um afastamento dos princípios essenciais do processo analítico” (ZIMERMAN, 2007, p. 28).

Zimerman (2008) ainda fala sobre possíveis novos caminhos na trajetória psicanalítica e cabe aqui destacar um deles: o enfrentamento de mudanças sociais. Segundo o autor, com a assistência médica e psicológica caminhando, cada vez mais, para as organizações privadas ou governamentais, nas quais predomina a equação custo-benefício, os psicanalistas enfrentam desafios práticos como, por exemplo, a demanda por resultados imediatos. Assim, o grande desafio torna-se o enfrentamento desses problemas sem a perda da profundidade necessária do trabalho psicanalítico.

## **1.2 Saúde pública no Brasil**

A implantação de um sistema de saúde universal no Brasil, pela Constituição de 1988, foi baseada no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS), resultado de décadas de luta do Movimento da Reforma Sanitária, é formado por uma diversidade de organizações públicas e privadas que foram estabelecidas em diferentes momentos da história (CARVALHO, 2013; PAIM *et al.*, 2011).

Durante o governo de Getúlio Vargas (1930-45) e os governos militares (1964-84) houve uma expansão do sistema de proteção social brasileiro, mas as reformas governamentais impulsionaram um sistema de saúde em sua maioria privado, burocrático e sem participação da sociedade. Contudo, com a ampla cobertura da previdência social em conjunto com um mercado de saúde privado, ocorreu uma crise no financiamento da previdência social que, em

um contexto político e econômico desfavorável, incentivou o movimento pela reforma sanitária (PAIM *et al.*, 2011).

Assim, durante a luta pela redemocratização, um amplo movimento social surgiu no país para discutir a proposta de um novo projeto (CARVALHO, 2013; PAIM *et al.*, 2011). “A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público” (PAIM *et al.*, 2011, p. 18).

O movimento cresceu, formou novas alianças políticas, e culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e determinou os fundamentos do SUS. Posteriormente, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), a reforma sanitária foi aprovada (CARVALHO, 2013).

Hoje, o sistema de saúde brasileiro tem três subsetores: o subsetor público, o subsetor privado e o subsetor de saúde suplementar (PAIM *et al.*, 2011). “Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento” (PAIM *et al.*, 2011, p. 19).

O subsistema público de saúde foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, as Leis Orgânicas da Saúde. Sendo assim, os objetivos estabelecidos do SUS são: identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde com um viés socioeconômico e; realizar ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas (CARVALHO, 2013; PAIM *et al.*, 2011).

Já as funções do SUS são: função de regulação, estabelecendo as regras para que exista; função de fiscalização e controle, que se refere à avaliação e; função de execução no SUS, ou seja, fazer as ações de saúde (CARVALHO, 2013). Posto isso, em relação às ações de saúde, “o SUS tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar” (PAIM *et al.*, 2011, p. 20).

Quanto às suas diretrizes e aos seus princípios, fundamentados na CF e na Lei 8.080/1990, é possível separá-los em aspectos técnico assistenciais e técnico gerenciais (CARVALHO, 2013):

As diretrizes e princípios tecnoassistenciais da CF e Lei 8.080 são: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica. [...] As diretrizes e

princípios tecnogerenciais da CF e Lei 8.080 são: descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único em cada esfera de governo, conjugação de recursos das três esferas de governo, organização dos serviços para evitar duplicidade, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade (CARVALHO, 2013, p. 13-15).

Com isso, a partir do processo de descentralização e com o apoio de novos programas, destaca-se a atenção primária no SUS, que tem o objetivo de oferecer acesso universal e amplo aos serviços enquanto coordena a abrangência para níveis mais complexos de cuidado, como a assistência especializada e a hospitalar. Além disso, a atenção básica busca realizar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, tendo como principal estratégia, desde 1998, o Programa de Saúde da Família (PSF) (PAIM *et al.*, 2011).

Em relação às políticas de saúde mental no SUS, estas se relacionam com a proposta da reforma sanitária e com o contexto da redemocratização, porém, com algumas singularidades. Logo, com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE; NUNES, 2018).

Trata-se de um coletivo de profissionais que se tornou um movimento social, incluindo pacientes, familiares e outros ativistas de direitos humanos. Além de buscarem a melhoria do sistema, por meio da luta contra a violência, discriminação e segregação, passaram a lutar pela extinção das instituições e concepções manicomiais, transformando-se no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (AMARANTE; NUNES, 2018).

A proposta de participação social nesse campo foi muito além do formalmente previsto na legislação do SUS, “tanto os congressos nacionais quanto os fóruns de direitos humanos e saúde mental passaram a assumir de maneira mais central a crítica ao modelo biomédico em psiquiatria e aos interesses que os orientam” (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2070). Com a busca por um novo lugar social para a loucura, construiu-se outras estratégias e dispositivos não apenas clínicos e terapêuticos, mas políticos, sociais e culturais (AMARANTE; NUNES, 2018).

Em 2001, ano em que foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, foi aprovada também a Lei da Reforma Psiquiátrica (RP), Lei 10.216/2001, redirecionando a assistência à saúde mental, com o propósito da desinstitucionalização e a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, implementando serviços territoriais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Serviço de Residência Terapêutica (SRT) para egressos de longa internação (AMARANTE; NUNES, 2018; PAIM *et al.*, 2011).

Já a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída em 2011, pela Portaria GM/MS nº 3.088, e tem como objetivos principais: a ampliação do acesso aos diferentes níveis de complexidade da atenção psicossocial; a promoção do acesso das pessoas com transtornos

mentais e com necessidades decorrentes do uso de drogas e suas famílias aos pontos de atenção e; a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território. Cabe destacar o cuidado qualificado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (AMARANTE; NUNES, 2018).

O SUS foi criado para se tornar um sistema de saúde universal e equitativo no Brasil financiado com recursos públicos. Porém, o seu financiamento não tem sido suficiente, visto que as contribuições sociais têm estado maiores que os recursos advindos de impostos dos governos federal, estadual e municipal. O sistema público está subfinanciado e não consegue assegurar recursos financeiros adequados e estáveis para cumprir as suas funções. Portanto, o maior desafio enfrentado é político (PAIM *et al.*, 2011).

Cabe dizer que a saúde pública teve grandes avanços, “saímos da indigência, do marco zero, para oferecer inúmeros cuidados de saúde individuais e coletivos, de baixa, média e alta complexidade, preventivos e curativos” (CARVALHO, 2013, p. 25). Mas, o SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento e recentemente passou a ser alvo de mudanças e retrocessos radicais, principalmente no campo da saúde mental com o resgate do modelo manicomial e o desmonte de todo o processo construído ao longo da RP brasileira (AMARANTE; NUNES, 2018).

### **1.3 Trabalho psicanalítico nas instituições de saúde pública**

Nas últimas décadas, a produção de saberes da psicologia cresceu com demandas vindas dos vários espaços do coletivo, que geralmente são institucionais. A instituição pública, como o lugar onde as relações entre os sujeitos acontecem, tornou-se objeto de estudo da psicanálise (DACORSO, 2019). Os analistas saíram dos seus consultórios e passaram a fazer parte dos espaços públicos.

A partir da criação do SUS observa-se um panorama ainda pouco definido das práticas do profissional de psicologia no sistema público, que inclui a busca por uma nova perspectiva dos processos de trabalho e a ampliação do conceito de clínica (BREZOLIN; CARNEIRO, 2022). Freud (1919/2006) já previa a tarefa de adaptar a psicanálise ao sistema público de saúde, indicando-a como uma técnica viável de ser utilizada na saúde pública.

[...] 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. [...] Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres (FREUD, 2006, p. 180).

A psicanálise inserida em instituições públicas de saúde se depara com os desafios gerais da atuação fora do consultório e com as particularidades do contexto da saúde pública, como, por exemplo, os seus protagonistas, a realidade sócio-histórica das pessoas atendidas e o objetivo institucional. Contudo, também propõe novas possibilidades de trabalho enquanto cria um novo campo de conhecimento (ROMANINI; ROSO, 2012).

A demanda institucional refere-se à necessidade e à promessa de cura, pois ela trabalha com a noção de sujeito como cidadão, cujo principal objetivo é a sua reinserção na sociedade. Enquanto isso, o trabalho psicanalítico é pautado na noção de sujeito do inconsciente (ROMANINI; ROSO, 2012), “que vise a singularidade do sujeito em questão, o que pode criar um campo de tensão com o ideal de cidadania, que possui um caráter mais universal” (RINALDI, 2015, p. 317).

Os analistas que escolhem esse caminho encontram um discurso médico, pautado na ciência, que busca atender as exigências da objetivação e da universalização, o que contribui para a exclusão da subjetividade. Por isso, a inserção da psicanálise se dá construindo um saber próprio a cada contexto e à singularidade de cada caso (RAMOS; NICOLAU, 2013).

Posto isso, “o desafio do psicanalista é transmitir a noção de singularidade da fala do sujeito aos profissionais que tendem, e que, muitas vezes, necessitam padronizar o trabalho por protocolos” (PEREIRA; COSTA, 2018, p. 335-336). Enquanto a equipe de saúde trabalha com diagnósticos, questionários, dentre outros dados verificáveis, a psicanálise trabalha com a realidade psíquica. Busca-se um saber que é construído de forma coletiva e que não é sobre o paciente, mas construído a partir da sua fala (PEREIRA; COSTA, 2018).

O desejo de saber, e não de curar, possibilita o encontro do sujeito com o seu desejo e indica a direção do tratamento. A inserção da psicanálise deve sim preservar os princípios da atenção psicossocial, mas também questiona a subjetividade desse indivíduo, “propondo um resgate da singularidade dos sujeitos num contexto em que a primazia é dada ao social, social aqui entendido como universal” (ROMANINI; ROSO, 2012, p. 355).

[...] a clínica do sujeito possibilita a atenção psicossocial, a partir da implicação do sujeito em suas próprias questões. Esta é uma das mais importantes contribuições da psicanálise ao trabalho coletivo e plural que se desenvolve nas instituições de saúde mental. Sustentar a clínica na instituição nessa perspectiva ética – que não é a da moral assistencialista, que já sabe de antemão o que é melhor para o sujeito – deve ser pensada também como uma proposta política, em um processo que pretende reconstruir as formas de assistência pública a saúde mental a partir de outros paradigmas (RINALDI, 2015, p. 318).

A noção de sujeito como cidadão implica o desejo de curar o sofrimento, enquanto a noção de sujeito do inconsciente implica o desejo de saber, a fim de lidar com as demandas pulsionais, destacando o discurso sustentado pelo analista (ROMANINI; ROSO, 2012). Assim,

nesse campo, o psicanalista “deve sustentar uma ética fundada no desejo que coloca o sujeito como eixo do trabalho clínico. [...] A psicanálise não é uma panaceia, um antídoto para os problemas da clínica institucional, muito pelo contrário, ela os deixa à mostra” (RINALDI, 2015, p. 318).

Logo, o trabalho do psicanalista na instituição pública se faz na articulação da prática com a teoria, na tentativa de oferecer uma escuta e abordagem que não olhe o doente, mas o sujeito. Entretanto, entrar para trabalhar em uma equipe multiprofissional não é o mesmo que estar inserido nela. A noção de inserção se dá com um processo de construção de um lugar para que ele, o psicanalista, possa operar (MORETTO; PRISKULNIK, 2014).

Nesse sentido, a inserção não só é importante como tem o valor de pré-requisito para o trabalho em equipe. Cabe destacar que “entrada” não é “inserção”, pois fala-se aqui de algo que vai para além do fato do contrato, que viabiliza também a criação de uma relação transferencial com a equipe (MORETTO; PRISKULNIK, 2014; PEREIRA; COSTA, 2018). “Destarte, diferente dos demais membros da equipe, é somente pela posição que lhe é dado pela transferência que o psicanalista pode exercer seu trabalho” (PEREIRA; COSTA, 2018, p. 334).

Por isso, esse lugar dependerá muito mais do ato do analista frente às demandas do que de um contrato. Ou seja, não é uma condição que lhe é dada. O seu trabalho interdisciplinar acontece com a sustentação do seu discurso, sendo a inserção uma consequência (MORETTO; PRISKULNIK, 2014; PEREIRA; COSTA, 2018). “É da responsabilidade do psicanalista a transmissão do saber que ali se constrói, a partir do seu trabalho com pacientes e equipe, [...] porque o fato de esta clínica ocorrer na instituição de saúde produz consequências tanto para a clínica quanto para a própria instituição” (MORETTO; PRISKULNIK, 2014, p. 288).

Pode-se pensar, assim, o trabalho psicanalítico nesse contexto enquanto um lugar onde cabe um fazer diferente: “o de possibilitar o pronunciamento do sujeito do inconsciente através da palavra, oferecendo-lhe a escuta e permitindo que apareça aquilo que é da subjetividade” (RAMOS; NICOLAU, 2013, p. 811). A psicanálise marca uma diferença na abordagem do sintoma, que para o sujeito não é apenas um sofrimento a ser eliminado. Assim, os pacientes nas instituições públicas são sujeitos com todas as implicações que a psicanálise sustenta (BREZOLIN; CARNEIRO, 2022).

#### **1.4 Escuta psicanalítica no contexto da saúde pública**

Nessa esfera de considerações abordadas anteriormente, a definição da prática psicanalítica pode ser localizada na especificidade da escuta analítica do sujeito, dividido em

seu desejo e nos movimentos do inconsciente, que dependem de aberturas, que não são dadas *a priori* e nem com garantias, para que o trabalho aconteça (BREZOLIN; CARNEIRO, 2022). A psicanálise trabalha com um sujeito que é desejante e que deve se implicar com o sofrimento do qual se queixa (BONFIM, 2019). “Uma escuta e uma forma de abordar o paciente balizada pela ética da psicanálise não olha o doente, mas o sujeito além da doença, o particular” (BONFIM, 2019, p. 5).

A concepção de sintoma pode ser o articulador que orienta essa escuta, tanto na relação direta com os pacientes como na inserção de trabalho em uma equipe multiprofissional. A perspectiva assistencialista foca na eliminação do sintoma, desconsiderando que este tem a sua importância para o sujeito e visando a sua normalização, em um caráter adaptativo à conformidade social (BREZOLIN; CARNEIRO, 2022). Em tensão a isso, “o desafio da psicanálise é a sustentação do que é singular, é estar atenta a não cair no risco de contaminar as demandas de saúde mental com perspectivas totalizantes e adaptativas” (BREZOLIN; CARNEIRO, 2022, p. 7).

Poderíamos recorrer, nesse sentido, a título de exemplo, às importantes linhas de abertura das contribuições de Donald Woods Winnicott para pensar no *setting* analítico em sua forma mais ampla, em sua correlação com um ambiente subjetivo de suporte ao desenvolvimento humano, considerando outras possibilidades de enquadrá-los em suas diversas nuances de tempos, ritmos e presenças, que não se reduzem à forma *standard* e padronizada (BREZOLIN; CARNEIRO, 2022, p. 6).

Na escuta psicanalítica no contexto da saúde pública “demandas são apresentadas, que por sua vez também podem ser latentes e/ou manifestas, e trabalhar a demanda é questioná-la, entendê-la; e não atender o que a comunidade demanda ou reivindica, sem reflexão ou questionamento” (STELLA, 2014, p. 61). O questionamento, resultado da escuta, “pode trazer a pulsão de vida impedindo que a pulsão de morte se instale e cumpra seu destino de destruição de homens, comunidades e objetos, por meio da perpetuação de uma vida sem sentido” (STELLA, 2014, p. 61).

Em sendo assim, a forma com a qual o analista acolhe as demandas destinadas a ele marca uma diferença fundamental em como, e se, o sujeito implicar-se-á com o seu sofrimento (BREZOLIN; CARNEIRO, 2022, p. 7). Faz-se então necessário um tempo de fala, e por sua vez de escuta, para que o paciente elabore sua própria demanda (PEREIRA; COSTA, 2018). “É preciso sustentar que há um saber que é próprio da instituição, mas há outro, que está do lado do paciente e que não pode ser desvencilhado do seu tratamento” (PEREIRA; COSTA, 2018, p. 335).

## 2 JUSTIFICATIVA

A partir da criação do SUS, observa-se a ampliação do conceito de clínica e a presença do psicólogo em uma equipe multiprofissional. Com a entrada da psicologia na saúde pública brasileira, também se abre uma nova área de atuação para a psicanálise. Torna-se importante repensar a quem a psicologia serve e onde a psicanálise pode chegar, demonstrando, assim, a necessidade de construção de um fazer que se interesse pela realidade brasileira.

Hoje, no lugar do *setting* tradicional, do consultório, há um contexto e cenários diferentes com práticas discursivas diversas. Quando se trata de um trabalho psicanalítico, influenciado pelo peso de uma tradição iniciada por Freud, surgem novas questões sobre como se dá esse saber nessa nova realidade.

Como tomar o social sem considerar que é composto por indivíduos? Como manter-se fiel aos princípios psicanalíticos ao trabalhar em condições tão diferentes da experiência original freudiana? Do que se trata o fazer da psicanálise em um campo que é coletivo e institucional? Essas são questões que nortearam este trabalho.

Enquanto uma técnica que propicia um lugar para o sujeito onde quer que ele esteja, busca-se um consenso sobre como o trabalho psicanalítico acontece nas instituições de saúde pública no Brasil, apoiado na contribuição da escuta psicanalítica para as práticas de saúde desenvolvidas nessas instituições.

Identificaram-se na literatura possibilidades na atuação desse profissional e na prática dessa escuta, como também impasses e lacunas sobre como esse trabalho acontece, justificando a necessidade de aprofundamento das análises e reflexões acerca do encontro entre psicanálise e saúde pública.

### 3 OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo geral realizar uma revisão integrativa da literatura científica brasileira sobre o trabalho psicanalítico nas instituições de saúde pública no Brasil.

Como objetivos específicos, tem-se:

- Selecionar artigos científicos, de acordo com os critérios de inclusão pré-definidos, que abordem o trabalho psicanalítico nas instituições de saúde pública no Brasil.
- Levantar, sintetizar e apresentar os principais resultados contidos nos artigos selecionados.
- Analisar como se dá o processo da escuta psicanalítica no contexto da saúde pública brasileira.

## **4 MÉTODO**

Do ponto de vista metodológico, o estudo em questão trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica utilizada como referencial para coleta e análise de dados, seguindo uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório.

### **4.1 Revisão integrativa da literatura**

A revisão integrativa da literatura, segundo Broome (2000), tem como proposta compreender profundamente um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. Caracteriza-se por uma análise ampla da literatura, pois permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase-experimental, proporcionando uma compreensão mais completa do tema. Junto a isso, também permite a combinação de dados de literatura teórica e empírica, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões para futuros estudos.

Diante disso, com rigor metodológico, a construção de uma revisão integrativa pode ter diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica de estudos incluídos em uma determinada questão. A variedade dessa amostra junto às diversas finalidades tem o potencial de aumentar a profundidade e a abrangência das conclusões desse tipo de estudo (BROOME, 2000).

Mendes, Silveira e Galvão (2008) descrevem seis etapas para a construção da revisão integrativa: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados e; 6) síntese do conhecimento. Segundo as autoras, a síntese dos resultados de pesquisas científicas relevantes facilita a incorporação de evidências e oferece acesso rápido a novos resultados que fundamentam a prática, proporcionando um saber crítico.

### **4.2 Procedimentos**

Considerando os objetivos de coleta e análise da produção nacional de artigos relacionados ao trabalho psicanalítico nas instituições de saúde pública no Brasil, e à escuta psicanalítica nesse contexto, foi realizado levantamento dos artigos na literatura por meio de busca nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Index Psi Periódicos

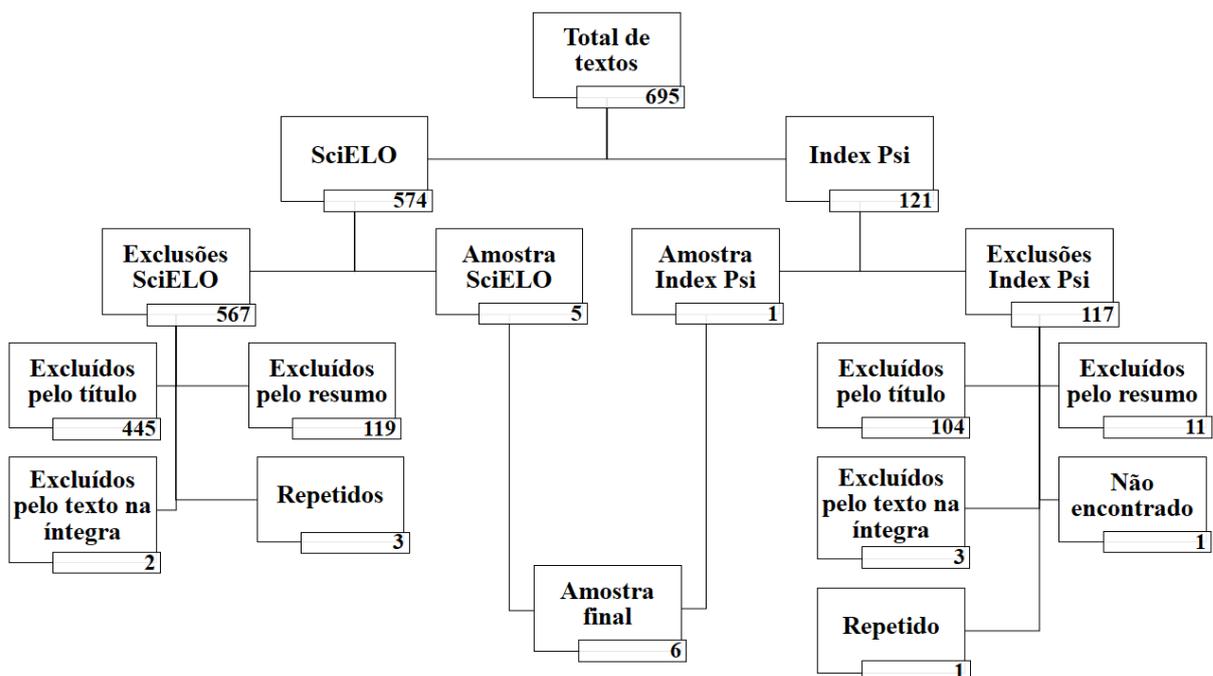
Técnico-Científicos. Foi utilizada, para a busca dos artigos, a combinação dos descritores “psicanálise”, “saúde pública”, “psicoterapia”, “instituição” e “saúde mental”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: 1) artigos publicados e indexados nas referidas bases de dados; 2) artigos publicados em português; 3) artigos publicados no período de 2012 a 2022; 4) artigos realizados com adultos e; 5) artigos a partir de abordagens freudianas. Já os critérios de exclusão foram: 1) artigos que se distanciassem do tema em questão; 2) artigos em outros idiomas que não o português; 3) artigos publicados antes de 2012 e após 2022; 4) artigos realizados com outros sujeitos que não os adultos; 5) artigos com outras abordagens teóricas que não aquelas freudianas e; 6) artigos repetidos.

Primeiramente, foram realizadas buscas com a aplicação dos filtros descritos nos critérios de inclusão e exclusão. Após, ocorreu a exclusão dos artigos repetidos e de um texto não indexado. Os artigos foram selecionados pela leitura dos títulos e, posteriormente, a partir da leitura dos resumos. Ao final desse processo, os textos foram lidos na íntegra e permaneceram apenas os estudos que respondessem às questões da pesquisa. Esse procedimento foi realizado por duas pesquisadoras, sendo que as possíveis discrepâncias foram solucionadas por uma terceira pesquisadora, no caso, a orientadora o trabalho.

Os artigos que passaram por esse processo compuseram a amostra final de seis textos, conforme ilustra a Figura 1.

**Figura 1 – Distribuição dos textos encontrados segundo as bases de dados.**



Fonte: Produção própria.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, sendo possível a síntese e a interpretação dos resultados a partir da literatura sobre o tema. Realizou-se a leitura e a análise crítica dos artigos selecionados e, conforme preconizam as diretrizes para o desenvolvimento de revisões integrativas, foram sintetizados os principais resultados dos estudos, com foco nos dados que dialogam com os objetivos desse trabalho.

## 5 RESULTADOS

Para melhor apresentação dos dados coletados na amostra final da revisão da literatura, o Quadro 1 apresenta a identificação numérica de cada texto selecionado, junto com a sua referência bibliográfica, o objetivo do estudo e o sujeito do estudo, como verifica-se abaixo:

**Quadro 1 – Números atribuídos aos artigos, referências bibliográficas, objetivos dos estudos e sujeitos dos estudos.**

Número do artigo	Referência bibliográfica	Objetivo do estudo	Sujeito do estudo
1	ROMANINI, M.; ROSO, A. Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. <b>Psicologia USP</b> , São Paulo, v. 23, n. 2, p. 343-365, 2012.	Estabelecer uma articulação entre psicanálise e instituição, propondo uma reflexão teórica sobre as possibilidades de trabalho com grupos nas instituições a partir de princípios psicanalíticos.	Usuários de Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD).
2	MORETTO, M. L. T.; PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. <b>Tempo Psicanalítico</b> , Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 287-298, 2014.	Apresentar e discutir a noção de inserção do psicanalista na equipe de saúde como um processo e, ao mesmo tempo, um pré-requisito para que se transmita psicanálise.	Equipe de saúde.
3	RINALDI, D. L. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. <b>Ciência &amp; Saúde Coletiva</b> , Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 315-323, 2015.	Discutir questões da prática clínica em instituições públicas de saúde mental, seus impasses e condições de possibilidades.	Equipe multidisciplinar e usuários de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
4	PEREIRA, L. R.; COSTA, A. M. M. Os impasses e possibilidades da clínica psicanalítica em uma instituição oncológica. <b>Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental</b> , São Paulo, v. 21, n. 2, p. 331-345, 2018.	Pensar os impasses e as possibilidades da clínica psicanalítica na instituição, a partir de uma experiência em um hospital oncológico.	Equipe multidisciplinar e pacientes de hospital oncológico.
5	BONFIM, F. Psicanálise e reabilitação física. <b>Psicologia: Ciência e Profissão</b> , Brasília, v. 39, p. 1-11, 2019.	Apresentar considerações sobre a práxis do psicanalista numa instituição de reabilitação física.	Pacientes da Associação Fluminense de Reabilitação (AFR).
6	BREZOLIN, R.; CARNEIRO, N. G. Contribuições da abordagem psicanalítica nas práticas em saúde no núcleo ampliado de saúde da família (Nasf). <b>Psicologia: Ciência e Profissão</b> , Brasília, v. 42, p. 1-14, 2022.	Refletir sobre como a psicanálise pode contribuir para as práticas de saúde desenvolvidas no trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).	Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e equipes básicas de Saúde da Família.

Fonte: Produção própria.

Dos artigos selecionados, em relação aos objetivos, nota-se que eles buscam apresentar o encontro entre a psicanálise e as instituições públicas de saúde, propondo uma

intersecção entre esses dois campos de conhecimento. Um estudo (artigo 1) procura estabelecer essa articulação propondo uma reflexão teórica sobre as possibilidades de trabalho com grupos nas instituições, a partir da psicanálise. Outro estudo (artigo 2) propõe discutir, mais especificamente, a noção de inserção do psicanalista na equipe de saúde. Já dois textos (artigos 3 e 4) têm como objetivo discutir os impasses e as possibilidades da clínica psicanalítica na instituição, o primeiro em um CAPS e o segundo em um hospital oncológico. Por último, outro texto (artigo 5) objetiva apresentar algumas considerações sobre a prática do psicanalista numa instituição de reabilitação física, enquanto outro busca refletir sobre como a psicanálise pode contribuir para as práticas de saúde no NASF (artigo 6).

Os sujeitos incluídos nos estudos referem-se a equipes de saúde e usuários/pacientes. Observa-se em dois textos como sujeito do estudo apenas o usuário/paciente da instituição (artigos 1 e 5). Sobre esses, um trabalho trata-se de usuários de CAPS-AD (artigo 1) enquanto o outro de pacientes de instituição de reabilitação física (artigo 5). Além disso, há dois textos que abrangem tanto equipes quanto usuários/pacientes, sendo um referente a equipe multidisciplinar e usuários de CAPS (artigo 3) e outro a equipe multidisciplinar e pacientes de hospital oncológico (artigo 4). Outros quatro textos trazem a equipe de saúde como sujeito do trabalho (artigos 2, 3, 4 e 6), entre os quais três destes especificam a equipe: equipe multidisciplinar de CAPS (artigo 3), equipe multidisciplinar de hospital oncológico (artigo 4) e equipe do NASF junto a equipes básicas de Saúde da Família (artigo 6).

Já, para melhor apresentar os principais resultados encontrados, o Quadro 2 mostra uma síntese descritiva do trabalho psicanalítico nos textos revisados, descrevendo os objetivos dos trabalhos psicanalíticos, os locais onde foram desenvolvidos, os formatos das atuações e os focos desses mesmos trabalhos em cada artigo.

**Quadro 2 – Artigos revisados, objetivos dos trabalhos psicanalíticos, locais onde foram desenvolvidos, formatos das atuações e focos dos trabalhos psicanalíticos (continua)**

<b>Número do artigo</b>	<b>Objetivo do trabalho psicanalítico</b>	<b>Local</b>	<b>Formato</b>	<b>Foco do trabalho psicanalítico</b>
1	Proporcionar a articulação entre as demandas institucionais e a lógica de uma clínica do desejo, a partir do dispositivo do grupo, abrindo para a subjetividade.	Instituição de saúde mental – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD).	Grupal.	A psicanálise opera na inclusão da droga na subjetividade do sujeito, por meio da intervenção grupal, em que o “ser drogado” e “saber sobre a droga”, na fala dos participantes, dão lugar para as singularidades de cada um. Procura-se trabalhar de duas formas: 1. Identificando o sujeito ao seu sofrimento e; 2. Identificando o funcionamento das relações entre os profissionais. Além disso, busca-se trabalhar com o sujeito a ressignificação da sua existência, bem como a ressignificação do analista na instituição.
2	Possibilitar a realização de um trabalho com o paciente e com a própria equipe, podendo promover, como consequência, o trabalho em equipe na instituição.	Instituição de saúde.	Individual.	A inserção do analista na equipe relaciona-se com a demanda que lhe é dirigida e como ele responde a esta, o que depende da relação que a equipe estabelece com a subjetividade dos pacientes e como lida com a sua própria. Quando se exclui a subjetividade, o profissional acaba realizando um trabalho isolado. A possibilidade de inserção relaciona-se com a demanda da equipe de “querer saber sobre isso”, enquanto a inserção propriamente dita tem a ver com o ato do analista frente a esta demanda.
3	Pensar a clínica como uma micropolítica do desejo, acompanhando o sujeito em seu trabalho subjetivo.	Instituição de saúde mental – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).	Em equipe e individual.	Os fragmentos clínicos apresentados ensinam que na clínica institucional os saberes da equipe são constantemente questionados pelo que vem do real. A psicanálise insere-se nesse vazio trazendo o saber inconsciente, que está no sujeito. O psicanalista opera a partir de uma ética que coloca o sujeito e seu desejo como eixo do trabalho, sendo no trabalho em equipe que essa ética pode ser sustentada como uma política, favorecendo novos discursos. Assim, a clínica do sujeito contribui para a reflexão sobre a política pública para a saúde mental.
4	Transmitir algo da singularidade do sujeito à equipe, incluindo-a no tratamento.	Instituição de saúde – hospital oncológico.	Em equipe e individual.	O desafio do psicanalista é transmitir a noção de singularidade da fala do sujeito aos profissionais que tendem e que, muitas vezes, necessitam padronizar o trabalho por protocolos. Isso é sustentado por um eixo ético, que também é teórico-clínico. Duas vinhetas clínicas ensinam que a conduta clínica na instituição é individual e também coletiva, além de ser sem garantias. Logo, para que o psicanalista ocupe seu lugar e exerça sua função, é necessário um trabalho de manejo das demandas que lhe são direcionadas, tendo sempre como referência o desejo do sujeito.

**Quadro 2 – Artigos revisados, objetivos dos trabalhos psicanalíticos, locais onde foram desenvolvidos, formatos das atuações e focos dos trabalhos psicanalíticos (conclusão)**

<b>Número do artigo</b>	<b>Objetivo do trabalho psicanalítico</b>	<b>Local</b>	<b>Formato</b>	<b>Foco do trabalho psicanalítico</b>
5	Favorecer o processo de elaboração das perdas e conferir uma escuta e uma forma de abordar o paciente que não olhe o doente, mas o sujeito.	Instituição de reabilitação física.	Individual.	Para que o trabalho analítico seja possível, é necessário que ao longo dos atendimentos o paciente possa fazer uma demanda de tratamento em seu nome, ou seja, que formule uma questão para além da sua doença. Isso implica em um esboço de subjetividade, sendo o sujeito relançado como desejante, responsável em seu processo de reabilitação. Além disso, o trabalho traz o psicanalista junto à equipe como necessário do início ao fim do processo de reabilitação, desde o luto à saída da instituição.
6	Construir com sua diferença, no caso a caso, a partir das diferentes noções de sintoma entre o discurso médico e o psicanalítico.	Instituição de saúde – Unidade Básica de Saúde (UBS).	Em equipe.	A psicanálise propõe um resgate do sintoma como construções próprias do sujeito, que responde a algo que não pôde ser elaborado de outra forma, apontando para o sujeito do inconsciente. A função do analista não é impor essa sua visão, muito menos acatar a médico-científica ou outra, e sim estar presente para a escuta da singularidade e transmissão da fala do sujeito. Junto a isso, a ação do psicanalista também abrange sustentar essa posição nas discussões em equipe, como um norte do seu trabalho.

**Fonte: Produção própria.**

Os objetivos dos trabalhos psicanalíticos da amostra final revisada propõem a prática da psicanálise na instituição, mas cada um à sua maneira. Quatro textos objetivam a abertura para a subjetividade (artigos 1, 3, 4 e 5), assim como a sua transmissão, sendo que, entre eles, dois textos também abordam a questão do desejo em seus objetivos (artigos 1 e 3). Outro estudo tem como objetivo promover o trabalho em equipe como consequência do trabalho realizado com o paciente e com a equipe multiprofissional (artigo 2), enquanto outro estudo busca a construção do trabalho a partir das diferentes noções de sintoma entre o discurso médico e o psicanalítico (artigo 6).

Em relação ao local onde foram desenvolvidos, quatro estudos foram realizados em instituições de saúde geral (artigos 2, 4, 5 e 6), enquanto outros dois em instituições de saúde mental (artigos 1 e 3). Sobre os trabalhos ocorridos em instituição de saúde geral, três deles especificam a instituição: hospital oncológico (artigo 4), instituição de reabilitação física (artigo 5) e UBS (artigo 6). Quanto aos trabalhos que aconteceram em instituição de saúde mental, um estudo refere-se a um CAPS (artigo 3) e o outro a um CAPS-AD (artigo 1).

Referente ao formato das atuações, quatro textos trazem o trabalho do psicanalista em grupos (artigos 1, 3, 4 e 6), mais especificamente em equipes multidisciplinares (artigos 3, 4 e 6) ou por meio de um dispositivo de tratamento grupal (artigo 1), enquanto outros dois abordam a atuação de forma individual (artigos 2 e 5). Entre os estudos que falam sobre o trabalho psicanalítico em grupos, dois deles também apresentam a atuação individual do psicanalista (artigos 3 e 4).

Quanto aos focos dos trabalhos psicanalíticos, os estudos descrevem as experiências dos psicanalistas articulando a psicanálise com a instituição em questão sendo que, a partir de uma leitura detalhada, observou-se uma diversidade de focos de trabalho sendo descritos e discutidos, como pode ser visto na última coluna do Quadro 2.

## 6 DISCUSSÃO

A partir da descrição dos resultados encontrados na amostra final da revisão, Quadros 1 e 2, percebe-se a busca pelo desenvolvimento de um trabalho tanto clínico quanto institucional, articulando essas duas dimensões. Os objetivos dos estudos conjuntamente com o que há de comum nos objetivos dos trabalhos psicanalíticos ressaltam a articulação dos princípios psicanalíticos com a instituição pública como um norte do trabalho na instituição, baseado em experiências vividas por psicólogos de orientação psicanalítica ou psicanalistas.

A articulação da clínica psicanalítica com o viés institucional como um resultado de trabalho possível corrobora o que Freud (2006) disse quando previu que, em algum momento, o Estado traria o tratamento gratuito das neuroses para a saúde pública, defendendo que “o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia” (FREUD, 2006, p. 180).

Nos resultados dos artigos selecionados, descritos no Quadro 2, constata-se o trabalho psicanalítico sendo realizado dentro dos princípios freudianos, com a profundidade e a técnica pedidas, bem como Freud apontara ser possível e necessário: “Qualquer que seja a forma que essa 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” (FREUD, 2006, p. 180). Mas, ressalta-se que isso não acontece sem a flexibilidade que a realidade brasileira pede, algo que o autor também já esperava: “Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições” (FREUD, 2006, p. 180).

Quando Freud (2006) falou sobre o futuro da psicanálise e deu uma visão geral das novas direções de progresso na terapia psicanalítica, disse que a população geral, em especial o pobre, também pode se beneficiar do tratamento psicanalítico tanto quanto o rico que frequenta o consultório. Mas, ele mencionou que descobrir-se-á que “os pobres estão ainda menos prontos para partilhar as suas neuroses, do que os ricos, porque a vida dura que os espera após a recuperação não lhes oferece atrativos, e a doença dá-lhes um direito a mais à ajuda social” (FREUD, 2006, p. 180). Isso porque, sabendo que retornará ao mundo real, não consegue se implicar em seu tratamento com uma mente que está presa na sobrevivência.

Para essa questão, o autor sugeriu na sequência: “Muitas vezes, talvez, só poderemos conseguir alguma coisa combinando a assistência mental com certo apoio material” (FREUD, 2006, p. 180). Aqui, pode-se entender como apoio material as relações e os recursos referentes aos aspectos físicos e sociais do sujeito, ou seja, o aspecto biossocial, enquanto,

associado a ele, a psicanálise contribui com o aspecto psicológico, constituindo o olhar biopsicossocial. O modelo biopsicossocial é um amplo conceito de saúde necessário para a transformação cultural, que exige uma visão sistêmica do indivíduo e, por conseguinte, uma visão sistêmica de saúde (CAPRA, 1982).

Assim, para que o trabalho psicanalítico, por meio da saúde pública, alcance a população geral é preciso que ele seja partilhado em uma equipe multiprofissional, conjuntamente a um trabalho em rede ou intersetorial, com outros serviços e instâncias políticas e sociais, para que, conforme disse Freud (2006), o sujeito receba recursos físicos e sociais e não fique preso à luta pela sobrevivência. Logo, a psicanálise, articulada com os conceitos do SUS, abre espaço para a escuta de aspectos inconscientes a fim de que, a partir desse lugar, o sujeito possa implicar-se no seu sofrimento.

Nesse cenário, o redirecionamento da assistência nos dispositivos de cuidados redimensionou todo o trabalho clínico. De acordo com Figueiredo (2010), o psicólogo redireciona o seu trabalho para novos dispositivos de consulta e de convivência das novas políticas do SUS, e o exercício da sua prática passa a acontecer com outros profissionais, em uma equipe multidisciplinar, seja no próprio atendimento ou nas discussões em equipe. Logo, para a operação desse trabalho, o psicanalista faz circular o saber que advém do sujeito em conjunto com a construção do caso, que se dá a partir da fala desse sujeito e não dos saberes multiprofissionais sobre o mesmo.

Junto ao trabalho partilhado em equipe, soma-se a abertura para outros serviços e dispositivos além da saúde, em um trabalho intersetorial com a educação, a assistência social, o direito civil e jurídico, a cultura e o lazer. Com as novas articulações, ainda é preciso avaliar cada caso e tomar decisões partilhadas com esses outros setores (FIGUEIREDO, 2010, 2019). “É importante notar que os usuários ou pacientes circulam das maneiras mais diversas e singulares entre os diferentes serviços e dispositivos, e se desconhecemos esse movimento, ficamos alheios a isso, perdemos nosso trabalho” (FIGUEIREDO, 2010, p. 15).

A psicanálise, então, contribui na ampliação da construção do caso em equipe e promove a sua circulação intersetorial, como meio de combinar recursos psíquicos, físicos e sociais, sendo o trabalho partilhado e em rede uma condição para que o trabalho psicanalítico possa acontecer e trazer seus efeitos ao sujeito (FIGUEIREDO, 2010, 2019; FREUD, 2006).

Dessa forma, é possível confirmar e consolidar os objetivos dos trabalhos psicanalíticos dos artigos selecionados na amostra, de acordo com o que Freud havia previsto, dizendo que a melhor forma da psicanálise alcançar a população geral é por meio das instituições públicas, onde encontra-se o trabalho em equipe e em rede. Ou seja, por meio do

trabalho clínico e institucional. Do contrário, o cenário representaria um consultório gratuito tratando pacientes que não se implicariam em seus tratamentos, pois da porta para fora voltariam para as suas mazelas sociais.

Destaca-se também que o que foi exposto até aqui só se faz possível a partir de uma psicanálise que não se enrijeça e se proponha a atualizar-se na direção da realidade brasileira atual, conjuntamente a uma política que trabalhe para a saúde pública sendo dever do estado e direito de todo cidadão. Trata-se, assim, de uma via de mão dupla, ou seja, para que a psicanálise possa caminhar e atuar com base nos princípios psicanalíticos em novas condições, a política da saúde pública também deve se adaptar, como vem fazendo desde o surgimento do SUS e a passagem da clínica tradicional para a clínica ampliada (BEZERRA, 2009).

Assim, a clínica psicanalítica possibilita a clínica ampliada em saúde e na atenção psicossocial a partir da implicação do sujeito em suas próprias questões. Segundo Rinaldi (2015), essa é uma das mais importantes contribuições da psicanálise ao trabalho coletivo nas instituições e deve ser pensada como uma proposta política, pois pretende reconstruir as formas de assistência pública a partir de um novo paradigma.

Nessa micropolítica, deve-se refletir sobre os efeitos da clínica do sujeito na organização dos serviços e nas articulações intersetoriais, assim como nas propostas políticas de saúde vindas dessa direção ético-política. Contudo, atualmente a atenção se volta para a forma como essa política vem sendo implementada, em contradição com os próprios princípios norteadores das reformas, especialmente no campo da saúde mental. Assim, da micro à macropolítica, o momento atual impõe retrocessos em relação a algumas conquistas que pareciam já consolidadas (RINALDI, 2015).

Por mais de trinta anos, o modelo de cuidado em saúde mental avançou lenta, mas ininterruptamente. Porém, a atenção psicossocial no Brasil vive hoje uma crise sem precedentes na sua história. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) avaliaram os retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) no período de 2016 a 2019, com base em estudo das normativas emanadas pelo governo federal e documentos de caráter público, que compõem um conjunto de “reorientações” políticas, além do estudo dos dados do Ministério da Saúde relativos à RAPS.

A análise dos dados demonstra o incentivo à internação psiquiátrica e ao financiamento de comunidades terapêuticas, além da tendência de estagnação do ritmo de implantação de serviços de base comunitária (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

O debate sobre o modelo assistencial é legítimo, e deve ser realizado em busca dos melhores caminhos para enfrentar os enormes desafios da atenção psicossocial em um país de 210 milhões de habitantes, com as iniquidades socioeconômicas que o

caracterizam. Mas a imposição pela força do retorno ao paradigma manicomial só pode ser entendida como efeito da situação política anômala que o país vive desde a ruptura institucional de 2016. [...] As mudanças propostas não se sustentam em fundamentação e argumentação teórico-científica (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 15).

Enquanto há a busca por novas contribuições e avanços para-além das reformas, como no caso desta revisão, hoje ainda tem que se olhar para trás para falar de novos retrocessos. Nesse contexto, espera-se que o longo e trabalhoso percurso da RP brasileira forneça as estratégias de resistência ao desmonte da RAPS, que ainda está em andamento (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Posto isso, com a entrada da psicologia na saúde pública brasileira a partir das reformas, há um contexto e cenários diferentes, com práticas discursivas diversas, “desde as que privilegiam a reabilitação psicossocial e o resgate dos direitos de cidadania dos usuários, ponto de partida da própria reforma, até aquelas que tomam como eixo a clínica de cada sujeito em sua singularidade, esta última de inspiração psicanalítica” (RINALDI, 2015, p. 316).

Bezerra (2009) divide didaticamente os modelos de ações e cuidados na saúde pública e estabelece três tipos de clínica: a clínica tradicional, antes das reformas na saúde e centralizada no saber biomédico; a clínica ampliada, pós reformas e com ênfase em um sujeito que é biológico, social e político e; a clínica psicanalítica, que agrega a clínica ampliada, porém, de forma crítica.

A autora destaca que apesar da clínica ampliada ter avançado quanto ao olhar biopsicossocial, verifica-se que essa ampliação deixa, na verdade, a dimensão da clínica em segundo plano, “isto porque há um sujeito singular que sofre e nem sempre está implicado em fazer parte do laço social” (BEZERRA, 2009, p. 57). Com isso, a clínica psicanalítica passa a contribuir para a clínica ampliada do SUS porque ajuda o sujeito a se comprometer com a sua reinserção social. Este sujeito que se implica é o sujeito do inconsciente, já excluído na clínica tradicional e que continua excluído na clínica ampliada, mas que, então, a clínica psicanalítica resgata, operando com ele.

Percebe-se que as próprias mudanças na assistência que propõem colocar o usuário como protagonista de seu tratamento (PAIM *et al.*, 2011), muitas vezes desconsidera a implicação do sujeito em seu sofrimento. “No novo campo de atenção psicossocial, o que restou de clínico é dimensionado a partir de diretrizes de ressocialização e de aquisição de uma cidadania legalizada, porém não efetivada pela sociedade” (BEZERRA, 2009, p. 60). Assim, o sujeito como protagonista do seu tratamento, de acordo com os princípios do SUS, inclui a responsabilidade desse sujeito com o seu sofrimento, tornando-se um ponto cego na assistência, que não leva em conta a dimensão inconsciente (BEZERRA, 2009).

Desse modo, assim como as experiências dos psicanalistas dos artigos selecionados demonstram, o sujeito cidadão e o sujeito do inconsciente se articulam, bem como política e clínica não são e nem poderiam ser excludentes entre si. “É neste sentido que verificamos a articulação ou continuidade entre a clínica e a política, entendendo que a psicanálise não é uma prática isenta das questões do social ou do coletivo” (BEZERRA, 2009, p. 62).

Logo, os focos dos trabalhos psicanalíticos, descritos no Quadro 2, apontam que o objetivo e a demanda institucional, que se referem ao olhar para o sujeito cidadão e sua reinserção social por meio da clínica ampliada, divergem do objetivo do trabalho psicanalítico, referente ao olhar para o sujeito do inconsciente e sua subjetividade. Porém, isso se dá sem se contraporem, mas sim ampliando olhares e agregando discursos, corroborando os autores já citados.

Constata-se, então, que a psicanálise não quer substituir o atual modelo, mas construir com sua diferença. Um trabalho psicanalítico bem feito auxilia para que a equipe multiprofissional e a instituição pública também alcancem seus objetivos (BEZERRA, 2009; FIGUEIREDO, 2019; RINALDI, 2015).

Diante disso, é na prática cotidiana que se observa essa articulação, a partir da singularidade de cada caso, como também é no dia a dia que as dificuldades se apresentam. De um lado, estão os impasses que atravessam todo trabalho clínico, e de outro, pelo viés institucional, estão as normas de caráter universal que podem engessar condutas, correndo-se o risco de reprodução de antigas práticas, como um discurso médico pautado ainda no modelo biomédico (RINALDI, 2015).

O psicanalista não consegue exercer o seu papel institucional, contribuindo para a clínica ampliada, quando o modelo biomédico ainda persiste, fato que pode ser observado nos textos da amostra final, visto que mostram a prática do psicólogo frequentemente se chocando com esse antigo discurso. Assim, ainda há a reprodução de tal modelo, que reduz o sujeito a um diagnóstico sem a escuta do que os seus sinais e sintomas lhe dizem, para que então ele mesmo possa nomear o que está por trás desse sintoma, dando voz à sua singularidade (CAPRA, 1982).

Nesse contexto, o psicanalista tem uma atuação fundamental também, pois a equipe, sem se dar conta, pode acabar reproduzindo esse modelo diagnóstico e reducionista. Por isso, é importante que se escute o que está por trás do diagnóstico e que isso seja levado para dentro das equipes. “Para fazer um trabalho clínico isolado não é necessário estar na instituição. O fato de estar na instituição traz especificidades ao trabalho do analista que nela opera. [...] Não temos outra saída a não ser sustentar o nosso discurso” (MORETTO; PRISZKULNIK, 2014, p. 295).

Portanto, o modelo biomédico, com foco na medicalização em detrimento da valorização dos aspectos psicossociais, controla a produção de subjetividades baseado em um discurso médico hegemônico que pouco considera fatores psicológicos, sociais e políticos, tornando-se engrenagem de uma máquina obsoleta ainda existente e que fere direitos já conquistados.

Posto isso, a partir dos artigos selecionados na amostra final, pode-se dizer que os objetivos dos trabalhos psicanalíticos nas instituições trazem diversos focos de trabalho, mas que, dentre todas as suas possibilidades, são atravessados pela mesma escuta ética, dividida entre os movimentos do inconsciente e o sujeito de desejo, frente ao sintoma que não é aquele do discurso médico (BREZOLIN; CARNEIRO, 2022); respeitando então os preceitos da psicanálise.

Isso também demonstra que é possível manter-se fiel às orientações freudianas mesmo a clínica psicanalítica estando em contínua transformação. “Significativos trabalhos já vêm sendo realizados discutindo a viabilidade da psicanálise em contextos institucionais, diferentes da criação original do método. Esses estudos apontam diversos dispositivos clínicos que são pertinentes à atuação da psicanálise nas instituições” (ROMANINI; ROSO, 2012, p. 355).

Porém, diante dessa diversidade de focos nas experiências descritas, apresentados no Quadro 2, nota-se que não há um consenso sobre como se dá o passo a passo da construção desse trabalho, talvez porque a psicanálise, inserida nesse novo contexto, vive um processo de atualização, demonstrando o seu desenvolvimento constante e permanente. Como dito por Zimmerman (2007), essas transformações junto a uma possível mudança de paradigma não estão nitidamente desenhadas e frequentemente se misturam aos outros períodos.

Pode-se pensar, em uma relação na qual a psicanálise enriquece o trabalho nas instituições, enquanto estas ao mesmo tempo em que questionam o saber da psicanálise também desafiam e estimulam os psicanalistas a criar novas práticas, visto que tanto o trabalho psicanalítico quanto a instituição visam a reinserção no laço social, mesmo que por meios e princípios distintos (ROMANINI; ROSO, 2012).

Assim, a partir da descrição dos principais resultados, percebe-se que, por meio da prática na instituição, o psicanalista é convocado cotidianamente a construir novos dispositivos clínicos, e que, dessa forma, cada profissional a partir da sua experiência criou o seu próprio dispositivo de tratamento. Esses dispositivos não se apresentam como modelos, ou seja, não são generalizáveis, mas convidam à reflexão e à análise da possibilidade de suas aplicações a cada caso.

Em diversos locais do SUS, da saúde física à saúde mental, e em diferentes níveis de atenção, da primária à terciária, os psicólogos de orientação psicanalítica ou psicanalistas descreveram como estão praticando a psicanálise nas instituições públicas de saúde no Brasil (Quadro 2), sendo possível perceber que a construção do saber se dá a partir da prática, com embasamento teórico, e para a prática, com sua posteriormente conceituação.

Percebe-se, desde a psicanálise ortodoxa, passando pela clássica, até a contemporânea, que o foco principal do trabalho psicanalítico associado à duração e ao número das sessões semanais, junto à rigidez de suas regras, foi se transformando a cada mudança de paradigma (ZIMERMAN, 2007). Hoje, com a necessidade de suas contribuições em outros *settings*, busca-se uma psicanálise que seja flexível, menos rígida, mas não com menos profundidade e técnica.

Freud (2006) alertou sobre essa necessidade quando disse: “Não tenho dúvidas de que a validade das nossas hipóteses psicológicas causará boa impressão também sobre as pessoas pouco instruídas, mas precisaremos buscar as formas mais simples e mais facilmente inteligíveis de expressar as nossas doutrinas teóricas” (FREUD, 2006, p. 181). Nesse cenário, ele mencionou: “É muito provável, também, que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta” (FREUD, 2006, p. 181).

À vista disso, o presente trabalho propõe, a partir da revisão integrativa da literatura científica realizada, a utilização das “consultas terapêuticas” no SUS como um dispositivo clínico-institucional. Trata-se de uma técnica, segundo Lins (2006), em que a clínica de Winnicott apresenta-se em toda a sua especificidade, sobre a qual fica evidente que “se trata da aplicação de um novo referencial psicanalítico em relação ao padrão clássico vigente” (LINS, 2006, p. 113), como uma forma de corresponder às demandas atuais.

Mesmo considerando que não se trata de psicanálise no sentido estrito da prática mais corrente, Winnicott defende, com insistência, que a preparação para a realização desse trabalho requer do terapeuta uma formação analítica, que inclui não só a análise pessoal mas, igualmente, a experiência de conduzir tratamentos psicanalíticos prolongados (LINS, 2006, p. 113).

Winnicott compara a relação do terapeuta com o paciente às primeiras relações da mãe com seu bebê, dizendo que existe uma expectativa do bebê (paciente) e uma resposta consoante da mãe (terapeuta). Com isso, ele destacou a importância do comportamento adaptativo da mãe às necessidades do bebê, destacando que a transferência nessa clínica se dá nesse modelo de sustentação e manejo (LINS, 2006). “Nas consultas terapêuticas, se o terapeuta oferece um *setting* profissional (uma forma de sustentação), o paciente gradualmente

surpreende com a produção de ideais e sentimentos não integrados anteriormente à sua personalidade total” (LINS, 2006, p. 114).

A prática das consultas ressalta o valor inestimável de uma modalidade de atendimento breve, particularmente útil nos casos em que o terapeuta não pode ignorar as condições socioeconômicas de seus clientes. Winnicott mostrou-se sensível ao valor social desta prática e assinalou, em particular, a importância da consideração das condições socioeconômicas como elemento de distinção entre as consultas terapêuticas e as práticas psicanalíticas (LINS, 2006, p. 110).

Posto isso, diante das condições socioeconômicas da população brasileira e da teoria winnicottiana, a palavra flexibilidade define as consultas terapêuticas, um técnica extremamente útil às condições atuais. Para Winnicott, de acordo com Lins (2006), dada as singularidades psíquicas do terapeuta e do paciente, toda tentativa de imitar um modelo destina-se ao fracasso. Por isso, a prática das consultas, na qual o essencial é a adaptação do *setting* às necessidades do paciente, torna-se uma proposta de dispositivo de tratamento ampla e que não se reduz a uma forma padronizada.

Assim, trata-se de uma proposta teórica que pode contribuir com o campo da saúde pública, mas por não ter sido praticada nesse contexto não se sabe como seria o desenvolvimento dessa clínica nas instituições brasileiras. Porém, a utilização dessa modalidade de tratamento para todo cidadão, independentemente do número de encontros, abrangendo qualquer instituição de saúde pública no Brasil, pode apresentar avanços no trabalho psicanalítico e facilitar uma nova mudança de paradigma que se aproxima.

Este estudo, assim como a sua proposta de dispositivo clínico-institucional para o SUS, apresenta alguns limites, que são: a inclusão de artigos somente em português; a exclusão de outras abordagens que não a freudiana e; o fato das consultas terapêuticas partirem de uma revisão teórica, sem a experiência prática antes de conceituá-la. Cabe destacar, mais uma vez, que quando se questiona a clínica praticada na saúde pública não se negligencia as questões políticas implicadas no tratamento oferecido. “Discutir a clínica é justamente colocar em prática as diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica, pelo viés do sujeito” (BEZERRA, 2009, p. 64).

Por último, ressalta-se a importância da formação do psicólogo de orientação psicanalítica ou psicanalista para poder trabalhar em equipe multiprofissional e em rede intersetorial, uma vez que a sua presença tem sido solicitada em diferentes instituições e isso requer que consiga sustentar aspectos teórico-práticos nas suas intervenções, guiando-se pela ética da escuta psicanalítica.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se compreender como acontece o trabalho psicanalítico nas instituições públicas de saúde e, mais do que isso, se há um consenso sobre como esse trabalho é realizado, apoiado na contribuição da escuta psicanalítica para as práticas desenvolvidas nesse campo. Os resultados possibilitaram a discussão sobre o acesso à psicanálise, e à sua escuta, por outras populações que não aquelas do consultório, bem como compreender, criticamente, a necessidade de suas contribuições em outros *settings*.

Este estudo permitiu constatar a busca pelo desenvolvimento de um trabalho tanto clínico quanto institucional, por meio do encontro entre psicanálise e instituição, com os desafios gerais da atuação fora do consultório e com as particularidades do contexto da saúde pública, como os seus protagonistas, a realidade sócio-histórica da população geral e o objetivo institucional. Observou-se também diversos dispositivos de tratamento que foram criados a partir da experiência de psicanalistas nessas instituições.

Os resultados desta revisão corroboraram o que Freud previra, quando disse que, em algum momento, o Estado traria o tratamento gratuito das neuroses para a saúde pública, porém, ele também destacou que isso só seria possível combinando a assistência mental com o apoio material. Ou seja, é preciso que o trabalho psicanalítico seja partilhado em uma equipe multiprofissional conjuntamente a um trabalho em rede e intersetorial, para que o sujeito receba recursos físicos e sociais e não fique preso à luta pela sobrevivência.

A clínica psicanalítica, então, articulada aos conceitos do SUS, agrega criticamente a clínica ampliada a partir da implicação do sujeito em suas próprias questões. Essa é uma das mais importantes contribuições da psicanálise ao trabalho coletivo nas instituições e deve ser pensada como uma proposta política, pois pretende reconstruir as formas de assistência pública a partir de um novo paradigma. Tanto a psicanálise quanto a instituição preconizam a reinserção no laço social, ainda que por meios e princípios distintos.

Coube destacar que atualmente a atenção se volta para a forma como essa política da saúde vem sendo implementada, em contradição com os próprios princípios norteadores das reformas. Enquanto há a busca por novas contribuições e avanços, o momento atual impõe retrocessos e pede que se olhe para trás para falar de algumas conquistas que pareciam já consolidadas. Além disso, destacou-se que o psicanalista não consegue exercer o seu papel institucional quando o modelo biomédico ainda persiste, isso porque a prática do psicólogo frequentemente se choca com esse antigo discurso.

Foi possível concluir que a psicanálise deseja construir com sua diferença, auxiliando para que a equipe multiprofissional e a instituição pública de saúde também alcancem seus objetivos. Contudo, não há um consenso sobre como se dá o passo a passo da construção desse trabalho, talvez porque o trabalho psicanalítico vive um processo de atualização. Percebeu-se também que os novos dispositivos não são modelos clínicos, ou seja, não são generalizáveis, mas convidam à reflexão e à análise da possibilidade de suas aplicações no caso a caso.

Por fim, este estudo propôs a utilização das “consultas terapêuticas”, de Winnicott, como um dispositivo clínico-institucional diante da realidade brasileira. Assim, a palavra flexibilidade define as consultas, nas quais o essencial é a adaptação do *setting* às necessidades do paciente, tornando-se uma proposta de dispositivo de tratamento ampla e que não se reduz a uma forma padronizada. Com isso, ela pode abranger qualquer instituição de saúde pública no Brasil e apresentar avanços no trabalho psicanalítico, bem como facilitar uma nova mudança de paradigma.

Verificou-se que o sujeito cidadão e o sujeito do inconsciente se articulam, assim como política e clínica não são e nem poderiam ser excludentes entre si. A psicanálise não é uma prática isenta das questões do social ou do coletivo e questionar o seu saber desafia e estimula os psicanalistas a criarem novos dispositivos de tratamento, guiados pela sua escuta.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvTt4JfLvDF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2022.
- BEZERRA, D. S. A articulação moebiana entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 55-74, 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1677-74092009000200005&lng=pt&nrm=i](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-74092009000200005&lng=pt&nrm=i). Acesso em: 18 nov. 2022.
- BONFIM, F. Psicanálise e reabilitação física. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, p. 1-11, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003130355>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/r9wHcGMDGvqwcXmw7QNMQ5P/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2022.
- BREZOLIN, R.; CARNEIRO, N. G. Contribuições da abordagem psicanalítica nas práticas em saúde no núcleo ampliado de saúde da família (Nasf). **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 42, p. 1-14, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003234671>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/TS5XWTmQvjXZGwSDRDx7p8J/>. Acesso em: 24 jul. 2022.
- BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. *In*: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. 2 ed. Filadélfia: W.B. Saunders Company, 2000. p. 231-250.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2022.
- CAPRA, F. O modelo biomédico. *In*: CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982. p. 103-143.
- CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2022.
- DACORSO, S. T. M. A escuta nas instituições e possíveis consequências psíquicas para o psicanalista. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 52, p. 135-146, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0100-34372019000200016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-34372019000200016). Acesso em: 24 jul. 2022.
- FIGUEIREDO, A. C. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 19, n. 44, p. 78-87, 2019.

Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2019000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2019000100009). Acesso em: 18 nov. 2022.

FIGUEIREDO, A. C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. *In*: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O (org.). **A psicanálise nas instituições públicas**: saúde mental, assistência e defesa social. Curitiba: Editora CRV, 2010. p. 11-18.

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. *In*: FREUD, S. **Uma Neurose Infantil e outros trabalhos (1917-1919)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 171-181.

LINS, M. I. A. **Consultas terapêuticas**: uma prática clínica de D. W. Winnicott. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

MORETTO, M. L. T.; PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 287-298, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382014000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007). Acesso em: 24 jul. 2022.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 11-31. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext). Acesso em: 18 nov. 2022.

PEREIRA, L. R.; COSTA, A. M. M. Os impasses e possibilidades da clínica psicanalítica em uma instituição oncológica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 331-345, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p331.7>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/tSfbnKHMvDc6fNZc3HBYRjP/?lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2022.

RAMOS, D. C.; NICOLAU, R. F. Notas sobre “um discurso sem palavras”: a psicanálise na instituição de saúde. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 13, n. 3-4, p. 797-814, 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482013000200016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482013000200016). Acesso em: 24 jul. 2022.

RINALDI, D. L. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 315-323, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.17332013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N7bBYxH8jvKXtssWpJG5Y9f/?lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2022.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 343-365, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642012005000002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/sFbL783F5WGfmL9v9vjFnph/?lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2022.

STELLA, C. Psicanálise e relações comunitárias. *In*: STELLA, C. (org.). **Psicologia Comunitária**: contribuições teóricas, encontros e experiências. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 45-62.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica**: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed, 2008.