

DESAFIOS DA PRÁTICA PSICANALÍTICA NO CAMPO DA SAÚDE¹

Bárbara Corrêa Souza Laureano²

Jane Martins³

Resumo: O objetivo desta pesquisa foi descrever os desafios que a psicanálise encontra ao ingressar nas instituições de saúde. Foi realizada uma revisão bibliográfica em artigos e livros, que desenvolviam o tema proposto nos seguintes aspectos: a história da psicanálise e a relação com a medicina, a psicanálise em intenção e extensão e os desafios que a mesma encontra na atuação no campo da saúde. As análises foram realizadas em três categorias: a relação da psicanálise com a medicina, psicanálise em extensão e os desafios e contribuições da prática psicanalítica. Os resultados encontrados indicam que há uma relação estreita entre a área médica e a psicanálise desde a época de sua fundação. Com o passar do tempo mostrou-se necessário que a clínica psicanalítica fosse inserida nos campos da saúde, e com isso surgiram diversos desafios a serem enfrentados para que se torne possível o trabalho dentro deste campo.

Palavras-chave: Psicanálise. Desafios. Instituição de saúde.

1 INTRODUÇÃO

O acesso da psicanálise em postos de saúde, ambulatórios e hospitais se deu pela conquista que a própria psicologia teve nos últimos anos, com isso novas áreas se abriram para esta ciência que se apresentava em alguns novos campos.

A psicanálise nas instituições de saúde se constitui uma área de extensão da prática psicanalítica, que deixa de estar restrita aos consultórios e passa a ocupar um lugar que antes não lhe era conferido. Com isso, o psicanalista acaba por ter que se adaptar à essas novas situações, por ter que realizar sua prática em um novo ambiente, com demandas que por vezes não requerem uma escuta analítica, e com o trabalho multidisciplinar que é um dos grandes desafios. Há, ainda, uma intolerância de outros profissionais da saúde com a entrada de psicólogos nos campos, mas principalmente da psicanálise nestas instituições, pois acreditam que a mesma não consegue atender a demanda que lhe é oferecida. Consideram que outras psicoterapias breves iriam realizar um trabalho mais rápido para suprimir os sintomas dos pacientes, como argumentam Victor e Aguiar (2011):

¹ Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Psicóloga.

² Acadêmica do curso de Psicologia. E-mail: barbaralaureano.bl@gmail.com

³ Professora orientadora. Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP). E-mail: jane.martins1007@gmail.com

Uma vez inserido no ambulatório, ou em qualquer outro campo institucional, o psicanalista tem a sua prática atingida por tais valores contemporâneos. Mas não foi sempre assim? A psicanálise, desde os seus primórdios, não enfrentou resistências, desconfianças e críticas, e sempre resistiu justamente porque seu discurso é efetivo e transformador? Isso pode ser amplamente verificado no ambulatório. Apesar de a clientela dessas instituições possuir baixo nível cultural, sérios problemas econômicos e ser atravessada pelos ideais contemporâneos de medicalização do sofrimento e por terapias breves para supressão dos sintomas, a presença do discurso analítico cria a demanda de uma escuta analítica em muitos pacientes. E é nesse fato que a psicanálise se apoia para afirmar a sua importância nos tempos atuais.

As pesquisas realizadas por Victor e Aguiar (2011), Alberti et al. (2008), Furtado (2013), Machado (2011) e Moretto (2002) acerca do assunto, têm o objetivo de explorar a atuação do psicanalista em instituições de saúde, destacando como a prática psicanalítica pode fazer a diferença nesta área. Relatam, principalmente, os desafios que o psicanalista tem nestas instituições, por serem marcadas pelo discurso médico, que exclui a singularidade do paciente e dá uma ênfase maior na doença. Onde o profissional da psicanálise é muitas vezes desconsiderado, por necessitar mais tempo e ter como base a associação livre, resgatando a subjetividade do paciente. Os profissionais da área médica presumem que a psicanálise não atenderá de maneira efetiva as demandas que lhe serão passadas, preferindo assim uma outra modalidade de psicoterapia breve que será mais curta e, no modo de ver destes profissionais, mais efetiva na eliminação do sintoma do paciente. A conclusão que os autores citados chegaram foi que a psicanálise deve conquistar seu espaço perante a área da saúde em que se destaca o discurso médico. Ela pode se adaptar sem esquivar-se de sua especificidade que é escutar o sujeito e não só seu sintoma. Pode promover uma grande mudança neste sujeito; pode contribuir para a medicina, assim como a medicina pode contribuir para a psicanálise com o trabalho multidisciplinar. Desta forma tendo como base o respeito pela fala do outro, o trabalho com os pacientes e profissionais tende a ser uma conquista para todos.

A existência de poucas pesquisas e estudos atualizados neste tema, torna importante que sejam desenvolvidas novas investigações que visem o progresso da psicanálise nessas áreas. Isto posto, pressupõem-se que esta pesquisa poderá contribuir para o meio científico com a descrição dos desafios encontrados pelos psicanalistas nas instituições de saúde.

Contribuirá, também, para a formação acadêmica da autora como psicóloga, que tem interesse profissional e pessoal nesta área, por já atuar no ramo da saúde e estar desenvolvendo seu estágio no campo ambulatorial. Podendo ainda colaborar com psicanalistas, esclarecendo que apesar de desafios a serem encontrados, é possível realizar um trabalho que irá trazer benefícios a todos os envolvidos.

Sendo assim, esta pesquisa teve como problema de pesquisa a seguinte pergunta: Quais os desafios da prática psicanalítica no campo da saúde?

Como objetivo geral, caracterizar os desafios da prática psicanalítica em relação às intervenções em instituições de saúde. E objetivos específicos: resgatar aspectos da relação da psicanálise com a medicina, pontuar as especificidades da psicanálise em extensão na área da saúde e descrever desafios técnicos, éticos e institucionais nas intervenções psicanalíticas em saúde.

1.1 HISTÓRIA DA PSICANÁLISE E SUA RELAÇÃO COM A MEDICINA.

A psicanálise surge a partir de Freud, seu fundador, que se formou em medicina e atuou nesta área, na qual se dedicou, posteriormente, a estudar junto com Charcot, um neurologista, as doenças nervosas. Direcionou seus estudos mais profundamente aos quadros histéricos que eram tratados com indiferença pelos médicos. Com este estudo, Freud começa a atender pacientes histéricas e a tratá-las com o método hipnótico, e, mais tarde, por concluir que este método não estava mais alcançando os resultados, resolveu então utilizar a fala como base para o tratamento e cura dos quadros.

Furtado (2013) relembra que Freud revolucionou o olhar médico que até então era destinado às histéricas, transformando o que era considerado hereditário, em algo muito mais complexo que estava no campo das representações e que tinha origem no inconsciente, e foi com a abordagem e tratamento de indiferença que a medicina dava a esses casos que surgiu então essa nova ciência, a psicanálise.

A psicanálise tem desde sua fundação, como padrão, a procura do inconsciente, aquilo que não é visto, mas que de alguma forma é perceptível através de sintomas, da fala, do corpo. Tem como base a associação livre que consiste em deixar seu paciente falar e escutá-lo, e também a relação transferencial que o paciente tem com seu analista. Vê-se aí a especificidade da psicanálise. “A proposta que surge com a Psicanálise resgata a dimensão da singularidade na medida em que postula a existência de um sentido particular, singular aos modos de ser e de se posicionar frente ao outro, aos modos de amar e mesmo de adoecer.” (FURTADO, 2013, p. 55).

Então, quando a psicanálise surgiu, tinha como objetivo esclarecer o inconsciente, mas, a partir das primeiras análises, Freud se deparou com a resistência dos pacientes, que como consequência, impossibilitava a análise pretendida. A partir desta situação problemática, Freud começa a analisar essa objeção. Ele apostava que uma conversa do

analista para o ego do paciente, poderia resultar num desbloqueio e na desistência desta resistência, resultando na liberação do conteúdo que estava escondido. Com isso, surgiu a transferência, o amor que o paciente sente por seu analista, que nada mais é do que uma maneira de relutância, o que Freud tomou como uma nova etapa da estrutura do inconsciente.

Realizar a psicanálise não consiste somente em analisar a resistência e a transferência do paciente para com seu analista, mas, entender a relação do paciente com o grande “Outro” (grifo nosso) que possibilita sua formação, que nada mais é onde mora sua patologia. E, é a partir desta relação que faz com que se consiga entender a estrutura que o paciente possui. Então realizar a psicanálise é justamente manusear a transferência na direção da cura (MORETTO, 2002).

A psicanálise sofreu para ser aceita pelas outras ciências da época, pois ela causou uma transformação naquilo que era tido como certo, principalmente no modelo cartesiano que acreditava no que poderia se ver e palpar, e a psicanálise não, postulava o inconsciente, que não poderia ser visto e nem tocado. Argumentava que fazemos nossas escolhas com base em nosso inconsciente e não na consciência. A medicina exclui justamente o que para a psicanálise é fundamental, a subjetividade do sujeito, onde é importante o paciente e não somente aquilo que ele traz como sintoma.

Os teóricos pós-freudianos também estabeleciam esta relação com a medicina, como Groddeck que é conhecido como o pai da psicossomática. Esta área compreende uma relação entre o psíquico e o orgânico, porém para os médicos daquela época, as doenças e seus sintomas eram somente algo biológico e que o psicológico não influenciava em nada. As doenças não podiam, então, ter um fundo psíquico. Com o surgimento da teoria psicossomática foi possível perceber a relação entre o psicológico e os sintomas que apareciam nos pacientes, desta forma assim sustentar que algumas doenças podem ser psicológicas com o aparecimento dos sintomas no corpo. Assim, foi para Freud com as histerias, enquanto os médicos pensavam em tratar somente os sintomas visíveis, o fundador da psicanálise foi mais além e definiu que a histeria tinha um lado psicológico inconsciente que deveria também ser considerado e tratado, (NASIO, 1994).

Michel Balint (1984) discorre também sobre a relação da psicanálise e da medicina, mais precisamente sobre a relação do médico, do paciente e da doença. Acreditava que há um acordo subentendido dos médicos para que encaminhem seus pacientes a diversos especialistas, sem que haja uma solução. Fazendo com que o sentimento do paciente seja de decepção para com os profissionais, pois ele fica desacreditado que seu sintoma ainda será curado. Porém, reconhecem que o sujeito tem uma necessidade de que sua doença tenha um

nome, de que tenha uma explicação para o que ele está sentindo, e que é possível curá-la, pois aquilo que é conhecido tem, então, chances de ser eliminado.

O referido autor ainda comenta que descuidar da parte psicológica e focar somente no físico, pode ser prejudicial ao paciente, causando danos que podem afetar a vida do sujeito. Além disso, declara que se o médico prestar atenção naquilo que o sujeito fala, pode conseguir diagnosticar que o mesmo precisa de uma psicoterapia, encaminhando assim ao profissional correto. Ainda reconhece que a própria formação médica, não os preparou o suficiente para lidar com um paciente que apresenta um problema psicológico, e os médicos acabam por dar conselhos, utilizando-se de uma psicologia de senso comum. O que é diferente da conduta de um profissional psicanalista, que além de escutar este sujeito, domina técnicas para diagnosticar o que o paciente está sentindo e assim ajudá-lo a se entender melhor e a superar estes sintomas, (BALINT, 1984).

O psicanalista é chamado quando o médico percebe que seu paciente demanda outro tipo de tratamento. Que existe uma diferença entre o que o sujeito demanda e o que ele realmente quer. Para Moretto (2002) é preciso que o profissional de saúde tenha uma sensibilidade para entender este pedido, o que dependendo do profissional pode ser dificultado, principalmente por ainda ter uma certa resistência com a psicanálise. Uma dificuldade de compreender que a ordem psíquica pode resultar em sintomas físicos, e por serem condicionados, durante sua formação profissional, a acreditar que a medicina pode resolver todos os sintomas que aparecem nos sujeitos.

1.2 PSICANÁLISE EM INTENÇÃO E EXTENSÃO

A pretensão de Freud, o responsável pela criação da psicanálise, sempre foi que a prática psicanalítica não ficasse retida somente nos consultórios, mas que passasse a transitar em outras áreas do saber. Com isso, seria necessário a adaptação das técnicas utilizadas mas não deixando os princípios da teoria psicanalítica. O que ocorre atualmente, pois a psicanálise é cada vez mais requisitada para atuar em áreas diferentes daquele habitual. Ela torna-se cada vez mais um motivo de curiosidade e estudos daqueles que não são de fato psicanalistas, mas sim, se interessam, com o que essa ciência é capaz de ofertar. Mas, para que a psicanálise consiga ser inserida nas instituições, há que ser levado em conta o desejo do analista, e o quanto as regras da psicanálise estão subentendidas para o mesmo. (MACHADO, 2011.)

Dessa forma, surgem duas denominações: a psicanálise em intenção ou pura e a psicanálise em extensão, não que essa outra denominação da prática psicanalítica seja

impura, muito pelo contrário, ela ainda é psicanálise, utiliza a mesma formação para os psicanalistas, as técnicas continuam as mesmas, a ética é entendida e utilizada igual, o que pode acontecer é a adaptação das técnicas para se adequar ao ambiente a qual ela irá ser realizada, (NAVEAU, 2007).

Para Machado (2011), a prática psicanalítica em intenção, se origina através de alguns preceitos da psicanálise, que determinam a regularidade das sessões, a quantidade e o tempo dos encontros, e o uso do divã. A essas regras dá-se o nome de **setting analítico** (grifo nosso), o que deveria ser constantemente usado pelos analistas para garantir a eficácia da análise, deixando a associação livre de ser a única determinação.

Mas para outros psicanalistas, estas regras que deveriam seguir, não significava realmente praticar a psicanálise, justificavam que não importava os móveis utilizados no consultório, e sim a interação do analista com seu analisando, dando, então, ênfase ao único princípio que realmente importava: a associação livre de seu paciente.

Descreve Guéguen (2007) que alguns praticantes dessa teoria, inclusive Lacan, declaravam que não era possível saber se estavam ou não praticando a psicanálise ao iniciar com o sujeito, isso só era possível após estabelecer o vínculo com o paciente. Daí então, poder-se-ia verificar se o que se passou entre o analista e o analisando foi realmente a psicanálise. O que torna um psicanalista em um analista são suas atitudes e não o fato de só possuir uma qualificação.

O autor citado ainda pontua que a psicanálise tem início quando é estabelecida a relação de transferência entre o paciente e seu psicanalista, e este mesmo paciente começa a desvendar seu inconsciente, por isso as sessões não tem um número exato, pois depende do trabalho desenvolvido com cada sujeito. Mas, os encontros podem ser interrompidos antes do esperado, e esse fato não quer dizer que não houve uma análise, pois ela não depende do tempo de duração dos encontros, nem do lugar em que foram realizados, mas da ação desempenhada pelo analista, no objeto de gozo de seu paciente, utilizando como recurso o que para a psicanálise é de grande importância, a fala do sujeito. Então, pode-se dizer que não é o lugar, os móveis ou o consultório que definem a prática psicanalítica, mas sim a ação do analista, (GUÉGUEN, 2007).

Grasser (2007) e Machado (2011) declaram que quem faz a psicanálise é o analista, e essa teoria pode ser inserida em instituições que suportem o trabalho psicanalítico, embora ele possa ir em desencontro com alguns preceitos da instituição em questão. Portanto, o próprio analista precisa se autorizar a realizar psicanálise nesta área, utilizando as técnicas da psicanálise pura, para promover a prática da psicanálise em extensão.

Realizar a psicanálise em extensão significa deixar de lado o **setting analítico** (grifo nosso), pois em instituições não seria possível ter o lugar ideal, o uso do divã e nem o número de sessões, visto que as instituições não teriam uma estrutura física para se fazer um consultório dentro da mesma. Então, é necessário que o analista não se apegue a estas regras, e pratique a psicanálise de acordo com espaço e condições oferecidas pela instituição, sem deixar de seguir o que a sustenta.

Ciaccia (2007) compreende que para os praticantes da psicanálise não importa qual o sintoma do sujeito, e o quanto ele é grave ou não, mas o que interessa é o desejo do paciente de se submeter a um processo analítico. Então, um trabalho dentro de uma instituição se daria a partir daquilo que o paciente demanda, não em relação a seu sintoma, mas em se sujeitar a um trabalho analítico, não importando o que a instituição preconiza, e nem o desejo do analista.

O autor ainda marca que praticar a psicanálise em instituições também é deixar de ter o paciente somente para si, pois é possível que se tenha um trabalho multidisciplinar no qual seria compartilhado questões, (as que o analista julgue necessárias), com outros profissionais que também estejam intervindo no tratamento do sujeito, possibilitando que este paciente receba um tratamento completo para compreender o seu sintoma (CIACCIA, 2007).

Para Machado (2011), não é o lugar em que o analista está inserido, mas sim sua atuação que faz a prática psicanalítica ser de fato eficiente para o paciente, no entanto a conquista de se trabalhar nas instituições é de fato muito importante. Mas, para que a psicanálise nas instituições ocorra com eficácia é preciso desenvolver um modo de atuar dentro dessas próprias instituições, modo esse que deve sempre estar em desenvolvimento, se aperfeiçoando e se adequando, para que a psicanálise e o psicanalista possam conquistar o espaço dentro dessas entidades.

Este autor argumenta que para ocupar este espaço requer-se do analista uma capacidade de entender e raciocinar diante das situações que surgem e apresentam-se. As demandas são diferentes a cada dia, e com isso é necessário reinventar o modo que o profissional irá atuar com cada paciente, sem deixar de seguir as premissas da psicanálise, a busca pelo inconsciente e a associação livre. A prática psicanalítica nas instituições hospitalares, ambulatoriais e nos postos de saúde, procura visar a procura do inconsciente do sujeito, resgatando o que para o paciente possa estar perdido, a sua subjetividade, (MACHADO, 2011).

1.3 DESAFIOS DA PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Com o limiar dos novos tempos a psicanálise sai dos consultórios e passa a atuar em instituições de saúde, onde há grandes desafios a serem enfrentados pelos analistas e pela própria psicanálise. A aceitação de que é possível que se realize uma psicoterapia breve com a psicanálise é difícil tanto para os analistas quanto para outros profissionais da área da saúde. Alguns analistas consideram que realizar brevemente a análise, não é de fato praticar a psicanálise, é deixar de lado todos os seus princípios e seu aprendizado e, com isso acabam desacreditando de que a psicanálise tem espaço e pode ser realizada nestas instituições. Desta forma, influenciam outros profissionais a não acreditarem que se pode realizar uma prática de orientação analítica nestes ambientes. Mas, realizar a psicanálise nestas instituições não é deixar de lado todo o aprendizado, e sim, realizar uma reorientação e flexibilização para novos desafios, (VICTOR; AGUIAR, 2011; MORETTO, 2002).

Uma outra questão é a relação da psicanálise com a medicina, ainda que uma possa contribuir com a outra, permanece um grande embate entre ambas. Os profissionais médicos destas instituições, por acharem que os pacientes demandam uma psicoterapia breve diretiva, e não uma que tem como base a associação livre que acabe por mostrar o inconsciente, concluem que a psicanálise não tem como realizar seu trabalho e mostrar eficiência para dar as respostas que eles esperam, ou seja, a remissão dos sintomas dos pacientes.

O médico detém um saber, e aquilo que aprendeu nos estudos, tem que compreender o sintoma que o paciente lhe traz e assim curá-lo. Isso posto, como ele pode entender o paciente que precisa de algo além de seus conhecimentos? Este discurso que o médico aprende na sua formação acaba colocando de lado sua própria subjetividade em prol de realizar seu trabalho, e o coloca na posição daquele que tem o saber que vai curar o paciente. Esta postura faz com que o sujeito (paciente) perca sua subjetividade também, tomando a doença como seu verdadeiro eu. Muitas vezes é difícil se desapegar deste discurso e entender que existem outros profissionais que podem auxiliar na busca pelo restabelecimento da saúde do sujeito. Como o psicanalista que entra justamente para restaurar a subjetividade do paciente.

Uma das diferenças entre a psicanálise e a medicina é o discurso, enquanto uma acredita que o sintoma do paciente diz tudo, não precisando ouvir este sujeito, a outra preza em como surgiu este sintoma, dando total atenção a esta fala. Marcadas por essa diferença, é

difícil, então, que a medicina entenda que a psicanálise pode contribuir para a conclusão de seu diagnóstico, (MORETTO, 2002).

O trabalho multidisciplinar também é um dos desafios: fazer a psicanálise ser relevante e escutada onde se tem na grande maioria como certo o discurso médico onde o paciente tem que ser tratado sem considerar sua subjetividade e retirar os sintomas sem saber como eles apareceram, é investimento no dia a dia. Este trabalho multidisciplinar faz com que o analista também esteja envolvido na busca da cura do sujeito em questão, e por ter um discurso diferente, a psicanálise é por muitas vezes hostilizada. Em alguns processos, pode demandar um tempo maior, então, é responsabilizada pelos profissionais de saúde de que o paciente não está respondendo ao tratamento médico da forma que eles queriam que estivesse. Como avalia Victor e Aguiar (2011, p. 44):

Não é difícil concluir qual membro da equipe recebe sucessivamente críticas por não ter feito o que lhe foi atribuído: o psicanalista. Porque a psicanálise parte de outros princípios teóricos-epistemológicos e de outra ética, que supõem a inexistência de um objeto adequado e a impossibilidade da totalidade e da completude harmônica, o psicanalista não se encaixa muito bem nesse funcionamento de equipe, o que produz dificuldades de trabalho. Em uma palavra, não raro a equipe tenta projetar seus fracassos no psicanalista.

A própria demanda de pacientes também é diferente nestas instituições de saúde, pois, no consultório o analista pode atender aqueles sujeitos que realmente demandam uma análise e, em postos de saúde, ambulatórios, hospitais, o analista não tem essa escolha, pois, são encaminhados pacientes que não precisam de uma análise e sim de uma psicoterapia breve. Porém, o analista não pode recusar a atender e além de não o poder transferir para outro psicólogo, precisa atendê-los e realizar o processo dentro de limites institucionais. Nesse sentido:

Não é raro acontecer de o psicanalista atender algum paciente cuja demanda não seja de um trabalho analítico. Se o fato ocorresse no consultório privado, dispensá-lo-ia sem maiores dificuldades, mas, na instituição, esse ato requer certos cuidados, pois, munido de seus direitos, o paciente pode alegar (lembrando sempre a inexistência da função de psicanalista nos serviços públicos brasileiros) que lhe foi negado o atendimento pelo psicólogo. Essa reclamação, chegando à gerência, pode culminar na determinação de que o psicanalista atenda novamente o paciente – o que seria um complicador a mais. Outra possibilidade é a de o fato gerar uma denúncia na ouvidoria do órgão, o que suscita um processo administrativo no qual o psicanalista terá que fazer a sua defesa. Por isso, muitas vezes, ele tem como saída prosseguir com os atendimentos por algumas sessões, para só depois dar alta. (VICTOR; AGUIAR, 2011, p. 44).

A instituição pode também ser uma dificuldade, pois é regida por regras as quais o psicanalista tem que lidar. A infraestrutura do local que algumas vezes não oferece um lugar adequado para ser realizado o trabalho, o número de sessões, porque o paciente não pode ficar

muito tempo na instituição para se realizar uma análise, e a recusa do próprio paciente em realizar um atendimento psicanalítico. São possíveis causas de limitação à aplicabilidade das normas e preceitos necessários ao trabalho.

O encaminhamento de um paciente pelo profissional da saúde para um psicanalista pode demorar. Ter que conduzir um enfermo para um psicanalista pode conferir ao médico um sentimento de trabalho não realizado, que falhou justamente naquilo que foi formado para fazer, tirar a dor do seu paciente. Quando este encaminhamento leva tempo para ser realizado, constitui-se uma dificuldade para se começar o processo psicanalítico. A desistência do paciente, por estar cansado de passar por diversos atendimentos sem resolver nada, pode ocorrer com frequência, e quando adere ao tratamento faz a relação transferencial ser mais difícil, (MORETTO, 2002.).

Porém, alguns médicos com uma percepção diferente acabam notando já na primeira consulta que o sintoma do paciente tem algo relacionado a sua psique e encaminham para o psicanalista, o que acaba facilitando a relação transferencial, e conseqüentemente a realização da análise, (ALBERTI et al., 2008).

Outro grande desafio, é implementar o projeto terapêutico singular, que é um trabalho interdisciplinar, mas que pode incluir a família do paciente em questão, o que possibilita a escuta da fala deste sujeito além de seu sintoma, como as relações que possui com seus familiares, que podem estar associados ao aparecimento da sintomatologia do paciente. Ainda viabiliza um outro olhar sobre o diagnóstico do sujeito e sobre a linha de tratamento do mesmo. Onde, também, a opinião de cada profissional envolvido é valorizada, e considerada, para auxiliar na busca do melhor tratamento para o paciente, (BRASIL, 2009).

A vista disso, é possível dizer que a psicanálise necessita conquistar seu espaço nestas entidades para conseguir realizar seu trabalho, diante desse discurso médico que está penetrado nas instituições, como também, na forma de funcionamento e estrutura que estas entidades estão organizadas. Mas, apesar de todos os desafios que a psicanálise e o psicanalista precisam enfrentar, pode-se dizer que é possível a realização de uma prática de orientação psicanalítica.

2 MÉTODO

O estudo caracterizou-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, de tipagem exploratória e caráter bibliográfico.

Conforme aponta Richardson (2012) a escolha do investigador por uma abordagem qualitativa de um problema, justifica-se por ser uma forma adequada para entender um fenômeno social em sua amplitude; tal qual nesta pesquisa, o fenômeno abordado é o desafio que a prática psicanalítica possui em relação às instituições de saúde. Minayo (2012) discorre que a análise qualitativa de um objeto de investigação fornece possibilidades de construção de conhecimento.

Este estudo ainda se classifica como uma pesquisa de caráter exploratório, uma vez que para Gil (2002, p.41): “Estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses”. O autor ainda afirma que a finalidade dessas pesquisas é aprimorar novas ideias ou descobrir novas intuições, (GIL, 2002). Sendo assim, a investigação desta, irá visar a ampliação de hipóteses sobre os reveses que a psicanálise possui ao embrenhar-se em projetos de psicanálise em extensão.

Por fim, define-se esta pesquisa como dotada de caráter bibliográfico. Conforme Gil (2002, p.44):

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.

Desta forma, nesta pesquisa se realizou a compressão do tema proposto através de resgate teórico, articulando a interação da psicanálise com as áreas da saúde.

Ainda sobre a pesquisa bibliográfica:

As fontes bibliográficas mais conhecidas são os livros de leitura corrente. No entanto, existem muitas outras fontes de interesse para a pesquisa bibliográfica, tais como: obras de referência, teses e dissertações, periódicos científicos, anais de encontros científicos e periódicos de indexação e de resumo. (GIL, 2002, p. 64).

Assim, esta pesquisa transcorreu com investigações em bases de dados conhecidas, como Scielo, Lilacs, Pepsic e Biblioteca digital de teses e dissertações. Foram utilizadas as palavras-chaves como psicanálise, medicina, extensão, com o critério de que os artigos fossem relacionados ao tema proposto, como a atuação de psicanalistas em hospitais, ambulatórios e postos de saúde, que possuíam uma relação com a psicanálise em extensão, com publicações de até dez anos, e em livros que possuíam uma correlação ao assunto proposto. Conseqüentemente, os dados relatados em complementariedade, resultaram em uma análise criteriosa, remetendo ao que se propôs nos objetivos geral e específicos.

A análise de dados deu-se através da análise qualitativa do conteúdo, que de acordo com Bardin (2006, p.33), consiste em: “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações [...] visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos [...]”. Segundo Chizzotti (2000, p.98), “O objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

Entende-se então que a análise de conteúdo, se dá por meio da análise das comunicações, tendo como intuito o entendimento do conteúdo que está presente na pesquisa, de modo a favorecer a compreensão dos dados obtidos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados da pesquisa foi realizada forma qualitativa, visando a compreensão dos conteúdos analisados, através de uma vertente: a descrição dos desafios que a prática psicanalítica possui ao ingressar nas instituições de saúde. Esta análise permitiu que fosse constituída uma análise de conteúdo equivalente à proposta do estudo.

Segue, por meio da análise, uma compreensão dos conteúdos adquiridos, a partir de algumas categorias específicas.

3.1 CATEGORIA 1 – RELAÇÃO DA PSICANÁLISE COM A MEDICINA

Pode-se dizer que a medicina foi o ponto de partida para o surgimento da psicanálise, pois Freud tinha formação acadêmica nesta área, e foi com base em sua formação que o mesmo começou a perceber que o sujeito poderia ter uma doença física que estaria ou não associada ao seu estado psíquico. Freud então, mostra uma nova maneira de olhar para a doença que o sujeito manifesta, funda uma nova ciência, a psicanálise.

A psicanálise tem sua própria estrutura, e foi considerada na época de sua fundação uma “afrota” para aqueles que possuíam o discurso cartesiano, que só era considerado real aquilo que poderia ser visto e tocado. Quando a psicanálise se tornou uma ciência trouxe uma outra perspectiva para decifrar os sintomas físicos dos sujeitos, o inconsciente, onde a causa do sofrimento de algumas pessoas não estava somente na parte física, mas entrelaçada ao campo psíquico.

Pode-se dizer que a psicanálise teve uma aceitação intrincada, pois naquela época era mais fácil aceitar uma doença física, que tivesse um nome, do que algo que não era conhecido. A psicanálise traz a proposta de resgatar a subjetividade da pessoa, onde o que importa também é o sujeito e não somente seu sintoma, algo do qual a medicina se afastou.

Os teóricos pós-freudianos também estabeleceram uma relação com a medicina, como cita o autor Nasio (1994), a teoria da psicossomática, a partir de Groddeck, tendo como base a medicina, mostra que alguns sintomas físicos dos pacientes, poderiam estar associados a algum problema psicológico do sujeito, naquele momento de sua vida. Faz relação então, com o que Freud começou anos atrás com as histéricas, que apesar dos sintomas físicos estarem presentes, não eram consequência de um adoecimento físico, mas tinha uma causa inconsciente que deveria ser considerada para o tratamento. O que fez resistência para ser aceito pela medicina, pois traz uma nova compreensão sobre as doenças de seus pacientes, que embora os sintomas, aparecem fisicamente, a essência dessas ocorrências não está na parte biológica, mas no campo pulsional, inconsciente, que é o limite entre o soma e o psíquico.

Já Balint, (1984), estabelece que existe uma relação entre o paciente e seu médico, e com a própria doença. Assegura que se o médico conseguir destinar um olhar para além dos sintomas visíveis, conseguirá entender, que talvez, esta manifestação está ligada a uma doença psicológica que necessita de outro profissional, para ajudar este sujeito. O paciente necessita que sua doença seja reconhecida, tenha um nome, então os médicos tentam diagnosticar para que essas necessidades sejam supridas. E quando não é nomeada, os pacientes ficam desacreditados com o próprio médico e com o tratamento. Em alguns casos a doença que este sujeito manifesta não tem algo biológico para ser designado, mas sim algo em seu psiquismo que precisa ser tratado.

3.2 CATEGORIA 2 – PSICANÁLISE EM EXTENSÃO

Para Machado (2011) desde a estruturação da psicanálise por Freud, o mesmo não possuía a intenção de que a psicanálise ficasse somente nos consultórios, mas que transitasse em outros ambientes de trabalho, assim a psicanálise teria uma extensão nos lugares que os psicanalistas poderiam atuar. Para que se consiga ampliar a prática psicanalítica se faz necessário a adaptação das técnicas utilizadas na prática nos consultórios, mas sem deixar de seguir com os fundamentos da psicanálise. Para que a inserção da psicanálise nas instituições de saúde aconteça se faz necessário que o próprio analista tenha esse desejo.

A psicanálise em extensão também é praticar a psicanálise, embora não observe o **setting analítico**, com divã, o tempo dos encontros, quantidade de sessões, ela se utiliza da mesma ética da do consultório, os mesmos princípios, as técnicas continuam as mesmas, o que pode ocorrer é a adaptação destas técnicas para se moldar ao ambiente da instituição que o psicanalista irá atuar, (NAVEAU, 2007).

Para alguns psicanalistas, estas “regras” implícitas da psicanálise, pode não ser verdadeiramente realizar a prática psicanalítica. Para outros, não importa verdadeiramente se existe o setting analítico para realizar a análise, mas sim a transferência entre o psicanalista e seu paciente, e o princípio que para a psicanálise é mais importante a associação livre do analisando. (MACHADO, 2011).

Para Grasser (2007) e Machado (2011), quem faz a psicanálise é o próprio analista. Pode-se dizer que, então, é possível praticar a clínica psicanalítica em instituições que deem um suporte para a mesma ser realizada, contanto que o analista se liberte das regras implícitas para que o trabalho se torne possível. Pois, em algumas instituições não seria possível o uso do **setting analítico**, pela própria instituição não disponibilizar da infraestrutura. Entretanto, se faz necessário a fidelidade à ética psicanalítica, para então promover a psicanálise em extensão.

Um dos campos que acolhe a extensão da psicanálise é a saúde. A partir de Ciaccia (2007), considera-se que para realizar o trabalho nas instituições de saúde com os pacientes, é necessário estar ciente que os mesmos também irão ter outros profissionais cuidando deles, e o próprio analista irá fazer parte desse trabalho multiprofissional, compartilhando questões necessárias para chegar a um diagnóstico do sujeito. Ajudando, assim, o paciente, a compreender o seu sintoma e o quanto ele o afeta, (CIACCIA, 2007).

A conquista deste campo de atuação para a psicanálise é bem importante, pois modifica o rótulo de que o psicanalista só pode atuar na clínica. A realização da psicanálise depende muito mais da atuação do analista do que do **setting analítico**, o que torna possível a atuação do psicanalista nas instituições. Entretanto, para que isso ocorra com efetividade, se torna necessário que o psicanalista desenvolva um modo de atuar para a instituição, e esse modo deve sempre estar evoluindo para que esta conquista se torne cada vez mais concreta.

Realizar a psicanálise dentro das instituições de saúde, faz com que o analista desenvolva uma capacidade de entendimento das situações enfrentadas dia após dia. Ainda tendo que reinventar o modo de atuar para cada paciente, que possuem demandas desafiadoras a cada atendimento, mas sempre seguindo os princípios da psicanálise: a busca pelo inconsciente, a associação livre, e o resgate da subjetividade do sujeito, (MACHADO, 2011).

Verificamos outra possibilidade de praticar a psicanálise em extensão: como docente de acadêmicos não só de psicologia, mas de outras áreas da saúde que irão atuar com pacientes. Orientando os aprendizes da saúde em relação a questões que podem aparecer no seu dia-a-dia, como manejar sua frustração perante um caso difícil, lidar com a perda de algum paciente, e entender um pouco sobre o funcionamento psíquico, e suas relações de troca de afetos e resistência, considerando que as palavras do sujeito podem ter relação com o sintoma que ele apresenta, (BERTOLDI; FOLBERG; MANFROI, 2013; COUTINHO et.al, 2013).

O psicanalista pode atuar em setores específicos de hospitais, que antes não lhe era conferido lugar, setores esses que um analista pode realizar seu trabalho com familiares, pacientes e funcionários, trabalhando questões levantadas durante a rotina de trabalho. Sem deixar de seguir as especificidades da psicanálise, encontrando seu próprio jeito de realizar sua dinâmica de transferência de trabalho, conquistando assim seu espaço, (COPPUS; NETTO, 2015).

3.3 CATEGORIA 3 – DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES DA PRÁTICA PSICANALÍTICA

A ideia de que se pode praticar a psicanálise dentro de instituições de saúde é de difícil aceitação, tanto para o analista quanto para outros profissionais de saúde. Alguns profissionais psicólogos de orientação psicanalítica, possuem um certo receio de realizar a prática dentro de ambulatórios, hospitais, postos de saúde, julgando que estariam deixando de lado as premissas da psicanálise, e de forma inconsciente influenciando os outros profissionais de saúde a pensarem que naquele ambiente a psicanálise não conseguirá atuar. Embora atuar nestes lugares, não é deixar de seguir essas premissas, mas sim realizar uma modificação das técnicas utilizadas, (VICTOR; AGUIAR, 2011; MORETTO, 2002).

Ainda que a psicanálise e a medicina possam colaborar uma com a outra, há entre essas duas especialidades um embate, pois os profissionais médicos possuem uma ideia de que para atuar em instituições de saúde precisa ser uma psicoterapia breve, e então, concluem precocemente que a psicanálise não traria para eles a resposta esperada, que seria a remissão dos sintomas que o paciente apresenta.

O que os médicos aprendem em sua vida acadêmica, é que eles têm em suas mãos a chance de curar este sujeito, não importando o sintoma apresentado, eles têm que ter uma resposta, deixando de lado sua própria subjetividade, e como consequência fazem com que o paciente também tenha esta perda, tornando a doença como o eu verdadeiro do sujeito. Com

este discurso, resistem em aceitar que outros profissionais possam ajudar a compreender o que este paciente possui.

Uma das diferenças entre a psicanálise e a medicina é justamente o discurso, enquanto uma tem uma posição de que o sintoma do paciente é mais importante do que sua fala, a outra preconiza a fala não excluindo o sintoma, mas aliando-o ao que o paciente fala em sua associação livre. Por existir essa diferença dificulta-se a aceitação pelos médicos de que os psicanalistas podem contribuir para a remissão dos sintomas e colaborar na construção de um diagnóstico do sujeito, (MORETO, 2002).

O trabalho multidisciplinar se mostra complexo onde se tem a prevalência do discurso médico e se torna desafiador quando é inserido outro tipo de discurso e olhar sobre o sujeito, onde o objetivo é resgatar o paciente da posição de doente e lhe dar voz como pessoa. Este envolvimento do psicanalista no ambiente que possui a multidisciplinaridade, faz com que ele esteja comprometido com a busca da “cura” dos sujeitos. Em alguns casos por utilizar de um tempo um pouco maior para chegar ao cerne do sintoma do paciente pode ser responsabilizado pela demora do diagnóstico e a liberação deste sujeito, para que se possa atender outras pessoas que também possuem a necessidade de serem atendidas.

O atendimento nos consultórios se diferencia dos atendimentos nas instituições de saúde, também do quesito demanda de pacientes. Porém, embora tenham essa diferença, ainda há a possibilidade de se realizar a psicanálise com estes sujeitos. Outra distinção, é a não oportunidade de encaminhar este paciente para outro psicólogo, tendo que realizar os atendimentos dentro do possível, para evitar algum problema institucional, (VICTOR; AGUIAR, 2011).

Ser um psicanalista inserido em uma entidade de saúde, é saber que este ambiente possui diretrizes que ele terá que seguir. A organização e a disposição do lugar podem afetar os trabalhos, o ambiente oferecido para a realização das sessões pode não ser adequado, o tempo que o paciente fica na instituição pode ser um fator que dificulte a transferência dele com o analista.

Quando as pessoas procuram o atendimento no sistema de saúde é porque existe um sintoma que causa nelas um mal-estar, e consideram que o médico é aquele que tem o saber para curá-las, são os primeiros profissionais que vem à mente quanto o assunto é doença. Sendo assim, os médicos são colocados no patamar de suposto saber, causando neles um certo sentimento de supremacia perante a doença que o sujeito apresenta. Mas quando eles não têm essa resposta, causa um sentimento de frustração, por não conseguir diagnosticar e curar a enfermidade do sujeito, e por ter esta sensação relutam em encaminhar para outro

profissional, que pode ter as respostas. O que causa uma resistência no início do processo psicanalítico, trazendo ao paciente a sensação de que ninguém tem a resposta para sanar sua doença, fazendo com que ocorra um número considerável de desistentes, e aqueles que começam tem uma relação transferencial com o psicanalista difícil e podendo desistir no meio da análise, (MORETTO, 2002; VAL et al, 2017).

Embora possuam distinções, a psicanálise e a medicina, se assemelham em alguns termos usados, como se referir ao paciente, tratamento, diagnóstico, e ainda que possuam uma nomenclatura em comum, possuem uma dificuldade de se entenderem quanto a trabalharem juntas, o que pode causar, em alguns momentos, conflitos. Por serem duas ciências de campos diversos, mas que podem tratar o mesmo paciente, a comunicação entre ambas pode servir como ponte para que cada uma faça seu trabalho, delimitando suas áreas de atuação, sem ultrapassar suas linhas de atuação, (COPUUS; NETTO, 2016).

A implementação de grupos terapêuticos com viés psicanalítico em instituições de saúde, também é uma dificuldade a ser enfrentada pelos psicanalistas que ali atuam. Porque muitas vezes eles mesmos tem um certo receio de fazer grupos psicoterapêuticos, por terem a concepção da clínica psicanalítica como tendo que quase obrigatoriamente possuir o **setting analítico**. Mas atuar em outros lugares que não a clínica requer por parte do psicólogo psicanalista uma adequação das técnicas, visto que a mesma pode trazer benefícios aos sujeitos e ao contexto.

Para as pessoas, traz uma nova perspectiva, a de trabalhar o sofrimento no campo do coletivo, pois nesta área a dor dos sujeitos é trabalhada individualmente e coletivamente a medida em que o grupo começa a fazer as mediações. Sejam feitas pelos membros ou pelo psicanalista, em algumas insatisfações que os pacientes trazem, há uma ligação com a convivência coletiva. Vê-se ainda novas perspectivas para a própria instituição, pois, diminuiria consideravelmente o número de pessoas esperando pelos atendimentos. Possibilitando que esta fila ande muito mais rápido e se consiga atender muito mais pessoas que no momento estão precisando de um atendimento psicológico, (PRATTA; COSTA-ROSA, 2011).

Ainda pode ser um desafio a tentativa da implementação do projeto terapêutico singular, que tem como premissa o trabalho interdisciplinar, com o envolvimento da família e do paciente, o que traria ao psicanalista e aos médicos um outro olhar sobre a doença do sujeito, mas também suas relações familiares, sociais. Tornando a opinião de cada profissional relevante para se chegar a um diagnóstico e tratamento para o sintoma que o paciente apresenta; (BRASIL, 2009).

Para a psicanálise é importante trabalhar com a singularidade do sujeito, escutando o que este paciente realmente demanda. Em alguns casos os profissionais de saúde têm a tendência de se focar somente no sintoma da doença, sem considerar se o paciente precisa de um tratamento diferenciado e oferecem para este sujeito o mesmo tratamento medicamentoso que dá a outras pessoas com o sintoma parecido. Excluindo a subjetividade do sujeito, deixando apenas que seu sintoma fale por ele. Na clínica psicanalítica é imprescindível realizar o resgate da singularidade do sujeito, os sintomas podem ser parecidos, mas a causa deles é distinta, sendo assim cada paciente necessita de uma escuta somente sua. Tratá-los como pessoas únicas faz com que sua subjetividade não se perca, dando a eles uma possibilidade de escuta, entendimento, compreensão e um novo olhar sobre seu sintoma. O projeto terapêutico singular é ouvir cada paciente como único, direcionar o tratamento para ele sem generalizar, e abrir portas para que a família também esteja envolvida na busca pela remissão dos sintomas, fazendo com que ele se sinta acolhido, e que sua fala é importante para indicar o curso do tratamento, (CANAVEZ; HERZOG, 2007).

No campo dos desafios na área de educação, em Coutinho (2013) o desafio de transmitir a psicanálise para acadêmicos do curso de medicina também se configura como uma nova inserção, pois como repassar uma teoria que visa o resgate da subjetividade do sujeito diante do discurso médico que lhes é transmitido desde o começo do curso? O intuito é de repassar o conhecimento psicanalítico para estes acadêmicos e ajudá-los a amplificar os conhecimentos adquiridos na faculdade frente ao diálogo entre médico e paciente. O que se espera dos médicos é que tenham a resposta para sua enfermidade, que deem um nome para sua doença, mas o peso dessa responsabilidade pode trazer aos médicos formados e acadêmicos de medicina uma frustração, um medo de errar o diagnóstico, e de não cumprir com aquilo que juraram fazer, salvar vidas.

Então, o ensino da psicanálise na formação destes futuros médicos traria benefícios tanto para eles, como para seus futuros pacientes. Por exemplo, ensinar os conceitos fundamentais da psicanálise, como a transferência, que precisam identificar, reatualizada com seus pacientes, para que assim, seu trabalho se torne mais tranquilo, trazendo a viabilidade da comunicação entre eles. E por parte dos médicos, pode possibilitar a evolução de seus conhecimentos e habilidades para lidar com outros profissionais, e consigo mesmo, resgatar a subjetividade do próprio médico, desmistificando a ideia que as vezes é repassada para eles de que os mesmos possuem respostas para tudo, (BERTOLDI; FOLBERG; MANFROI, 2013; COUTINHO et.al, 2013).

A transferência é a relação de afeto que um sujeito pode ter por uma outra pessoa. Por exemplo, sentimentos, ideias, pensamentos de um paciente por seu médico, por este ser detentor de um suposto saber. A relação inconsciente exige que o profissional saiba lidar com este tipo de manifestações destinado a ele, muitas vezes configurado como um carinho agressivo, (MEIRELLES, 2012).

Apesar de ter muitos desafios a serem enfrentados, a psicanálise pode contribuir com seus conhecimentos, tanto na troca com outros profissionais, quanto para a própria instituição, fazendo com que o trabalho se torne mais favorável para encontrar a “cura” para o paciente, que é o objetivo de todos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção da psicanálise no campo da saúde é realmente dificultosa, apesar de já ser considerada ciência há muito tempo, ainda existem profissionais que questionam se esse espaço em ambulatórios, postos de saúde, hospitais é realmente o lugar de atuação do psicólogo psicanalista.

Com a relação entre essas duas ciências, medicina e psicanálise, desde o início, através de Freud, tende-se a acreditar que a interação entre elas seria mais estável, pois a intenção do fundador da psicanálise era que ela transitasse entre as outras áreas da saúde, e não ficasse somente nos consultórios. Assim, outros teóricos psicanalíticos desenvolveram teorias sobre como a psicanálise pode contribuir com a medicina.

Essa inserção na área da saúde é uma extensão da psicanálise clínica, uma nova forma de realizar a psicanálise, seguindo as premissas e as técnicas, embora algumas delas tenham que ser adaptadas para o contexto da instituição de saúde, fazendo com que o psicanalista tenha que estar sempre desenvolvendo suas habilidades. Porém, algo que não se modifica é a escuta dada ao que o paciente fala, e a importância que isso pode ter para se chegar a uma compreensão da dor, a um diagnóstico e os caminhos para um tratamento.

A resistência por parte dos psicanalistas é um dos desafios encontrados: se libertar para realizar uma psicanálise sem as amarras do **setting analítico**, para alguns é difícil, mas é conhecido que para se realizar a prática psicanalítica não precisa realmente ter todo esses enquadres, mas sim, estar presente naquele momento para escutar o sofrimento do sujeito, e ajudá-lo a compreender seu sintoma.

A objeção dos médicos e outros profissionais é algo que pode ser de longo prazo a se superar, pois são dois discursos diferentes, um escuta a doença, o outro a fala do paciente, o

que traz um certo receio por parte da classe médica para encaminhar os sujeitos que eles não conseguem chegar a uma conclusão de qual condição biológica está se originando o sintoma. E isso torna também o trabalho multidisciplinar questionável: como realizar o trabalho se a compreensão de que o psicanalista pode auxiliar na remissão do sintoma é duvidosa?

O ensino da psicanálise para os médicos enquanto ainda são acadêmicos, além de ser um desafio, pode trazer para eles um benefício, como lidar com as próprias frustrações, perante ao não diagnóstico de uma doença. E como ter uma escuta diferente, não negando a sua própria subjetividade e a do seu paciente.

Com os novos tempos surgindo faz-se com que gradualmente se abra espaço para a entrada da psicanálise neste campo. Cada vez mais, se mostra necessário essa escuta e olhar diferenciados que um psicanalista concede a uma pessoa. Sendo assim, nota-se que apesar de todos os desafios a serem enfrentados, há espaço para que a psicanálise comece a atuar juntamente com outros profissionais dessa área na busca pelo restabelecimento da saúde do sujeito.

Os desafios à psicanálise em quaisquer campos em que queira fazer-se presente ou que lhes demande presença é o desafio a uma jovem ciência que se inscreve na cultura em 1900, na área de saúde, contrapondo-se a uma narrativa vigente. Seu fundador sabia com o que lidava, pois sua vida se inscreveu em tempos sombrios, nem por isso deixou de interpelar àqueles que habitavam um discurso que a psicanálise veio desestabilizar. A ousadia de Freud ainda está viva...

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus pela minha vida, por ter me dado saúde e força para passar por todas as dificuldades encontradas ao longo da minha curta existência.

A minha professora orientadora Jane, pela dedicação, apoio e confiança, por acolher minhas dúvidas e saná-las sempre. A você minha mais sincera admiração, e gratidão por me fazer sentir que estou no caminho certo.

A todos os docentes que passaram em minha vida acadêmica, a dedicação de vocês fez com que eu tivesse sempre a sede de aprender cada vez mais.

A Universidade pela oportunidade de fazer o curso e pelo ambiente criativo amigável, que proporciona.

Aos meus pais, Mário e Rosane, pelo amor, incentivo e por sempre me apoiarem, em todas as minhas decisões, e me fortalecerem em meus momentos de desânimo e cansaço, e por sempre torcerem para minha felicidade.

A minha irmã, Bianca, pela união, e pelo amor compartilhados desde nossa tenra idade, pela caminhada acadêmica que trilhamos juntas, pela empatia nos momentos difíceis, e pelos momentos de alegria compartilhados.

Aos meus familiares, obrigado por entenderem meus momentos de ausência para a dedicação a minha vida acadêmica, sempre me incentivando e compartilhando a felicidade de cada etapa alcançada.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho, que fizeram parte de minha formação acadêmica e que vão continuar presentes em minha vida com toda a certeza.

E ainda a todos que participarem da minha vida, direta ou indiretamente o meu mais sincero obrigada!

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Sonia, et al. Encaminhamentos e dispersão. Questões para a psicanálise no hospital. **Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ**, Rio Janeiro, ano 8, n.1, p. 42-57, 1º sem. 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-494227>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

BALINT, Michael. **O Médico, seu Paciente e a Doença**. Rio de Janeiro–São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 2006.

BERTOLDI, Sandra Gehling; FOLBERG, Maria Nestrovski; MANFROI, Waldomiro Carlos. Psicanálise na educação médica: subjetividades integradas à prática. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 202-209, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 64 p. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2018.

CANAVEZ, Fernanda; HERZOG, Regina. A singularidade do sintoma: por uma crítica psicanalítica à idéia de origem. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 109-124, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652007000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2018.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CIACCIA, Antônio Di. Inventar a psicanálise na instituição. In: RIBEIRO, Vera Avellar. **Pertinências da Psicanálise Aplicada**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2007. p. 69-75.

COPPUS, Alinne Nogueira Silva; NETTO, Marcus Vinícius Rezende Fagundes. A Inserção do Psicanalista em uma Unidade de Tratamento Intensivo. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 88-100, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000100088&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2018.

COUTINHO, Denise Maria Barreto et al. Ensino da psicanálise na universidade brasileira: retorno à proposta freudiana. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 103-120, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2018.

FURTADO, Nathalia Vidigal. **Contribuições psicanalíticas a clínica médica na atenção primária em saúde**: 2013. 153 f. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15307>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRASSER, Yasmine. Autorizar-se a aplicar a psicanálise no seu caso. In: RIBEIRO, Vera Avella. **Pertinências da Psicanálise Aplicada**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2007. p. 51-58.

GUÉGUEM, Pierre-Gilles. Quatro pontuações sobre a psicanálise aplicada. In: RIBEIRO, Vera Avellar, **Pertinências da Psicanálise Aplicada**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2007. p. 17-21.

MACHADO, Maíla Do Val. **O lugar do psicanalista nos hospitais gerais**: entre os dispositivos clínicos e os institucionais: 2011. 157 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB_9a2cc32d5e0bec44dd5290218c4619fe>. Acesso em: 26 mar. 2018.

MEIRELLES, Carlos Eduardo Frazão. O manejo da transferência. **Stylus (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 123-135, nov. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2012000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 maio 2018.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/19282578/o-que-pode-um-analista-no-hospital>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

NASIO, Juan-David. **Introduções às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

NAVEAU, Pierre. A psicanálise aplicada ao sintoma: o que está em jogo e problemas. In: RIBEIRO, Vera Avellar. **Pertinências da Psicanálise Aplicada.** Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2007. p. 9-16.

PRATTA, Nara; COSTA-ROSA, Abilio da. O grupo psicoterapêutico e a interpretação na abordagem lacaniana: reflexão e redefinição de possibilidades e modos de atendimento na Saúde Coletiva. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 672-689, dez. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2018.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

VAL, Alexandre Costa et al . Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1287-1307, dez. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401287&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2018.

VICTOR, Rita Meurer; AGUIAR, Fernando. A clínica Psicanalítica na Saúde Pública: desafios e possibilidades. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 40-49, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 mar. 2018.