



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

***CAMPUS DE SOBRAL***

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E  
POLÍTICAS PÚBLICAS**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**DÉBORA ROCHA CARVALHO**

**AS ENTRE(LINHAS) DA PSICANÁLISE E DA SAÚDE MENTAL:  
O COTIDIANO DO TRABALHO COM A PRÁXIS ANALÍTICA**

**LINHA DE PESQUISA – CLÍNICA, SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**SOBRAL**

**2024**

DÉBORA ROCHA CARVALHO

AS ENTRE(LINHAS) DA PSICANÁLISE E DA SAÚDE MENTAL: O COTIDIANO DO  
TRABALHO COM A PRÁXIS ANALÍTICA

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará - *campus* Sobral como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira

SOBRAL

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

C322e Carvalho, Débora Rocha.

As entre(linhas) da psicanálise e da saúde mental : O cotidiano do trabalho com a práxis analítica /  
Débora Rocha Carvalho. – 2024.  
91 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação  
Profissional em Psicologia e Políticas Públicas, Sobral, 2024.  
Orientação: Profª. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira.

1. Psicanálise. 2. Políticas Públicas. 3. Saúde Mental. I. Título.

CDD 302.5

---

DÉBORA ROCHA CARVALHO

AS ENTRE(LINHAS) DA PSICANÁLISE E DA SAÚDE MENTAL: O COTIDIANO DO  
TRABALHO COM A PRÁXIS ANALÍTICA

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará - *campus* Sobral como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia e Políticas Públicas.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Joyce Hilario Maranhão  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

*Aos questionamentos cotidianos, que não cessam; se reinventam e se transformam em práticas possíveis no contexto desafiador das políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial.*

## AGRADECIMENTOS

Sonho. Conquista. Coragem. Dedicção. Leitura. Escrita. Reescrita. Estudo. Perseverança. Desânimo. Ânimo. Emoção. Tempo. Paciência. Isso e muito mais que não caberia aqui, e que só foi possível sentir – e seguir em frente – por ter tido ao lado pessoas especiais na minha trajetória, que me deram a oportunidade de viver experiências marcantes de aprendizados de vida (e para a vida seguir). Não somente de dois anos para cá, mas também de alguns anos antes. Uma grande rede de apoio que sustentou comigo esse sonho; literalmente uma grande rede, ao se pensar no entrelace de vários fios tramados, que nas entrelinhas me abraçavam quando eu deitava, acalentavam, balançavam quando era preciso e me impulsionavam para o meu melhor balanço e alcance.

Cito, dentre esses fios, o enlace da minha análise pessoal, que me salvou e mudou a minha vida – e que todos os dias vejo salvar e mudar outras vidas também.

Agradeço, portanto, à escuta e às intervenções da minha analista e de todo o processo e trabalho psíquico envolvido.

À minha orientadora, Camilla Araújo Lopes Vieira, pela orientação desta pesquisa e por tudo que ela pôde transmitir enquanto força, garra, coragem e perseverança nesses dois anos. Ela esteve comigo no processo do desenrolar da minha escrita, como quem dá a mão em vários momentos, para eu aparecer e apostar no meu protagonismo na pesquisa.

Aos membros da banca examinadora, Luis Achilles Rodrigues Furtado e Joyce Hilario Maranhão, escolhidos pela transferência de trabalho, por terem feito parte dessa trajetória, desse encontro e de outros, de aprendizados e experiências acadêmicas – por terem acreditado e contribuído para que o projeto se tornasse esta pesquisa.

Aos meus professores da graduação, da residência multiprofissional, do mestrado e de outros lugares informais, que me incentivaram para a formação na área acadêmica, que me fazem lembrar cotidianamente que não devo desistir e que devo acreditar mais em mim e nas minhas potencialidades.

Aos usuários e profissionais que fazem parte da rede de saúde mental e atenção psicossocial, que lutam sentindo na pele todo o contexto complexo dessa política pública, erguendo e fortalecendo a perspectiva da luta antimanicomial. Aqui também incluo, com destaque, os participantes desta pesquisa – Hamlet, Macbeth e Otelo –, que me confiaram a escuta dos desafios vivenciados dos seus lugares de atuação, e que oportunizaram toda a trama da pesquisa para um diálogo riquíssimo entre pares e para a articulação teórica que demonstrarei adiante.

Aos grandes amigos da vida, da rua, da graduação, da residência multiprofissional, dos encontros, dos laços fraternos proporcionados por eles diante dos variados contextos e épocas da minha vida. Não é somente de escrita e leituras solitárias que é feito esse processo: houve dias cansativos, de desânimo e de tentativas, e eles estavam lá, ali, à espreita, para um suspiro, um alívio, um momento. Também na expectativa de que essa defesa acontecesse e a gente comemorasse.

Ao meu amor, que esteve sempre comigo, me incentivando, me erguendo nos momentos mais ansiogênicos dos prazos, das apresentações, dos dias mais cansativos em que precisei dedicar ainda mais tempo para a escrita... Agradeço a paciência por esperar terminar mais um capítulo escrito, quando necessário, e também por aquela rosa e aquele bilhete que recebi nas vésperas da qualificação – e por muitas outras atitudes afetuosas.

Aos colegas do mestrado, mais precisamente aos dos grupos de WhatsApp intitulados “Socorro Deus” e “Lamentações”; pelos nomes, já se imagina o laço necessário para a união nesse percurso. Agradeço aos ouvidos generosos e às conversas amistosas e incentivadoras.

À minha família, pelo apoio incondicional na realização dos meus sonhos, por todo amor e ternura que nos une e que me faz seguir firme no dia a dia.

Por fim, ao programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional de Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará – *Campus* de Sobral, por sustentar as condições institucionais necessárias para que esta dissertação fosse possível.

Para finalizar esta seção, recordo que nas vésperas do resultado da seleção do mestrado, há quase dois anos, eu havia sonhado que precisava calcular um lado de um triângulo. Uma questão matemática colocada como desafio, mas que acordei antes de solucionar. Pensei depois, acordada: um lado, uma incógnita, um novo ângulo. Hoje, de coração cheio, vibrante e forte por essa conquista, esse sonho sonhado há muito se desenha e ganha forma. Nesse compasso (escolar), calculado e desenhado a partir de um desafio, surge uma incógnita, que movimentou toda uma busca de novas perspectivas e o enlace de entrelinhas de novas aprendizagens à vista de novos ângulos.

“No compasso que circunscribe as entre(linhas),  
Há linhas firmes:  
Entre possibilidades e limites.  
Circulam vazios e contornos,  
Diante do sujeito e seu entorno.  
No movimento que faz formas,  
Se inscreve angústias e desejos para o que (em si) se inova.”

Débora Rocha Carvalho



## RESUMO

A práxis analítica nas políticas de atenção psicossocial envolve um trabalho complexo, pois precisa apreender as múltiplas dimensões que estão presentes no cotidiano dessa atuação. Exige uma capacidade inventiva, de trabalho articulado com diferentes saberes, partindo de um saber ampliado sobre o contexto e um olhar que compreenda a complexidade da vida em suas infinitas manifestações. Partindo disso, a presente dissertação trata de uma pesquisa de cunho exploratório de abordagem qualitativa, que objetiva gerar conhecimento acerca das aproximações e dos distanciamentos entre a psicanálise e as políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial, a partir da escuta dos profissionais de orientação psicanalítica da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental de Sobral (RAISM). O método utilizado se constituiu por dois procedimentos em duas etapas distintas: i) o uso de formulário *online*; ii) o uso da técnica de roda de conversa com os profissionais que atuam a partir da orientação psicanalítica na RAISM de Sobral. A análise dos resultados, assim como a condução da roda de conversa com os participantes desta pesquisa, teve o referencial metodológico da pesquisa em psicanálise. Essa pesquisa lançou luz, a partir da escuta dos profissionais de orientação psicanalítica da RAISM, ao movimento do se aproximar e se distanciar e de conhecer os métodos possíveis da práxis analítica no contexto das políticas de atenção psicossocial, demonstrando que essa dinâmica, entre divergências e convergências, faz parte do contexto complexo que inclui outros discursos e saberes. Das aproximações, o quanto a práxis analítica acrescenta e fortalece a construção de uma atenção psicossocial, sobretudo na forma de compreender o sujeito e o sofrimento, assim como na relação do sujeito consigo mesmo e no campo social. Dos distanciamentos, de quando a psicanálise como práxis opera no campo da saúde mental de forma a não enquadrar ou corrigir o sujeito; ela, por sua vez, produz laço transferencial. Portanto, não é funcionalista e não se adapta aos interesses de uma política neoliberal. Concluímos que não seria a exclusão das divergências que poderia solucionar e dar espaço ao trabalho analítico de forma “efetiva”, mas, justamente, da importância dessa tensão, para que nesse movimento se incite a reflexão acerca da práxis nas instituições, expondo o que a psicanálise pode acrescentar nesses serviços, e vice-versa, em constante construção.

**Palavras-chave:** Psicanálise; Políticas Públicas; Saúde Mental.

## ABSTRACT

The analytical praxis in psychosocial care policies involves complex work, as it needs to grasp the multiple dimensions present in the daily activities of this practice. It requires an inventive capacity, working in coordination with different areas of knowledge, starting from an expanded understanding of the context and a perspective that comprehends the complexity of life in its infinite manifestations. Based on this, the present dissertation addresses an exploratory research with a qualitative approach, aiming to generate knowledge about the convergences and divergences between psychoanalysis and public policies on mental health and psychosocial care, from the perspective of psychoanalytically oriented professionals of the Sobral Comprehensive Mental Health Care Network (RAISM). The method used consisted of two procedures in two distinct stages: i) the use of an online form; ii) the use of the conversation circle technique with professionals who work from a psychoanalytical orientation in RAISM of Sobral. The analysis of the results, as well as the conduction of the conversation circle with the participants of this research, followed the methodological framework of psychoanalytic research. This research shed light, from the listening of the psychoanalytically oriented professionals of RAISM, on the movement of approaching and distancing and of knowing the possible methods of analytical praxis in the context of psychosocial care policies, demonstrating that this dynamic, between divergences and convergences, is part of the complex context that includes other discourses and knowledge. Regarding the convergences, how much analytical praxis adds and strengthens the construction of psychosocial care, especially in the way of understanding the subject and suffering, as well as in the relationship of the subject with themselves and in the social field. Regarding the divergences, when psychoanalysis as praxis operates in the field of mental health in a way that does not frame or correct the subject; instead, it produces a transference bond. Therefore, it is not functionalist and does not adapt to the interests of neoliberal policy. We conclude that it would not be the exclusion of divergences that could solve and give space to analytical work in an "effective" way, but rather, the importance of this tension, so that this movement incites reflection on praxis in institutions, exposing what psychoanalysis can add to these services, and vice versa, in constant construction.

**Keywords:** Psychoanalysis; Public policy; Mental health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico sobre a abordagem psicoterapêutica ou linha teórica-clínica que direciona a atuação nas práticas clínicas dos participantes da pesquisa.....	35
Figura 2 – Gráfico de como os participantes da pesquisa se autodeclaram.....	35
Figura 3 – Trecho do livro utilizado para finalizar a roda de conversa.....	61
Figura 4 – Trecho do livro utilizado para finalizar a roda de conversa.....	62

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial tipo II
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CE	Ceará
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CSF	Centro de Saúde da Família
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
UEVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
MPPPP	Mestrado Profissional em Psicologia e Políticas Públicas
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAIPS	Núcleo de Articulação Intersectorial de Prevenção ao Suicídio
NAPS	Núcleo de Atenção e Prevenção ao Suicídio
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PEP	Primeiro Episódio Psicótico
PPSM	Política Pública de Saúde Mental
RAISM	Rede de Atenção Integral de Saúde Mental
RP	Reforma Psiquiátrica
SICC	Sistema Integrado da Comissão Científica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>A PSICANÁLISE NO CAMINHO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>A reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise.....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO PROPOSTA PARADIGMÁTICA DO PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1</b>	<b>A atuação do psicanalista no campo da saúde mental e atenção psicossocial</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
<b>4.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>26</b>
<b>4.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>26</b>
<b>5</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>27</b>
<b>5.1</b>	<b>Perguntas norteadoras acerca da relação do profissional de orientação psicanalítica e o contexto dos serviços (explorar as aproximações e os distanciamentos) .....</b>	<b>28</b>
<b>5.2</b>	<b>Perguntas norteadoras sobre a práxis do psicanalista (conhecer os métodos de trabalho que têm sido propostos pelos participantes) .....</b>	<b>29</b>
<b>5.3</b>	<b>Cenário de pesquisa.....</b>	<b>30</b>
<b>5.4</b>	<b>Participantes .....</b>	<b>30</b>
<b>5.5</b>	<b>Formulário eletrônico .....</b>	<b>31</b>
<b>5.6</b>	<b>Instrumento .....</b>	<b>31</b>
<b>5.7</b>	<b>Análise dos resultados.....</b>	<b>31</b>
<b>5.8</b>	<b>Procedimentos éticos .....</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PERFIL DO PROFISSIONAL PSI (PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS) DA RAISM DE SOBRAL.....</b>	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>RE(CORTES) DAS ENTRE(LINHAS) DA RODA DE CONVERSA.....</b>	<b>36</b>
<b>7.1</b>	<b>Hamlet e a sua práxis de orientação psicanalítica .....</b>	<b>37</b>
<b>7.2</b>	<b>Macbeth e a sua práxis de orientação psicanalítica .....</b>	<b>40</b>

<b>7.3</b>	<b>Otelo e a sua práxis de orientação psicanalítica .....</b>	<b>43</b>
<b>8</b>	<b>“É UM TRABALHO HERCÚLEO”: DISCUSSÃO ACERCA DA SUSTENTAÇÃO DA PRÁXIS ANALÍTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE HAMLET, MACBETH E OTELO .....</b>	<b>48</b>
<b>8.1</b>	<b>A direção do tratamento: “o nosso bisturi é a palavra”, “a gente lida com o resto, com aquilo que ninguém quer saber” .....</b>	<b>53</b>
<b>8.2</b>	<b>O rebotinho da roda de conversa: as entrelinhas dos ditos .....</b>	<b>59</b>
<b>9</b>	<b>EM DIREÇÃO AO FINAL DE UM INÍCIO .....</b>	<b>63</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE PERFIL DO PROFISSIONAL PSI DA RAISM DE SOBRAL.....</b>	<b>71</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE VOZ .....</b>	<b>79</b>
	<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>80</b>
	<b>ANEXO B – PARECER DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL .....</b>	<b>84</b>
	<b>ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL .....</b>	<b>86</b>
	<b>ANEXO D – RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO DE CONSULTORIA .....</b>	<b>87</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A práxis analítica nas políticas de atenção psicossocial envolve um trabalho complexo, pois precisa apreender as múltiplas dimensões que estão presentes no cotidiano dessa atuação. Exige uma capacidade inventiva, de trabalho articulado com diferentes saberes, partindo de um saber ampliado sobre o contexto e um olhar que compreenda a complexidade da vida em suas infinitas manifestações.

Como diria Paulo Amarante, seria necessário um tratamento teórico e metodológico só alcançável a partir de “uma perspectiva que prioriza um profundo e intenso diálogo entre as diferentes e diversas disciplinas e conhecimentos que nos falam do humano, possibilitando a criação de outros modos de olhar, de escutar, de cuidar”. Aponta para um trabalho que implique um olhar para a diversidade social e cultural para a produção do cuidado (Yasui; Luzio; Amarante, 2018, p. 175).

Foi a partir dos desafios da atuação na política de atenção psicossocial, diante do seu complexo contexto de cuidado, que me deparei com vários questionamentos acerca do meu fazer e os modos de sustentação do saber analítico no cotidiano do trabalho. Assim surgiu a proposta deste estudo.

Foi partindo das entre(linhas) do trabalho analítico nas instituições orientadas às determinações normativas da política nacional de saúde mental que questionamos a medida do traçado entre esses referenciais. Como citado metaforicamente na epígrafe deste trabalho, é como um compasso escolar que circunscreve o cotidiano do trabalho com a práxis psicanalítica, entre pontos distintos que fazem formas de abertura e fechamento desse compasso, entre perspectivas distintas de cada linha que entre(linhas) se aproximam e se distanciam.

Em minha inserção nas instituições públicas de saúde, vivenciei diferentes níveis de atenção à saúde pública do Sistema Único de Saúde (SUS). Minha primeira experiência profissional ocorreu na modalidade de Residência Integrada em Saúde (RIS) na ênfase da saúde da família e comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), a partir da qual pude atuar na atenção primária e nos percursos de rede com carga-horária definida pela RIS na atenção secundária (Policlínica regional e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS) e na atenção terciária (hospital-maternidade) no interior do Ceará.

Após finalizar a residência, permaneci como psicóloga contratada pelo mesmo município no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) por breve período. Depois ingressei como bolsista de extensão tecnológica na gerência de extensão em saúde na ESP/CE

e, no mesmo local, também fui supervisora geral de núcleo com o trabalho de melhorar o exercício das competências nos processos formativos dos residentes de psicologia na Residência Multiprofissional. Após esse período, atuei de forma breve em uma policlínica de Fortaleza. Atualmente, trabalho como psicóloga contratada em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II) de uma cidade do interior do estado do Ceará.

Foi no compasso desse percurso que me atentei à necessidade de traçar essa escrita, partindo das questões que surgem das entre(linhas), dos pontos, das reticências e das reflexões de cunho crítico sobre essas linhas que se aproximam e se distanciam quando circunscritas no cotidiano das experiências nas políticas públicas de saúde, mais propriamente no campo da saúde mental e da atenção psicossocial – que motivou o desejo de aprofundar os conhecimentos por meio deste mestrado.

Destaco as “entre(linhas)” como quem atua profissionalmente permeada de perspectivas distintas, inserida no contexto do trabalho institucional de onde se demanda o cumprimento de regras, normas e protocolos, mas que observa e escuta as entrelinhas desse cotidiano (nos atendimentos aos pacientes e aos seus familiares, nas discussões dos casos clínicos, no funcionamento das equipes multiprofissionais, na pluralidade das demandas do serviço etc.): os desafios, as possibilidades e os limites da práxis analítica nas políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial. Isso quando me deparei, como “sujeito analisante-da-situação”, com as regras institucionais, o saber biomédico dominante, a exacerbada preocupação com a produção e as atividades que se distanciam da escuta do singular do sujeito e da ética da psicanálise (Alberti; Figueiredo, 2006).

Nesse aspecto, Alberti e Figueiredo (2006) consideram que todos nós somos trabalhadores de saúde mental enquanto sujeitos, independentemente de sermos psicanalistas; mas quando esse sujeito é *atravessado* pela causa freudiana (em formação psicanalítica), é sempre um sujeito analisante da situação. E nesse lugar, ao interrogar o seu contexto institucional, o sujeito analisante-da-situação “é capaz de engendrar um questionamento que não só promove mudanças como também permite produzir um novo saber a partir da prática institucional” (Alberti; Figueiredo, 2006, p. 8).

Partindo disso, buscamos, nessa posição, por um saber tracejado a partir de um mal-estar que se orienta na possibilidade de elaboração daquilo que faz questionamentos, mas não no sentido de tamponar ou cessar o movimento da angústia com a produção de saberes definitivos, que paralise outras construções acerca desse assunto. É no sentido de buscar dar contornos aos vazios, entre angústias e desejos, para conferir um movimento de possibilidades e limites para as inovações na práxis psicanalítica nas políticas públicas. Trata-se da



perspectiva de construir um saber diante dos questionamentos cotidianos, que não cessam, mas que se movimentam para a possibilidade de reinventar e transformar práticas possíveis no contexto desafiador das políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial

Nesse sentido, essa investigação também é fruto do percurso até então realizado no curso do mestrado profissional em Psicologia e Políticas Públicas, o qual se propõe a formar mestres para a investigação e a formulação das práticas profissionais e institucionais em políticas públicas situadas na intersecção com a Psicologia. Daí partem também reflexões a respeito do contexto de trabalho no qual estou inserida hoje, no campo da saúde mental e da atenção psicossocial.

Diante disso, este estudo trata de uma pesquisa exploratória que visa conhecer as aproximações e os distanciamentos entre a psicanálise e a políticas de atenção psicossocial a partir da escuta dos profissionais de orientação psicanalítica da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental (RAISM) de Sobral.

A RAISM se fundamenta nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que se destaca no cenário nacional pela implementação e criação de políticas e técnicas baseadas numa concepção não manicomial das práticas terapêuticas (Sampaio; Carneiro, 2013). É reconhecida pelo trabalho em atenção à saúde a pessoas com transtornos mentais, de forma humanizada, integral, comunitária e acessível. Tem como proposta a articulação das redes de atenção básica, urgência/emergência e especializada e as demais políticas públicas: Justiça, Previdência Social, Ação Social e Educação, com vistas à superação do modelo hospitalocêntrico, sendo um marco histórico da Reforma Psiquiátrica em Sobral (Pereira; Andrade, 2001; Sá; Barros; Costa, 2007; Barros; Jorge, 2011).

Atualmente, a RAISM é constituída pelo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II “Damião Ximenes Lopes”, Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPS AD “Francisco Hélio Soares”, CAPS Infantojuvenil, Serviço Residencial Terapêutico “Lar Renascer”, Unidade de Acolhimento Adulto “José Laerte Fernandes Melo”, Unidade de internação psiquiátrica “Hospital Dr. Estevam Ponte” e Núcleo de atenção e Prevenção ao Suicídio (NAPS) (Sobral, 2023).

Por fim, tal pesquisa parte de questionamentos experienciados na trajetória das políticas públicas de saúde e atenção psicossocial. Retoma-se Freud (1919) na discussão acerca da psicanálise e das instituições de Saúde Pública, além de diversos autores psicanalistas experientes, tidos como referência na temática supracitada (Figueiredo; Tenório, 2002; Rinaldi, 2006; Quinet, 2010; Lima, 2012; Dunker; Kyrillos Neto, 2015; Broide; Broide, 2020; Danto, 2020).

Acerca dos estudos em Lacan, o presente estudo opta por não adentrar neles diretamente, tendo em vista a sua complexidade – que requer uma incursão mais detalhada do que a que se propõe a atual pesquisa, considerando inclusive a brevidade do tempo e o término do mestrado. Contudo, sempre que for oportuno, lançaremos mão das valiosas contribuições do autor, com o auxílio de outros autores que nos permitem ler e compreender os conceitos lacanianos.

## 2 A PSICANÁLISE NO CAMINHO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Diversos estudos e trabalhos têm sido publicados por pesquisadores do campo psicanalítico acerca da crescente presença dos psicanalistas nas instituições públicas de assistência à saúde mental (Figueiredo; Tenório, 2002; Rinaldi, 2006; Quinet, 2010; Lima, 2012; Dunker; Kyrillos Neto, 2015).

Rinaldi (2006, p. 141) menciona que esse movimento tem como consequência não somente “a ampliação do âmbito de incidência da prática psicanalítica, seguindo as ‘linhas de progresso’ propostas por Freud para a psicanálise em 1919, mas também o deslocamento do psicanalista de seu tradicional locus de trabalho – o consultório privado”, onde a sua prática é desenvolvida solitariamente junto a um sujeito –, para um espaço multiprofissional, onde outros profissionais de perspectivas distintas fazem parte da equipe.

É nessa diversidade de saberes e práticas envolvidos na construção desse campo plural (cada qual com a sua forma de conduzir o trabalho e situados em perspectivas distintas) que se inserem os analistas, destacando a importância da clínica a partir “de uma escuta do sujeito baseada na ética da psicanálise como uma ética de desejo” (Rinaldi, 2006, p. 142). Danto (2020), em seu livro “As clínicas públicas de Freud”, aprofunda a trajetória da psicanálise na perspectiva das políticas públicas, que ocorre desde Freud e os psicanalistas da primeira geração.

Em sua pesquisa histórica, Danto (2020) aponta que Freud, por volta dos anos que antecederam o término da Primeira Guerra, demonstrou-se preocupado com os efeitos devastadores desse contexto, assim como as perspectivas da psicanálise nessa situação. Isso o levou a considerar, no V Congresso Internacional de Psicanálise, em 1918, em Budapeste, a importância da criação de centros psicanalíticos de atendimento público e gratuito. Seu discurso no congresso supracitado e alguns escritos de 1919, como o texto “Caminhos da Psicoterapia Psicanalítica”, tiveram forte impacto e fizeram com que a primeira geração de psicanalistas despertasse para o trabalho analítico no campo social (Danto, 2020).

Nesse momento, Freud demonstra a importância da psicanálise nesse campo, incluindo-a como um direito que deve ser assegurado pelo Estado. Em suas palavras, em algum momento a consciência da sociedade iria despertar, advertindo-a de que o pobre tem tanto *direito* a auxílio psíquico quanto hoje em dia já o tem em cirurgias vitais (Freud, 2010). O autor explicou ainda que, em um momento como o que estavam passando, “de luta entre a necessidade humana e as forças socioeconômicas dominantes, os psicanalistas não podiam considerar somente a neurose do indivíduo como único *locus* de intervenção” (Danto, 2020, p.

20). Foi a partir daí que houve as primeiras experiências da psicanálise no âmbito da saúde pública, incluindo os questionamentos e a necessidade de rever a posição do procedimento terapêutico acerca da sua práxis fora do *setting* tradicional.

Foi então, a partir da crise social do pós-guerra, que Freud e os psicanalistas da primeira geração construíram um caminho de amparo e cuidados sociais por meio de clínicas públicas de atendimento psicanalítico gratuito, para pessoas em situação de pobreza ou miséria (Danto, 2020). No entanto, considerando esse contexto complexo, assim como a particularidade do método psicanalítico enquanto posicionamento ético, clínico e político da ética da psicanálise, apresentam-se impasses no campo das políticas públicas de saúde. Portanto, é fundamental essa discussão, tendo em vista que a sustentação de uma clínica analítica para além dos consultórios particulares é uma aposta, desde Freud, e uma escolha cada vez mais recorrente dos analistas (Danto, 2020).

Esse contexto histórico apresentado por Danto (2020) se torna relevante para adentrarmos com especificidade no Brasil, considerando os impasses da inserção do discurso do analista no campo da saúde mental hoje – e os desafios na sustentação de sua ética própria, através da clínica da escuta do sujeito.

## **2.1 A reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise**

A partir da década de 1970, sobretudo após a Reforma Sanitária concomitante à Reforma Psiquiátrica e à instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) – contribuindo para um novo olhar sobre o fenômeno saúde-adoecimento e ampliando a visão sobre o usuário em seus aspectos históricos e culturais –, tiveram início as medidas de valorização de prevenção de doenças e agravos e de promoção de saúde, incentivando a interdisciplinaridade, ações de reabilitação psicossocial e proteção da cidadania, entre outras práticas de proteção e recuperação da saúde com ênfase aos cuidados primários. Até esse momento, os maiores investimentos e recursos prioritários eram destinados às ações e serviços hospitalares e de pronto-atendimento (de níveis secundário e terciário) (Ceccim *et al.*, 2021).

Sabe-se, portanto, que foi a partir desse contexto, de um conjunto de movimentos sociopolíticos iniciados pela crítica à psiquiatria higienista do modelo biomédico, que os modelos de cuidado à saúde mental foram transformados. Diversos profissionais, incluindo psicanalistas e psicólogos, participaram desse processo e estiveram no centro das discussões; por exemplo, no caso do movimento das comunidades terapêuticas psiquiátricas de inspiração inglesa na antipsiquiatria dos anos 60 e no movimento dos trabalhadores de saúde mental no

Brasil nas décadas de 70 e 80. Nesse sentido, compreende-se que não é recente para psicanalistas e psicólogos esse convívio institucional; no entanto, a psicanálise naquela época era mais restrita aos psiquiatras e de pouco acesso aos demais profissionais (Figueiredo, 1997, 2002, 2019).

Foi mais precisamente na década de 1980 que alguns psicanalistas no Brasil se aproximaram dos movimentos político-sociais a fim de dialogar e contribuir para a consolidação da política pública de saúde e a criação de equipamentos de saúde que fortalecessem, além da cidadania, “a ética e a escuta do sujeito dentro de instituições públicas, propondo-se a realizar a promoção da saúde mental” (Maranhão; Vieira, 2019, p. 762), no sentido de transmitir e sustentar um conhecimento que advém do próprio sujeito na clínica psicanalítica.

Nesse assunto, vale ressaltar que a psicanálise no âmbito da saúde mental tece críticas ao contínuo exercício de promoção de cidadania quando não se considera a singularidade do sujeito, assim como o seu desejo (Michels; Machado; Pizzinato, 2022). De acordo com Rinaldi, Cabral e Castro (2008), nos dispositivos de saúde mental muitas vezes se prioriza práticas de resgate das habilidades sociais que podem se tornar verdadeiros imperativos de cidadania, sendo impostas ao usuário.

Nesses casos, muitas vezes, o usuário não necessariamente reconhece para si a importância dessa busca. Nesse sentido, considera-se a importância da escuta do sujeito em sua singularidade, como um trabalho articulado aos processos de ressocialização na saúde mental, o que “não quer dizer extinguir a dimensão social das demandas que se apresentam, mas sobretudo, considerar a apropriação singular que cada usuário faz delas”, isto é, a responsabilização do sujeito pela própria vida (Moreira; Kyrillos Neto, 2017, p. 117).

Maranhão e Vieira (2019) evidenciam, conforme suas experiências nos Centros de Saúde da Família e de Atenção Psicossocial, que há diferentes discursos e práticas que pensam e tratam as ações e os serviços de saúde mental – e que afetam o trabalho nesses equipamentos. Consideram que essa pluralidade pode acarretar a falta de articulação entre os saberes, sem ocorrer uma “tradução possível” para uma interlocução entre os profissionais; isso leva a uma certa estagnação do trabalho na perspectiva da luta antimanicomial, retornando a práticas manicomiais em serviços que *a priori* “teriam a função de criar práticas de cuidado à loucura que superem a lógica centrada na terapêutica medicamentosa, que considera o sofrimento primordialmente como efeito de fatores neuroquímicos, e de adequação do indivíduo” (Maranhão; Vieira, 2019, p. 765).

Portanto, vale refletir sobre tais discursos e práticas, sobretudo como o profissional de saúde compreende o sofrimento. Isso traz efeitos no modo como ele condiciona o tratamento e a cura. É nesse cenário, compreendendo tais diferenças, que estão os desafios do psicanalista na sua inserção na instituição de saúde pública, considerando a sua ética e base epistemológica distinta (Guedes; Nogueira; Junior, 2006).

Este estudo se direciona a partir do seguinte questionamento, tido como ponto de partida da presente pesquisa: Quais são os pontos de distanciamento e de proximidade (entre possibilidades e limites) da práxis analítica no cotidiano do trabalho no campo das políticas públicas de saúde e atenção psicossocial?

A hipótese do projeto desta pesquisa trouxe a aposta de que o trabalho do psicanalista apresenta efeitos no convívio das instituições públicas de saúde e vice-versa, na possibilidade de construção/transformação na perspectiva interprofissional/intersetorial de reinventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, com a atenção ampliada à singularidade dos sujeitos, mesmo diante de diferentes perspectivas e responsabilidades dos setores. Hipótese esta que será aprofundada nos próximos tópicos da pesquisa.

No entanto, vale ressaltar que não foi uma proposta desta pesquisa a percepção de campos disciplinares distintos com o objetivo de redução, complementaridade ou de destacar hegemonia de um campo sobre o outro. Valoriza-se aqui a possibilidade de construção de um saber multiprofissional, a fim de produzir um trabalho cooperativo entre saberes distintos e atores sociais (Guerra *et al.*, 2015).

Sabe-se que a interlocução entre a psicanálise e o campo da saúde mental vem se tornando cada vez mais efetiva, o que não quer dizer que os pontos de tensão entre os dois campos tenham sido eliminados ou deixados de lado (Alberti; Figueiredo, 2006). Cabe aos analistas a reflexão de sua prática nas instituições, expondo o que a psicanálise pode acrescentar nesses serviços (e vice-versa).

Trata-se de assegurar a abertura da escuta das demandas do contexto atual, o saber vivo e criativo que se inova nesse campo e a importância da inserção no tecido social. Seria, portanto, considerar “que nos espaços não tradicionais a psicanálise funde sua melhor essência a outros manejos”, entendendo de que modo técnica e ética analíticas se transformam na saúde mental pública, interseccionando seus fazeres aos movimentos da reforma psiquiátrica (Michels; Machado; Pizzinato, 2022, p. 2).

No entanto, essa interface entre psicanálise e saúde mental requer atenção maior por parte dos psicanalistas que não podem perder de vista em seu trabalho nas instituições o seu posicionamento clínico, ético e político baseado nos princípios da psicanálise – que

resguardam peculiaridades, incluindo ser “essencial a manutenção de um espaço em que as teorias e técnicas preestabelecidas possam ser suspensas de forma a criar um intervalo onde algo do sujeito – relacionado ao inusitado, à surpresa, à singularidade – possa aflorar” (Costa Val *et al.*, 2017, p. 1298).

### **3 A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO PROPOSTA PARADIGMÁTICA DO PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

A Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil teve início nos anos 1980 no contexto da reforma sanitária e da criação do SUS pela Constituição de 1988. Nos últimos anos da década de 80, em 1987, forma-se no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que passa a protagonizar os anseios e as iniciativas da RP nacional. Torna-se, assim, por meio do manifesto de Bauru, um marco, como um passo dado adiante na história do movimento da luta antimanicomial, que tem seu ponto máximo na Lei 10.2016, promulgada em 6 de abril de 2001 (Figueiredo, 2019, p. 80).

O manifesto, elaborado por um grupo de usuárias/os, familiares e trabalhadoras/es dos equipamentos de saúde, explicita que a atitude daquele Movimento marca uma ruptura, demarcando uma proposta paradigmática do processo da reforma psiquiátrica, ao recusar “o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas”, bem como ser contra a mercantilização da doença e de uma reforma sanitária privatizante e autoritária. Manifestaram uma “reforma sanitária democrática e popular, pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos e pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988” (Saúde Mental, 2018, p. 1).

Nessa direção, as Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1992 e 2001 apresentaram propostas significativas que contribuíram na política de formação de recursos humanos, financiamento e controle social, avançando na compreensão do desenvolvimento de serviços abertos de base territorial. Tais serviços apresentam como propósito ser substitutivos das instituições manicomiais, na perspectiva de um cuidado integral através do trabalho em equipe multiprofissional, “criando um novo campo com uma proposta de ampliação e diversificação das práticas na saúde mental: o campo da Atenção Psicossocial” (Figueiredo, 2019, p. 80).

Acerca desse assunto, Yasui, Luzio e Amarante (2019) destacam que a Atenção Psicossocial como proposta paradigmática do processo da RP aponta para uma importante ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica, a qual reduz o funcionamento psíquico a uma classificação nosográfica, de nomenclaturas diagnósticas com base em uma linguagem neurobioquímica a partir da avaliação de processos cerebrais em que seus desvios são nomeados como transtornos mentais. Destaca ainda que essa ruptura foi fundamental para um novo modo de olhar e compreender a experiência humana, “um olhar para o sofrimento



humano em articulação com o plano da vida”, mudando assim o objeto “que deixa de ser a doença e passa a ser a complexidade da vida” (Yasui; Luzio; Amarante, 2018, p. 175).

Para Franco Basaglia (2005), crítico da psiquiatria tradicional e importante referência para as reflexões do campo da saúde mental e atenção psicossocial, a psiquiatria clássica não compreende o paciente em sua subjetividade e aspectos do seu contexto social, analisando a sua existência exclusivamente por meio de diagnósticos naturalizados e abstratos. Dessa forma, considera o sujeito entre parênteses, dando lugar prioritário à doença como fenômeno da natureza. No entanto, a percepção de Basaglia acerca da Atenção Psicossocial diz que é preciso uma inversão, em que a doença deveria ficar entre parênteses, para então o sujeito ser visto por meio da sua existência-sofrimento.

Nesse sentido, Victor, Elia e Simioni (2020, p. 141) apontam que a atenção psicossocial “convoca o usuário, aquele que sofre ou que faz sofrer, a um protagonismo na fala e sua escuta, no qual sua posição como sujeito psicossocial vai se delineando e no qual a responsabilização é possível, ocasionando mudanças reais de posição e, portanto, redução de sofrimento”.

Isso faz com que as relações que circundam o sujeito precisem ser consideradas com as questões impostas por ele, “revelando em ato que essas questões não são individuais, isoladas, nem gozam de autonomia psicofísica e produzindo mudanças na posição da própria sociedade no convívio com a loucura, com o desvio, com o que tende a permanecer segregado” (Victor, Elia, Simioni, 2020, p. 141).

Dessa forma, o trabalho na Atenção Psicossocial exige um olhar amplo e complexo; não basta analisar o corpo que adoce apenas a partir da racionalidade psiquiátrica, com causas prioritariamente biológicas. É necessário um saber que compreenda esse corpo atravessado por múltiplos planos (históricos, sociais, econômicos) e múltiplas histórias que compõem a singularidade de cada situação (Yasui; Luzio; Amarante, 2018, p. 175).

### **3.1 A atuação do psicanalista no campo da saúde mental e atenção psicossocial**

Faz-se necessário compreender como atua o analista no campo da saúde mental e atenção psicossocial, tendo em vista a sua ética própria no manejo de conceber o sujeito como sujeito da falta, “de uma incompletude que o faz dar-se conta das pistas de seu próprio desejo, em detrimento de promover uma suposta significação total” (Amorim, 2020, p. 35). Assim, o analista não responde à demanda do lugar de poder enquanto saber sobre o sujeito, mas a

redireciona, dando espaço para a singularidade do sujeito, para que ele mesmo possa se interrogar acerca da sua demanda e construir um saber sobre si.

Daí a ética da psicanálise como base do posicionamento e da atuação do psicanalista, pois parte de um manejo próprio, que repercute em como conceber o sofrimento, o tratamento e a cura. No entanto, é importante a indagação: como realizar essa escuta do sujeito, em sua singularidade, nas situações sociais críticas?

Esse questionamento parte dos estudos realizados por Jorge Broide e Emília Broide (2020), que definem as “situações sociais críticas” como urgências sociais, que convocam a responsabilidade do analista diante do mal-estar na cultura, do desamparo psíquico e social. De acordo com esses autores, a práxis analítica nesse campo contribui ao transmitir “àqueles que trabalham no campo social – técnicos, gestores, equipes de apoio, agentes comunitários, cozinheiros, faxineiros, enfim, todos que estão em contato com a população atendida – a sustentação de uma ética na escuta dos sujeitos”. Uma escuta atenta ao sujeito em seu sofrimento e/ou sintoma, diferente do que se compreende como tutela, a rígida disciplina e obediência a qualquer procedimento burocrático (Broide; Broide, 2020, p. 31).

Desse modo, partindo dessa compreensão do trabalho analítico, faz-se necessário refletir sobre como esse trabalho ocorre no campo da saúde mental e atenção psicossocial, considerando as aproximações e os distanciamentos acerca das ideias sobre sujeito, demanda, tratamento, sofrimento e intervenção. Essa questão diz respeito “à emergência do discurso do analista no laço social, em que o analista sustenta um lugar de escuta do sujeito em sua diferença” (Maranhão; Vieira, 2019, p. 765).

Isso, pois, compreendendo que o modelo biomédico predomina nas instituições públicas de saúde, partindo do seu discurso hegemônico no laço social, apresentando uma posição de dominância nas políticas públicas como forma estratégica de controle social de uma forma geral – e não somente no âmbito da saúde. Esse lugar de dominância discursiva do modelo biomédico e das práticas psiquiátricas sobre as subjetividades contemporâneas, por meio dos manuais de classificação – o DSM-5 e o CID-10 –, reduz a condição singular do sujeito a uma lógica universalizante, sem considerar o sujeito em suas diferenças (Danziato; Martins; Matos, 2018).

Nesse sentido, há uma tendência nesse contexto em demandar que as práticas psicológicas se direcionem para o ajustamento de comportamentos e emoções, atrelando recomendações médicas para o tratamento, considerando o paciente como passivo e desprovido de qualquer saber referente a si próprio, como quem aceita passivamente a

medicalização do sofrimento e da vida – e assim, de certa forma, o controle social dos corpos e das subjetividades.

Contudo, ergue-se o questionamento do porquê desse discurso ser tão sedutor para a maioria dos profissionais da área de saúde mental, a ponto de submeterem as práticas psicológicas a um reducionismo ideológico e segregatório das classificações psiquiátricas sem estranhamento (Danziato; Martins; Matos, 2018). A psicanálise, por sua vez, enquanto ética, clínica e política, dirige duras críticas a esse modo de compreender o sofrimento.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Conhecer as aproximações e os distanciamentos entre a psicanálise e as políticas de atenção psicossocial a partir da escuta dos profissionais de orientação psicanalítica da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental de Sobral.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Identificar as aproximações do trabalho analítico nas Políticas Públicas de Saúde Mental;
- Identificar os distanciamentos do trabalho analítico nas Políticas Públicas de Saúde Mental;
- Conhecer os métodos de trabalho que têm sido propostos pelos profissionais de orientação psicanalítica nas Políticas Públicas de Saúde Mental e atenção psicossocial.

## 5 MÉTODO

Este estudo trata de uma pesquisa de cunho exploratório de abordagem qualitativa, que objetiva gerar conhecimento acerca das aproximações e dos distanciamentos entre a psicanálise e as políticas de atenção psicossocial a partir da escuta dos profissionais da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental (RAISM) de Sobral. Esse tipo de pesquisa proporciona visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato, com a finalidade de desenvolver, esclarecer e/ou modificar conceitos e ideias, “tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (Gil, 2008, p. 27; Gerhardt; Silveira, 2009).

O método foi constituído por dois procedimentos em duas etapas distintas: i) o uso de formulário *online*; ii) o uso da técnica de roda de conversa com os profissionais que se autodeclararam psicanalistas ou que atuam a partir da orientação psicanalítica na RAISM de Sobral. A análise dos resultados, assim como a condução da roda de conversa com os participantes desta pesquisa, teve o referencial metodológico da pesquisa em psicanálise. Partindo dessa proposta, a pesquisa levou em conta a implicação do pesquisador em uma relação.

Segundo Nogueira (2004), a pesquisa em psicanálise se associa ao método freudiano, destacando daí uma nova lógica metodológica, ao convidar o analisante a falar e a associar livremente – que é o papel fundamental na relação transferencial. O autor reforça que Freud enumerou três aspectos da psicanálise: “como tratamento”, “como pesquisa” e “como uma teoria psicológica”, considerando-os sempre juntos, pois não se pode pensar em pesquisa psicanalítica a não ser na relação analítica, “obtida através da relação entre falantes e não em uma relação objetiva de investigação” (Nogueira, 2004, p. 87).

Dessa forma, foi considerada, inicialmente, uma revisão de literatura, da qual foi destacada ideias-chave da relação da pesquisadora com os textos lidos com referência aos objetivos desta pesquisa, e, posteriormente, foram enviados formulários eletrônicos para os profissionais psicólogos e psiquiatras da RAISM do município de Sobral. A primeira etapa das respostas do formulário realizou a construção do perfil do profissional psi da RAISM de Sobral, e a segunda etapa do formulário foi direcionada aos profissionais psi que se autodeclararam psicanalistas ou que atuavam a partir da orientação psicanalítica, para aprofundar as discussões acerca do objetivo geral deste estudo em formato de roda de conversa.

A escolha dos procedimentos, materiais e instrumentos para coleta de dados direcionou-se para o formato de rodas de conversa, pela sua potencialidade na produção de narrativas individuais e/ou coletivas, que, por sua vez, possibilitam discussões e reflexões associadas a conteúdos e análises sobre inserções sociais, vivências de práticas específicas e experiências subjetivas em dado tema.

Moura e Lima (2014) destacam o uso de rodas de conversa como produção de narrativas mnemônicas entre pares, que possibilita um espaço propício à escuta, ao diálogo e à singularidade das partilhas em que o pesquisador integra a conversa e a produção de dados.

Desse modo, no que tange à pesquisa, foi realizada uma roda de conversa associada a dois eixos temáticos pré-definidos com base na revisão de literatura feita: 1. A relação do profissional de orientação psicanalítica e o contexto dos serviços (explorar as aproximações e os distanciamentos); 2. Sobre a práxis do psicanalista (identificar os métodos de trabalho que têm sido propostos pelos participantes). A roda de conversa partiu desses eixos, a partir de perguntas disparadoras para o diálogo em associação livre. Foi utilizado um gravador para posteriormente efetuar uma nova escuta, a fim de se obter elaborações acerca da experiência.

A roda de conversa ocorreu no dia 21 de março de 2024, no período da noite, após contato via telefone e articulação de datas e horários possíveis para os participantes. O local escolhido foi a Universidade Federal do Ceará (UFC), *campus* de Sobral, em sala apropriada com permissão via termo de responsabilidade da sala utilizada.

A roda de conversa teve duração de 2 horas (sendo 1 hora e 35 minutos de gravação), mediada pela proponente deste projeto com o apoio de uma bolsista de pesquisa, graduanda de psicologia da UFC. O número de participantes foi de 3 profissionais, sendo estes 2 psiquiatras e 1 psicóloga de orientação psicanalítica. Compreende-se, a partir de uma abordagem qualitativa, ser este um número suficiente que possibilita a discussão e certo aprofundamento no tema de nível exploratório, obtendo-se os dados para se alcançar os objetivos propostos pela pesquisa.

A princípio, a roda de conversa iniciou com uma introdução acerca da pesquisa e seus objetivos, além de ter sido o momento para a leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de autorização do uso de voz. Após a assinatura, deu-se início à gravação de áudio, e a roda de conversa foi conduzida, em síntese, da seguinte forma, partindo de perguntas norteadoras de cada eixo exposto a seguir.

### **5.1 Perguntas norteadoras acerca da relação do profissional de orientação psicanalítica e o contexto dos serviços (explorar as aproximações e os distanciamentos)**

- Como foi a sua aproximação com a Psicanálise? Conhecer a trajetória.
- Como foi a sua chegada na instituição?
- Como é o cotidiano do trabalho no contexto institucional?
- Quais são as maiores dificuldades/desafios nesse contexto?
- Como é atuar a partir da orientação psicanalítica na RAISM? Qual seria a especificidade em atuar com a psicanálise na RAISM?
- Quais são as aproximações e os distanciamentos entre a psicanálise e a política da saúde mental e atenção psicossocial, como você percebe isso na instituição onde você atua?

### **5.2 Perguntas norteadoras sobre a práxis do psicanalista (conhecer os métodos de trabalho que têm sido propostos pelos participantes)**

- Você realiza atendimentos clínicos? O que é o atendimento clínico? Como que acontece?
- Você destacaria algum aspecto específico da direção do tratamento na clínica com usuários do seu equipamento?
- Há discussão de casos com a equipe multiprofissional? Se sim, como ocorre e como são feitas? O que se discute?
- Trecho de Jorge Broide e Emília Broide (2020).

De acordo com Broide e Broide (2020), o saber psicanalítico não é suficiente para dar conta da complexidade da vida contemporânea e no campo das políticas de atenção psicossocial. Considera que a nossa prática no atendimento em situações sociais críticas tem nos trazido inúmeras indagações e nos levado à interação com outros profissionais e saberes de diferentes campos.

- Nesse sentido, vocês recorrem a alguma base teórica além da psicanálise?

Sendo assim, a proposta, a partir dessas perguntas disparadoras, foi de construir uma resposta possível, não suficiente, acerca dos eixos apresentados que norteiam esta pesquisa, a fim de explorar e conhecer as aproximações e os distanciamentos entre a psicanálise e as políticas de atenção psicossocial a partir da escuta dos profissionais de orientação psicanalítica da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental de Sobral.

### 5.3 Cenário de pesquisa

A cidade de Sobral se localiza na zona do sertão centro-norte do Estado do Ceará, com população estimada em 203.023 pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020). O município é considerado referência para a região, enquanto política, economia, cultura e saúde. É reconhecido como um dos municípios mais desenvolvidos do estado do Ceará, ocupando o segundo lugar depois de Fortaleza (Sobral, 2023).

No tocante à saúde mental, o município inclui a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental – RAISM como uma proposta de organização dos serviços da Rede de Saúde Mental de Sobral. É constituída pelo Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II “Damião Ximenes Lopes”, Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas - CAPS AD “Francisco Hélio Soares”, CAPS Infantojuvenil, Serviço Residencial Terapêutico “Lar Renascer”, Unidade de Acolhimento Adulto “José Laerte Fernandes Melo”, Unidade de internação psiquiátrica “Hospital Dr. Estevam Ponte” e Núcleo de atenção e Prevenção ao Suicídio (NAPS) (Sobral, 2023).

Formam o campo profissional da RAISM do município de Sobral: profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, terapeuta ocupacional, assistentes sociais, psicólogos, psicopedagogos, médicos psiquiatras, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas e oficinairos (Sobral, 2023).

A RAISM se fundamenta nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que se destaca no cenário nacional pela implementação e criação de políticas e técnicas baseadas numa concepção não manicomial das práticas terapêuticas (Sampaio; Carneiro, 2013).

### 5.4 Participantes

Os participantes foram profissionais que declararam atuação de orientação psicanalítica no campo da saúde mental e atenção psicossocial da RAISM de Sobral.

Como critério de inclusão para a participação nesta pesquisa, os participantes deveriam: 1) ser profissionais que atuavam a partir da orientação em psicanálise, 2) estar atuando na RAISM de Sobral, 3) entender os objetivos da pesquisa e 4) se voluntariar em participar do estudo. Como critério de exclusão, os profissionais que tenham menos de 6 meses de experiência profissional na RAISM de Sobral.

Os participantes foram identificados e selecionados por meio de um formulário eletrônico geral disparado para a construção do perfil psi da RAISM de Sobral, para depois



captar os profissionais psi que fossem atravessados pelos princípios psicanalíticos conforme os critérios de inclusão. A busca dos contatos desses profissionais para envio do formulário se deu a partir da liberação de acesso da Secretaria de Saúde de Sobral, em que a equipe da coordenadoria da atenção psicossocial do município forneceu os dados desses profissionais, incluindo telefones e e-mails, para o envio do formulário.

Após identificar os potenciais participantes com base nas respostas do formulário, eles foram contatados por telefone e convidados a fazer parte da segunda etapa da pesquisa, no formato de roda de conversa.

### **5.5 Formulário eletrônico**

O formulário eletrônico foi organizado considerando os dados sociodemográficos dos profissionais, bem como perguntas que se relacionem com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa (Apêndice A).

### **5.6 Instrumento**

Quanto às estratégias de registro, foram adotadas a escrita e a gravação do encontro. A gravação nesta pesquisa não foi para a transcrição literal do conteúdo dos encontros, mas como recurso de elaboração em momento posterior, de modo que a pesquisadora pudesse elaborar uma escrita como uma nova escuta para apreender outras percepções e sentidos. Dessa forma, a pesquisa esteve em consonância com a premissa freudiana enquanto pesquisa em psicanálise, de que toda descrição implica em uma construção particular (Nogueira, 2004).

### **5.7 Análise dos resultados**

O tratamento analítico foi realizado a partir do texto escrito da gravação dos encontros. Segundo Iribarry (2003), é importante para o pesquisador psicanalítico transformar o seu dado em texto. Texto este que precisa ser escutado durante a leitura adotada pelo pesquisador.

Desse modo, o autor considera a “escuta dirigida pelo olhar e a leitura-escuta”, de tal forma que, ao transcrever o texto, o pesquisador toma-o na sua dimensão significativa, ao identificar contribuições singulares e diferenciadas daquelas que a literatura fornece, como

possibilidade de abertura de sentidos que podem contribuir com o problema norteador da pesquisa.

Nesse sentido, o autor cita o termo “transferência instrumentalizada” como processo por meio do qual o pesquisador se relaciona aos resultados da pesquisa situados pelo texto dos participantes e articula seus achados com a literatura trabalhada. Além disso, “busca elaborar impressões que reúnem as suas expectativas diante do problema de pesquisa e as impressões dos participantes que forneceram suas contribuições na forma de dados coletados” (Iribarry, 2003, p. 129).

Desse modo, o primeiro sujeito da pesquisa é o próprio pesquisador psicanalítico, compreendendo a implicação dele como participante importantíssimo na investigação realizada, pois é necessário admitir que uma pesquisa em que o pesquisador não se implica como sujeito seria impossível, “já que é pelo punho do pesquisador que uma contribuição conceitual vai se organizar durante o processo de pesquisa” (Iribarry, 2003, p. 122).

## **5.8 Procedimentos éticos**

Destaca-se que a pesquisa respeitou o que preconiza a Resolução n.º 466/12 e a Resolução n.º 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, nos quais o estudo deverá oferecer riscos mínimos à integridade física, psíquica e moral dos participantes.

Este estudo foi avaliado e aprovado pela Plataforma Sabóia do Sistema Integrado da Comissão Científica (SICC) de Sobral, vinculado ao comitê de ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA), bem como pela Plataforma Brasil, possuindo o CAAE n.º 77276424.8.0000.5053. A pesquisa de campo deu início após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), relativo à participação na roda de conversa, e do termo de autorização de uso de voz (Apêndice C) pelos participantes.

Os encontros foram conduzidos de acordo com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS/MS n.º 466/12, que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos, assegurando ao participante o sigilo e o seu anonimato na escrita da pesquisa. Dito isso, o risco do procedimento foi mínimo e garantiu inclusive que o participante não precisaria continuar a participar da pesquisa caso sentisse algum incômodo durante a roda de conversa, tendo todo o apoio necessário. No entanto, isso não ocorreu, e todos participaram do início ao fim da roda.

## **6 DESCRIÇÃO DO PERFIL DO PROFISSIONAL PSI (PSICÓLOGOS E PSQUIATRAS) DA RAISM DE SOBRAL**

A RAISM de Sobral atualmente possui 21 profissionais psi; dentre esses, 18 responderam ao formulário da construção do “Perfil profissional psi da RAISM de Sobral” (formulário na íntegra em anexo). Considerando a formação inicial dos participantes, obtivemos 10 respostas do núcleo profissional de psicologia e 8 respostas do núcleo profissional de medicina/psiquiatria.

Considerando os dados sociodemográficos, a maioria das respostas foi de participantes do sexo feminino (66,7 %), seguida do sexo masculino (33,7%), transgênero (0%) e não-binário (0%), raça/cor branca (55,6%), parda (38,9%), preta (5,6%), amarela (0%), indígena (0%). As idades ficaram entre 23 anos e 43 anos; sobre o estado civil, a maioria é solteira (55,6%), seguida por em união estável (22,2%) e casados (22,2%). Nenhum é viúvo ou divorciado/separado. Em relação à religião, obteve-se maioria católica (55,6%); em seguida, espírita (5,6%) e sem religião (38,9%), protestante ou evangélica (0%), matriz afro-brasileira (0%) e outra (0%).

Na etapa acerca da trajetória e da formação profissional, tivemos representatividade nas respostas dos seguintes equipamentos da RAISM: Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II “Damião Ximenes Lopes” (33,3%), Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) “Francisco Hélio Soares” (27,8%), Unidade de internação Hospital Dr. Estevam Ponte (27,8%), CAPS Infantojuvenil (11,1%), Unidade de Acolhimento Adulto “José Laerte Fernandes Melo” (0%), Serviço Residencial Terapêutico “Lar Renascer” (0%) e Núcleo de Articulação Intersetorial de Prevenção ao Suicídio (NAIPS) (0%).

Além disso, acerca do tempo que trabalham na RAISM, a metade trabalha entre 1 ano e 5 anos (50%), 6 meses a 1 ano (27,8%), menos de 6 meses (5,6%), 5 a 10 anos (5,6%) e acima de 10 anos (11,1%). Sobre o tempo de atuação no SUS, a metade trabalha entre 1 ano e 5 anos (50%), 6 meses a 1 ano (11,1 %), menos de 6 meses (0%), 5 a 10 anos (27,8%) e acima de 10 anos (11,1%).

Em relação à abordagem psicoterapêutica ou linha teórica-clínica que direciona a atuação nas práticas clínicas, os participantes responderam: Psicanálise (33,3%), Analítico-comportamental (27,8%), Gestalt-terapia (16,7%), Terapia Cognitivo Comportamental - TCC (5,6%), Psicologia Analítica (0%), Abordagem sócio-histórica (5,6%), Psicodrama (5,6%) e outra (sem resposta/não especificado pelo profissional) (5,6 %).

Sobre a titulação, eles responderam: Graduação (5,6%), Especialização – Concluída (33,3%), Especialização – Em andamento (0%), Especialização em serviço (Residência em saúde) – Concluída (16,7%), Especialização em serviço (Residência em saúde) – Em andamento (16,7%), Mestrado – Concluído (22,2%), Mestrado – Em andamento (5,6%), Doutorado – Concluído (0%), Doutorado – Em andamento (0%), Pós-doutorado – Concluído (0%) e Pós-doutorado – Em andamento (0%).

Quando perguntados sobre realizar análise ou terapia pessoal, 12 participantes responderam que sim (66,7%) e 6 participantes responderam que não (33,3%). Em relação a realizarem supervisão clínica, a maioria respondeu que não (72,2%), e outros responderam que sim (27,8%). Sobre realizarem estudos teóricos e/ou participarem de grupos de estudos acerca das temáticas da sua atuação no campo das políticas de atenção psicossocial, a maioria respondeu que sim (83,3%), enquanto outros responderam que não (16,7%).

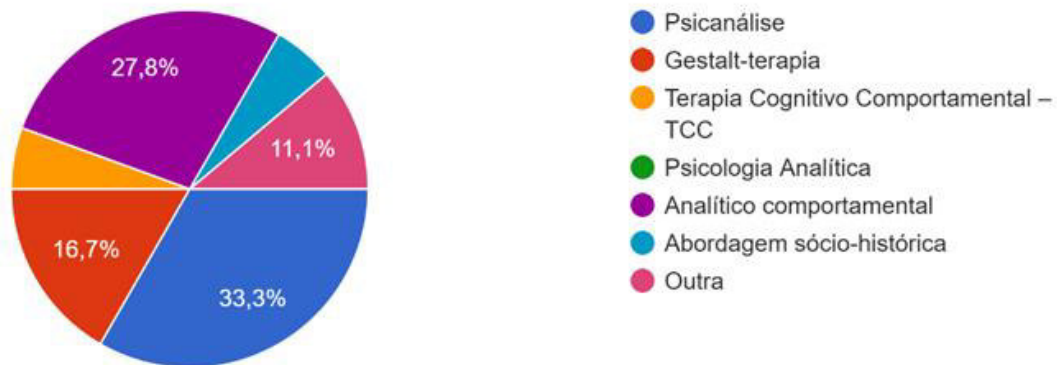
Na última etapa do questionário, para os profissionais psi que se autodeclararam psicanalistas ou que atuam a partir da orientação psicanalítica, 14 profissionais (77,8%) responderam que não se autodeclararam “nenhuma das alternativas” indicadas no formulário. Restando, portanto, 11,1% que responderam “psicólogos de orientação psicanalítica” e 11,1% que responderam “psiquiatras de orientação psicanalítica”, somando o total de 4 profissionais psi. Não obtivemos respostas para a opção “psicanalista”.

Por fim, adiante no formulário, para os 4 profissionais que se autodeclararam “de orientação psicanalítica”, foi perguntado sobre a disponibilidade e o interesse para participação de uma roda de conversa sobre o assunto “Psicanálise e políticas de atenção psicossocial” e todos (100%) responderam “sim”.

Destacamos ainda que, no formulário, quando perguntados sobre a abordagem psicoterapêutica ou linha teórica-clínica que direciona as práticas clínicas, 6 participantes responderam “psicanálise” (33,3%); no entanto, na última etapa, quando perguntados sobre “como você se autodeclara”, somente 4 responderam que se declaravam “de orientação psicanalítica” (22,2%). Os outros dois responderam a opção “nenhuma das alternativas acima”; logo, não se consideraram “psicanalistas” e nem “psicólogo ou psiquiatra de orientação psicanalítica”, mesmo considerando anteriormente que a sua linha teórica-clínica seria a psicanálise como direcionamento da sua atuação nas práticas clínicas.

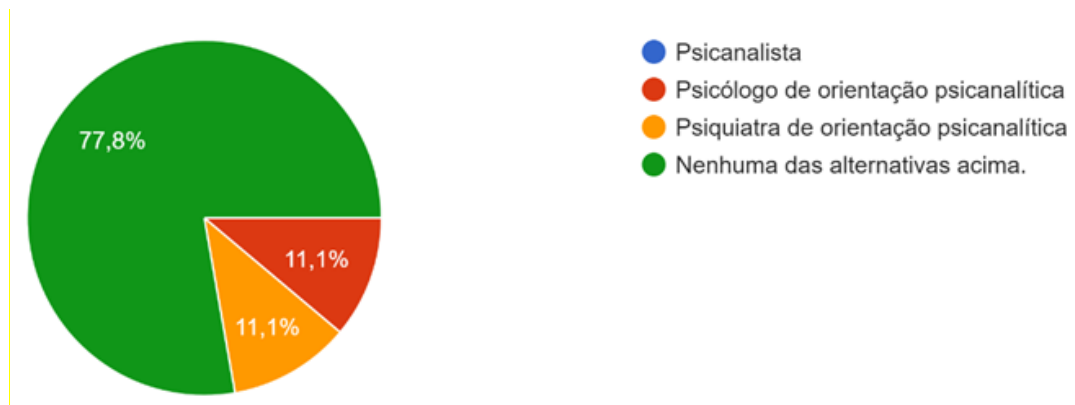
Os gráficos a seguir ilustram o comparativo das respostas supracitadas, sendo o Gráfico 1 equivalente a 6 respostas, e o Gráfico 2 equivalente a 4 respostas.

Figura 1 – Abordagem psicoterapêutica ou linha teórica-clínica que direciona a atuação nas práticas clínicas dos participantes da pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 2 – Como os participantes da pesquisa se autodeclaram.



Fonte: Elaborado pela autora.

Acerca disso, não foi possível apreender como esses profissionais (77,8%) se autodeclaram. Não sabemos se foi por fatores relacionados a uma questão de “autorização” ou equívoco ao responder o formulário, ou ainda por causa de uma falta de clareza no questionário. Poderíamos ter perguntado de forma aberta, com opção para a escrita, sobre como o profissional se declarava ao marcar a alternativa de “nenhuma das alternativas”.

## 7 RE(CORTES) DAS ENTRE(LINHAS) DA RODA DE CONVERSA

Este capítulo tem por objetivo apresentar os principais recortes da roda de conversa realizada com os profissionais de orientação psicanalítica. Cito re(cortes) com parênteses para destacar também a palavra “cortes”, por envolver muitos efeitos e sentimentos advindos daquela experiência e da experiência relatada do trabalho analítico nas políticas de saúde mental e atenção psicossocial por meio dos participantes.

A roda foi sentida como uma primeira sessão analítica. A escuta ocorreu em associação livre, mediada por perguntas disparadoras que não foram formuladas para se obter respostas prontas e diretas, além de não apontar para soluções simples com base na literatura distante da prática complexa – mas que possuíam cunho reflexivo-crítico acerca do contexto de atuação. Os participantes conduziram livremente com poucas intervenções e interpretações precipitadas. Seguiram em reflexão crítica sobre as dimensões que envolvem o contexto do trabalho e sobre si mesmos com o seu próprio saber e fazer, situando também as dificuldades e os desafios na sustentação desta práxis. Trouxeram dor, angústia, desamparo e outros pensamentos e sentidos, como se juntos acessassem ao longo da roda uma camada mais interna de si e da discussão, sentida como uma secção que fora acolhida entre pares.

Partindo disso, realizo esta escrita por meio também do que pude sentir e refletir na relação transferencial, sentindo junto, *a posteriori* – o que também me faz questionar e seguir na atuação como psicanalista no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Adiante, nos próximos capítulos, seleciono recortes da roda de conversa, descrevo-os e os analiso com todo o respeito ao lugar construído (em construção) das práticas possíveis e dos atos analíticos da atuação aqui relatados pelos participantes, para possíveis elaborações e articulações com as teorias em estudo, em direção aos objetivos desta pesquisa.

A seguir, demonstro os recortes de cada profissional a partir dos dois eixos que nortearam as reflexões da roda de conversa: 1. A relação do profissional de orientação psicanalítica e o contexto dos serviços (explorar as aproximações e os distanciamentos); 2. Sobre a práxis do psicanalista (identificar os métodos de trabalho que têm sido propostos pelos participantes). Serão utilizados nomes fictícios para os participantes da pesquisa, tais como Hamlet, Macbeth e Otelo<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Foram utilizados nomes de personagens de Shakespeare como referência à importante relação entre a psicanálise e a literatura, a qual tanto inspirou Freud em suas obras. Ressaltamos que a história dos personagens literários não apresenta relação com as falas dos participantes.

## 7.1 Hamlet e a sua práxis de orientação psicanalítica

O primeiro profissional, que chamaremos de Hamlet, trabalha no equipamento de saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, considera ser atravessado pelos princípios psicanalíticos de Freud e Lacan. Trabalha com equipe multiprofissional composta por psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, profissional de educação física e assistente social. Cita como as principais atividades exercidas os atendimentos individuais, atendimentos em grupo, a realização de matriciamento e atividades que envolvem a sua função de preceptor da residência.

### **Re(cortes) das respostas de Hamlet acerca do eixo 1: A relação do profissional de orientação psicanalítica e o contexto dos serviços (explorar as aproximações e os distanciamentos)**

*“A psicanálise pra mim, foi a minha solução de compromisso.”*

*“Eu fiz medicina para fazer psiquiatria.”*

*“O maior contato com a psicanálise foi mediante análise. Ali eu vi a relação do sujeito com o sofrimento mediado pelo inconsciente. Faço análise desde então com poucas pausas por questão financeira. Somos privilegiados enquanto médicos, e consegui bancar a análise.”*

*“Na residência me apropriei mais. Tive experiência de atender no formato da psicanálise e quem supervisionava era o professor Benedick<sup>2</sup>.”*

*“Quando eu respondi o seu formulário, eu estava no fechar das luzes da residência. Hoje eu sou psiquiatra.”*

*“A gente lida com o rebotalho.”*

*“É a asa que derrete quando a gente vira psiquiatra (depois de ser residente). Porque, enquanto residente, a gente vive num “mundo poliana dos residentes”. Nesse mundo a gente teve como atender no formato da psicanálise (e funcionava). Mas isso com uma força muito grande da residência que se impõe na rotina.”*

*“A gente vê pelas brechas o que vai ser. Eu tenho medo de como vai ser enquanto psiquiatra.”*

*“Os profissionais não aguentam se manter no CAPS. Adoecem.”*

---

<sup>2</sup> Nome fictício dado ao psicanalista-supervisor de Hamlet.

*“Um ambiente que se faz hostil, onde a gente precisa ter várias abas mentais (um olho no peixe e outro no gato), a acústica é horrível (da sala), não tem divã (não que seja um problema, rs), mas seria legal (risos dos participantes). Mas o fato é: É muito difícil sustentar uma escuta analítica. É um trabalho hercúleo.”*

*“Eu aboli os atendimentos como analista, até porque o módulo [da residência] acabou. Mas como psiquiatra eu fico sempre pensando em como isso se dá.”*

*“Em qual o fundamento da análise que é possível preservar?”*

*“A escuta não fica livre. Muitas vezes o sujeito, cheio de vulnerabilidades, nós às vezes precisamos até transpor algumas coisas/fome/dificuldades no acesso/ a escuta do analista é de exceção. Quando é possível, é em situações excepcionais, de acordo com a minha percepção.”*

[Sobre a especificidade] *“O sujeito para entrar na pegada, na transferência, precisa de várias coisas: regularidade (algo que a gente não tem), escuta/fala livre, como iremos observar um chiste? observar um sonho, ato falho? Não sei se a sua pergunta é direcionado para uma questão de técnica, até porque eu não tenho uma técnica, é uma orientação, não me sinto apto a dizer: ah, eu to atendendo dentro de um contexto que eu me considere um psicanalista (tô muito longe disso).”*

*“Eu não me sinto à vontade, eu acho que o usuário não chega até a mim e nem eu até ele dentro desse sentido do trabalho da linguagem. Porque eu acho que deve existir, um contexto em que a fala é livre, que tem que ter um silêncio, tempo, porque o corte é o corte para o sujeito e não porque o tempo acabou.”*

*“Já atendi (conforme o módulo da residência), em que eu estava atendendo de cadeira virada (como se fosse num divã) e alguém bate na porta para renovação de receita, discussão de caso... e ficava horrível. O atendimento fica totalmente quebrado.”*

*“Nós somos muito perturbados nessa dinâmica (CAPS).”*

*“Quando você fala em psicanálise, eu penso um degrau a mais, no sentido de uma certa especificidade.”*

*“Porque assim, a escuta, é óbvio que eu faço. A gente faz o que dá, em resumo. Mas eu tenho uma certa dificuldade em colocar em prática (tempo, espontaneidade, espaço).”*

*“A gente tá falando de uma perspectiva micro (dos atendimentos individuais), mas a psicanálise, ela é bacana, na perspectiva da saúde pública, porque o psicanalista é o psicanalista na pólis (nos meios, nos espaços), e há uma reivindicação social grande do*



*movimento psicanalista, (tirando a psicologia social), mas eu vejo muito nos manifestos dentro da psicanálise em prol da saúde pública.”*

*“Então, não raro, eu vejo muitos psicanalistas, sempre pautando temas dentro da saúde pública. É uma pegada que quero pegar muito daqui por diante como psiquiatra.”*

*“Isso que Macbeth falou, deu certo, porque monetizou. Monetizou o sofrimento. Numa linha de produção que dá certo. Você faz o check list, pega o DSM, passa a medicação.”*

*“Hoje, muito se fala, que eu acho que é um véu para encobrir tudo isso, de que ‘ah, a depressão é a principal causa do afastamento laboral.’, mas isso dá uma grana muito grande (o sofrimento dá uma grana)(...).”*

*“Resumindo, o psicanalista tem uma pegada social muito grande. Eu vejo isso muito forte na Cordelia<sup>3</sup> e no Benedick. Na minha colação fez uma grande diferença, e eles estavam lá, por uma questão de ética da psicanálise, de ocuparem espaços, de se pronunciarem, de se fazerem presentes.”*

*“Quando a gente não tem tempo para fazer uma escuta dentro de um tempo, e a gente atribui a medicação a solução mágica (quem nunca?). A gente costuma fazer isso, ora pontuais, ora recorrentes de acordo com a demanda do próprio serviço, e assim colocamos, muitas vezes, o trabalho analítico por água abaixo. Porque muitas vezes trabalhamos em cima da funcionalidade, (a gente sempre pergunta ‘tá conseguindo trabalhar?, conseguindo realizar as tarefas habituais?’), a gente fala de performance, mas não falamos das questões dos sujeitos – não dá tempo.”*

Macbeth argumenta na fala de Hamlet: *“É problemático até do ponto de vista ético o atendimento lá. É difícil.”*

## **Eixo 2. Sobre a práxis do psicanalista (identificar os métodos de trabalho que têm sido propostos pelos participantes)**

[Sobre o que é o atendimento clínico] *“O Benedick, falou uma coisa dentro do módulo, que eu acho muito interessante que é que “o nosso bisturi é a palavra”, então o processo mediado pela palavra, isso pode durar muito tempo ou pode ser muito breve, ele é um ato clínico. Eu acho que o ato analítico é o que dá liga, é onde você faz uma escuta, identifica, o sujeito pode falar, dentre todos os destroços que eu falei, mas ele consegue minimamente elaborar as suas queixas, e mediado pela palavra, ele transmite algo.*

---

<sup>3</sup> Nome fictício dado a professora psicanalista citada por Hamlet.

*Geralmente algo de si, carregado de sofrimento, eu acho que isso é o ato clínico. Não necessariamente medicar, mas na nossa prática, como médicos, é comum (mais comum), que a gente prescreva bastante. E aquela história do que é antagônico, que muitas vezes a gente foca muito no remédio.”*

*“Fico pensando que até que ponto isso não é um desserviço, mas ‘tô falando besteira’, tô falando mais dos antidepressivos, especificamente. É uma questão. Enfim.”*

*“Não sei se ficou claro, eu digo assim, eu acredito que um paciente que está em surto psicótico- eu entendo que preciso sim passar um antipsicótico- isso aí pra mim ainda é um ponto pacífico, eu não posso ficar secretariando a céu aberto o cara lá, não rola.”*

*“Agora assim, o papel que o antipsicótico tem a longo prazo, isso aí são outras questões, que eu ainda não tenho embasamento pra falar a respeito.”*

*“Eu acho que a gente trata da angústia do sujeito, mas a grande verdade é que a gente não sustenta a própria angústia de dizer assim ‘olha, não é remédio’.”*

[Discussão de caso] *“Agora temos um comitê para isso. É recente, né, Otelo?”*.

Passou a fala para Otelo.

[Leituras para além da psicanálise] *“Literatura. Gosto muito de mitologia, de ler tragédias. Como se saísse de uma tragédia para outra. Tô na pegada do movimento que Macbeth já fez, nesse movimento, com leituras de marcos, neoliberalismo com sofrimento psíquico (Safatle, do Dunker como organizador) (...).”*

## **7.2 Macbeth e a sua práxis de orientação psicanalítica**

O segundo profissional que participou da roda de conversa, que chamaremos de Macbeth, também trabalha no equipamento de saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II e Hospital, considera ser atravessado pelos princípios psicanalíticos de Freud. Trabalha com equipe multiprofissional composta por psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, profissional de educação física e assistente social. Cita como as principais atividades exercidas os atendimentos individuais, atendimentos em grupo, a realização de matriciamento (online) e visitas em enfermarias de psiquiatria.

**Re(cortes) de Macbeth com base nas respostas do eixo 1: A relação do profissional de orientação psicanalítica e o contexto dos serviços (explorar as aproximações e os distanciamentos)**

*“Foi na faculdade que tive a primeira compreensão do que seria a psicanálise. A minha primeira aproximação com aquilo que faz sentido. Foi na residência com o professor Benedick, que tivemos 8 aulas. A aula ao mesmo tempo que ela expõe muito e ensina muito, deixa a gente muito reflexivo e aparecem muitas questões durante as aulas. Aí eu percebi que eu tava precisando fazer análise. Então foi a partir da minha análise que passei a me interessar mais ainda pela psicanálise.”*

*“A psicanálise é um mundo muito grande.”*

*“Participei de alguns encontros do fórum lacaniano. É muito mais a parte teórica que prática. Mas na parte prática, onde tento me aproximar minimamente da psicanálise, é fazer uma entrevista de qualidade (...) Eu dou a desculpa de dizer que realizo uma anamnese bem colhida (de qualidade, uma escuta ativa), é a forma que tenho para dizer que tenho aproximação com a psicanálise, e assim tento deixar o sujeito falar.”*

*“A gente tem uma visão muito idealizada da rede até se formar. Mas depois que eu cheguei e entrei no CAPS, eu vi, e meu deus!..., pois é assim mesmo. Fui desconstruindo essa visão idealizada.”*

*“A sensação que eu tenho da rede hoje [RAISM], é que é isso. Não vai sair disso nem pra mais, nem pra menos.”*

*“Não sei se tenho uma visão pessimista, mas talvez seja realística.”*

*“São muitos problemas que se repetem: Falta de profissionais, não tem recursos, os salários são baixos da equipe multi, a rede carece de atividades formativas, matriciamento acontece com muita dificuldade com a APS e o nosso próprio fazer como matriciador. São questões que foram levantadas no meu período de residência, e a rede parece que empacou.”*

*“São problemas estruturais em que coloca o trabalho como o sujeito que vai minimamente dar conta de alguma coisa ali.”*

*“Olha, pode ser que agora eu fale um bocado de besteira, mas (...). Eu acho que a psicanálise contribui demais na perspectiva da atenção psicossocial, para a construção de uma atenção psicossocial. Eu mesmo quando entrei na residência, eu tinha uma compreensão de adoecimento psíquico biológica (unicamente biológica), achava que se o paciente tomasse tantos miligramas de tal remédio, ele iria melhorar, e que o bom médico seria saber o remédio certo.”*

*“Sendo que, o tempo vai passando, e a gente vai compreendendo de como a psiquiatria é, mas a gente vai entendendo que o fazer do psiquiatra é um pouco problemático (pelo ponto de vista da saúde pública).”*

*“Após várias crises de se perguntar ‘o que tô fazendo?’, pensando ‘passo uns remédios que eu mesmo não boto tanta fé que funcionam’ (...). E aí através da psicanálise, eu tentei encontrar alternativas ao fazer biológico do médico.”*

*“Mas, assim, posso tá falando uma asneira, não estudei sobre isso, mas me parece, que de certa maneira, a psicanálise e psiquiatria se separam em alguns momentos. Elas são antagônicas em alguns momentos, mas considero que a psiquiatria deu certo (no sentido de ser mais eficiente do ponto de vista de saúde pública).”*

*“Eu não sei como seria, na prática clínica, uma atenção psicossocial, em que a psicanálise fosse mais valorizada do ponto de vista clínico.”*

*“Como a gente vive nesse mundo maluco, neoliberal, em que as coisas precisam ser pra ontem, e que a psicanálise exige um certo esforço mental/psíquico, eu tenho uma certa crítica em relação a psicanálise no serviço público.”*

*“Não sei vocês, mas é difícil de ser utilizada de forma eficiente, porque é uma estrutura difícil de ser colocada no contexto público. Mas eu acho que ela acrescenta muito, a visão psicanalítica acrescenta muito no serviço, na forma que a gente enxerga as relações com os pacientes, deles com eles mesmos, enfim, de tudo.”*

*“A forma que enxergo a saúde pública hoje em relação à saúde mental, é direcionada para a atenção psicossocial, que é maior que a psicanálise, maior que a psiquiatria. É um direcionamento para onde a gente deveria chegar. Como uma proposta clara de mudança de paradigma.”*

*“A gente bota uma camisa de força química.”*

*“Os pacientes que a gente classifica como ‘transtorno de personalidade’, são os pacientes que não tem alta do serviço, porque não depende do remédio, e aí fica lá pra sempre. Hamlet adentra e diz: “Mas uma coisa é curiosa, não dependem do remédio, mas são os que mais pesamos a mão em remédios”.”*

*“Muitas vezes eu acho que é ‘É o que dá pra fazer, sabe’, ‘É o que dá é isso’. Hamlet interrompe: ‘Não. É o que dá pra fazer, mas a gente tá enganando quem? Eu acho que a gente se colocou nesse lugar de insalubridade, as pessoas chegam em crise grave, com essa mão pesada que comentei (por exemplo), muitas vezes, a gente fica simplesmente na parede obrigados a dar esse docinho e aumentar a risperidona, sendo que outro meio não é viabilizado naquele instante, a gente tem outras coisas a fazer’.”*

**Eixo 2. Sobre a práxis do psicanalista (identificar os métodos de trabalho que têm sido propostos pelos participantes)**

*“O que faz sentido pra mim na rede é a residência. Se não tivesse residência na rede, muito possivelmente eu procuraria outra coisa pra fazer.”*

Hamlet acrescenta: *“É curioso, né. A residência é o ‘a mais’, o extra – e a gente faz muita coisa. A gente trabalha e ainda tem a preceptoria.”*

[Estudos além da psicanálise] *“Eu estudei matriciamento numa época e atenção psicossocial, mas assim, sinceramente, eu não estudo mais. Não tem mais feito sentido pra mim. Isso, na prática, é muito adoecedora. Eu estudo e vejo o quanto é legal, mas o quanto a pessoa lê, mas ela identifica os erros do serviço. Confesso que academicamente tô mais voltado para a psicanálise, até mais que pela psiquiatria.”*

### **7.3 Otelo e a sua práxis de orientação psicanalítica**

O terceiro profissional que participou da roda de conversa, que chamaremos de Otelo, também trabalha no equipamento de saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, considera ser atravessado pelos princípios psicanalíticos de Freud e Lacan. Trabalha com equipe multiprofissional composta por psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, profissional de educação física, assistente social e farmacêutico. Cita como as principais atividades exercidas os atendimentos individuais (psicoterapia e atendimento a crise), acolhimento, atividades que envolvem a função da preceptoria, atendimento em grupo terapêutico, realização e participação de matriciamento, participação de encontros de educação permanente, cuidado compartilhado com Atenção Primária à Saúde, reuniões em equipe, articulação intersetorial e intrasetorial.

#### **Re(cortes) das respostas de Otelo acerca do eixo 1: A relação do profissional de orientação psicanalítica e o contexto dos serviços (explorar as aproximações e os distanciamentos)**

*“Daí vem a minha 1ª questão: Não me considero psicanalista. Tenho muitas questões com a questão de ser psi. Inclusive não me identifico como psicóloga e nem ao mesmo tempo como psicanalista.”*

*“Mas pra mim a psicanálise, desde a graduação, era o que me dava prazer em ler. E a grande aproximação [pela psicanálise] foi pela literatura. Acredito que a Psicanálise*

*tem uma leitura muito legal quando ela se aproxima da literatura. Aí comecei a me interessar.”*

*“É algo que faz sentido pra mim, a forma que se compreende o sujeito, os posicionamentos, e é o que tento seguir. Não sei se consigo, mas é o que eu minimamente gosto de estudar.”*

[Tripé psicanalítico - freudiano] *“Após a graduação, iniciei meu processo de análise num momento bem, bem difícil da minha vida, mas não tive como sustentar (não pelo processo de análise, mas financeiramente). Fiquei muito pensativa quando recebi as perguntas do formulário, pensei sobre o meu processo de formação. Pensando de como ainda é muito elitista. Sustentar qualitativamente é muito difícil. Porque eu sou psicóloga, meu código de ética é da psicologia, eu pago um CRP, e eu não tenho piso salarial, nem carga-horária mínima. Então não consigo sustentar o processo de análise, a supervisão e os processos formativos disso. Eu sei que precisa, eu sei qual é o caminho, mas eu não consigo sustentar isso, porque eu sou considerada psicóloga.”*

[Chegada na instituição] *“Foi horrível. Violento. Terrível. Foi minha primeira experiência profissional nas políticas públicas de atenção psicossocial [CAPS]. Até hoje tem uma cultura de ter 15 dias de imersão no serviço, em que você acompanha profissionais do serviço, mas é muito assustador. Hoje estou há mais de 2 anos no CAPS, então já sei mais ou menos como funciona, mas a primeira vez que você chega, inclusive o meu primeiro turno que acompanhei foi no PEP (primeiro episódio psicótico-ambulatorio), e aí era numa sala bem pequeninha e eu não entendia nada de como o médico tava atendendo e do nada chegava vários profissionais para compartilhar caso. Eu não entendia essa lógica dos profissionais fazerem interconsulta, como a gente chama.”*

*“Eram muitas demandas ao mesmo tempo. Muita gente. É um serviço muito caótico.”*

Hamlet nesse momento citou a frase: *“Tem dias que a gente se sente como quem partiu ou morreu.”*

*“(…) no primeiro mês no CAPS eu só não desisti porque eu não tive outra opção. Na época tava sem grupo, o ambiente não era acolhedor, estávamos na pandemia, então até pegar o ritmo, demorou.”*

*“No geral, hoje, eu sinto que ainda é muito violento. No sentido físico (da gente ser ameaçado), sobrecarga de trabalho. A gente lida com o resto, com aquilo que ninguém quer saber.”*

*“São restos que é punk.”*

Hamlet concorda e diz: *“A gente lida com o rebotalho”*.

*“Vulnerabilidade social batendo na porta direto. E só aumenta.”*

[Considerando o perfil CAPS – casos graves e persistentes] *“Eu sei que você tá sofrendo, mas isso pode ser manejado em outro lugar, não precisa se manter aqui. Mas eu me pergunto: Será que temos outros dispositivos, de verdade?”*

*“Isso tudo é muito cruel na rotina do trabalho.”*

*“A lida com muitas urgências, o tempo todo. É difícil ter um dia tranquilo no serviço.”*

*“A gente aprende a desenvolver uma atenção sempre dividida. Eu escuto ao mesmo tempo eu escrevo, penso em como vou articular a rede, se a pessoa vai ficar ou qual dispositivo ela vai, e o que vou fazer, pois agenda mesmo eu tenho agora daqui a 3 ou 4 meses e a pessoa tá mal agora (...)”*

*“A gente tem muitos desafios e nunca deixaremos de ter.”*

*“São os profissionais que estão na rede que se importam com aqueles que a gente atende/escuta, e às vezes a gente se importa tanto que a gente adocece, porque a gente se vê impotente demais.”*

*“A rede existe por causa dos profissionais que estão hoje. Profissionais muito bons, que se importam e querem o melhor para aquelas pessoas.”*

*“Hoje, na minha prática, eu me sinto muito desamparada. Acho que essa é a palavra: desamparo.”*

*“Eu tenho dois turnos, que acho pouquíssimo para atendimento individual. Eu atendo pessoas muito graves, muito graves mesmo, e que às vezes, sei lá, pareço que tô fazendo uma psicanálise selvagem, pois eu não consigo dar conta do tripé da psicanálise e isso reverbera na minha prática.”*

*“Gostaria muito de ter supervisão. Um psicanalista experiente que pudesse ‘ah, isso não é por esse caminho, vamos pensar de outra forma.’ E a gente não tem isso. A gente tá desenhando uma possível proposta, mas nada certo.”*

*“É muito curioso ver os significantes aparecendo dentro do atendimento individual, desses pacientes graves” [aqui Otelo relata um caso em que os demais dialogam].*

*“Às vezes percebo, de não haver tantos recursos simbólicos, de alguns pacientes, para elaborar aquilo que tá sendo trazido.”*

*“Tive um caso de uma paciente de neurose obsessiva grave em que consegui colocar ela na posição (no divã-com a cadeira virada), mas ela não conseguiu sustentar (por ela não ter o objeto do olhar). Mas ela teve avanços significativos (ao meu ver), mas não*

*conseguiu dar conta disso, e eu também não consegui dar conta dessa demanda que ela trouxe.”*

*“Nos meus atendimentos quando às vezes eu pergunto “como você está, do que vamos falar hoje?”, é tiro e queda, o paciente responde “Eu não tô tomando o meu remédio, não tô me dando com esse remédio (...)”. Aí eu precisei, não sei se é correto o que eu fiz, mas eu falei: “- aqui não é o lugar para falar de remédio, você tem o seu médico para ver isso, tem o seu técnico de referência para falar sobre isso. Estamos aqui para falarmos de outras coisas.” [Hamlet e Macbeth concordam com essa fala.]*

*“Às vezes isso é visto de forma tranquila e de boa, mas tem gente que tem muita dificuldade, até porque os atendimentos estão muito atrelados a medicação.”*

*“E é isso, sinto muita dificuldade nisso, me sinto desamparada.”*

*“São muitas demandas difíceis onde eu me pergunto “como você consegue um vínculo com uma pessoa que tenta se estrangular na hora do atendimento?”*

## **Eixo 2. Sobre a práxis do psicanalista (identificar os métodos de trabalho que têm sido propostos pelos participantes)**

[Sobre o atendimento clínico] *“Eu aprendi que ‘clínica’ é inclinar-se, de você escutar realmente aquele que fala, e às vezes a gente não consegue se inclinar muito, infelizmente.”*

[Sobre a direção do tratamento] *“É o aprender a se desconstruir. No imaginário de como a psicanálise funciona ou a psicologia funciona, na nossa formação, na graduação, tem um ano em que a gente faz estágio clínico em que tudo é organizado, tudo bonitinho, tem as salinhas organizadas e tudo mais. E isso é aprender a lidar com a falta, de entender que às vezes vai ter usuário que ele vai chegar e você precisar ter um papo de comadre, sem aquela rigidez. Aprender o jogo de cintura, de que tem um outro funcionamento, que não é só aquele - de uma fantasia que você fica lá sentadinho, calado só pontuando coisas superficiais - do que se tem do psicanalista. Aprender a lidar ... lidar com a falta de recursos, de um divã, com a falta de uma cadeira confortável minimamente, com a falta de uma mesa – e aprender a lidar com isso é muito difícil. Porque a gente, pelo menos na minha formação, a gente viu coisas muito bonitinhas, comecei a pensar coisas diferentes quando comecei a estagiar (...). É a gente se desprender de alguma rigidez.”*

[Vínculos trabalhistas] *“A minha contratação hoje, é contrato por um ano que pode por mais um. Hoje eu não tenho avaliação de feedback, de como é o meu trabalho, de*



*como desempenho ele, então não sei no que to indo bem e no que eu não tô indo bem. A formação permanente é muito escassa, a formação continuada pior ainda (considerando a minha categoria). Nisso tem consequências, porque é desgastante, a gente fica sem esperança, às vezes, meio desesperançoso, meio niilista. Eu particularmente tenho pensado muito acerca do meu trabalho. Semana passada eu me vi fazendo algo que não tinha mais sentido, que acho muito problemático quando um trabalho perde o sentido pra você, isso é um indicativo de um possível adoecimento.”*

[Discussão de caso] *“Temos o comitê, é recente. Às vezes em roda, em casos que são muito/muito graves, a gente leva o caso para discussão com a equipe toda, que inclui todos, desde a recepção ao médico.”*

*“Eu acho que apesar das rodas, a gente não tem uma formação sobre o que é roda, desde que eu entrei. Porque a gente às vezes perde o sentido da roda em si, do porquê ela existe. Ela tem uma metodologia que às vezes é uma grande lavação de roupa suja. Que é importante ter esse espaço pra isso, mas fica um engodo, sabe? É um negócio travoso. Hamlet concorda e acrescenta: Uma roda não deveria descer travosa.”*

[Além da psicanálise] *“Leio saúde mental e saúde pública. Curso de políticas públicas. Mas confesso que hoje em dia eu tô meio sem saco, chego muito cansada, então quando chego, quero fazer outras coisas para descansar.”*

## 8 “É UM TRABALHO HERCÚLEO”: DISCUSSÃO ACERCA DA SUSTENTAÇÃO DA PRÁXIS ANALÍTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE HAMLET, MACBETH E OTELO

*“Um ambiente que se faz hostil, onde a gente precisa ter várias abas mentais (um olho no peixe e outro no gato), a acústica é horrível (da sala), não tem divã (não que seja um problema, risos), mas seria legal (risos dos participantes). Mas o fato é: É muito difícil sustentar uma escuta analítica. É um trabalho hercúleo” (Hamlet).*

*“A escuta não fica livre. Muitas vezes o sujeito é cheio de vulnerabilidades, às vezes precisamos até transpor algumas coisas (fome/dificuldades no acesso...) a escuta do analista é de exceção. Quando é possível, é em situações excepcionais - de acordo com a minha percepção” (Hamlet).*

*“Qual o fundamento da análise que é possível preservar?” (Hamlet).*

Esse é um recorte da fala de Hamlet, ao relatar a práxis analítica no contexto institucional, refletindo sobre a escuta da psicanálise nos serviços de saúde mental, mais precisamente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) onde atua. Considerou ser um “trabalho hercúleo”, diante de uma dinâmica complexa que envolve inclusive questões estruturais – como a precarização do trabalho e a pluralidade das demandas e vulnerabilidades associadas. Acerca disso, Macbeth acrescenta: “São muitos problemas que se repetem: falta de profissionais, não tem recursos, os salários são baixos da equipe multi, a rede carece de atividades formativas, matriciamento acontece com muita dificuldade com a APS e o nosso próprio fazer como matriciador”. Adiante nessa reflexão, os participantes dialogam e se interrogam a partir de um questionamento expresso por Hamlet, sobre qual o fundamento analítico é possível de ser “preservado” nesses espaços.

De acordo com Figueiredo (1996, p. 109), uma psicanálise possível nos serviços de saúde mental seria esta: o analista criar condições de possibilidade para o exercício da clínica psicanalítica, que o autor denomina como “condições mínimas” para que se reconheça um modo de trabalho clínico a partir da psicanálise. A autora ainda considera que não podemos esquecer que o *setting* do dispositivo psicanalítico, nesse caso, são “os ambulatórios, salas de espera, bancos de jardim, pátios internos, enfermarias, corredores, enfim, um mundo de vastas confusões e atendimentos imperfeitos, e, mesmo, os consultórios, pois não há duas psicanálises. Há, sim, uma de cada vez, a cada caso”.

Nessa direção, se torna necessário repensar as diferentes possibilidades da práxis analítica para além do modelo clínico privado contratual dos consultórios. Justamente para

que não se justifique como uma prática elitista e restritiva, que só pode ser praticada dentro de espaços específicos e organizados, partindo de um único modelo tradicional de se realizar a clínica psicanalítica.

Para acrescentar nessa discussão, Hamlet expressou em vários momentos da roda de conversa a ideia de a psicanálise ter um “formato” para “funcionar” – que ela já praticou no período em que realizava residência quando era supervisionada por seu professor psicanalista. Nessa experiência, Hamlet teve um aval para praticá-la, por meio da residência, como se tivesse mais liberdade para o manejo e também um “formato” possível para ser praticada. Considerou ser uma “asa que derrete”, ao se deparar como psiquiatra depois da residência, e portanto considerou “abolir os atendimentos como analista” porque o módulo da residência acabou.

*“Quando eu respondi o seu formulário, eu estava no fechar das luzes da residência. Hoje eu sou psiquiatra”* (Hamlet).

*“É a asa que derrete quando a gente vira psiquiatra (depois de ser residente). Porque, enquanto residente, a gente vive num “mundo poliana dos residentes”. Nesse mundo a gente teve como atender no formato da psicanálise (e funcionava). Mas isso com uma força muito grande da residência que se impõe na rotina”* (Hamlet).

*“Eu aboli os atendimentos como analista, até porque o módulo [da residência] acabou. Mas como psiquiatra eu fico sempre pensando em como isso se dá”* (Hamlet).

*“O sujeito para entrar na pegada, na transferência, precisa de várias coisas: regularidade (algo que a gente não tem), escuta/fala livre, como iremos observar um chiste? Observar um sonho, ato falho?”* (Hamlet).

*“Eu não me sinto à vontade, eu acho que o usuário não chega até a mim e nem eu até ele dentro desse sentido do trabalho da linguagem. Porque eu acho que deve existir, um contexto em que a fala é livre, que tem que ter um silêncio, tempo, porque o corte é o corte para o sujeito e não porque o tempo acabou”* (Hamlet).

Diante disso, enfatiza-se que a especificidade do trabalho psicanalítico é dedicar-se minuciosamente às produções de fala dos sujeitos. Enquanto a psiquiatria considera diagnosticar para tratar, a psicanálise realiza uma inversão: é preciso começar a tratar para diagnosticar (referindo-se ao diagnóstico diferencial entre neurose e psicose) (Figueiredo, 1996).

Define-se como uma primeira condição a “clínica da fala”: fazer falar como condição da escuta, que pela escuta a fala se constitui. Daí o analista inicia o processo de seu trabalho, partindo da fala do sujeito como processo associativo. “E só pode fazê-lo quando o

sujeito em questão suporta minimamente pôr em suspenso as urgências de seu sofrimento em seu pedido de cura ou de uma explicação sobre a causa de seus males” (Figueiredo, 1996, p. 106).

Nesse sentido, Macbeth argumenta acerca da sua práxis quando se aproxima dessa questão fundamental apontada pela autora supracitada.

*“Na parte prática, onde tento me aproximar minimamente da psicanálise, é fazer uma entrevista de qualidade (...) Eu dou a desculpa de dizer que realizo uma anamnese bem colhida (de qualidade, uma escuta ativa), é a forma que tenho para dizer que tenho aproximação com a psicanálise, e assim tento deixar o sujeito falar”* (Macbeth).

Nessa direção, torna-se necessário ir adiante da anamnese, em que o analista exerce um trabalho com a fala-escuta, para que possa causar efeitos no sujeito e interrogá-lo sobre o que fala e como se percebe – como quem não realiza “apenas um desabafo”, o que pode ser terapêutico em si, mas com a compreensão de ir além, de quem pode perceber o que nessa fala se revela, aparece e desaparece. Para isso, de acordo com Figueiredo (1996, p. 106), “a garantia de acolhida muitas vezes basta”. Para a autora, “é preciso desburocratizar o trabalho clínico ao máximo, reduzindo ao indispensável as normas para o atendimento.”

Ainda conforme Figueiredo (1996, p. 109), orienta-se que “devemos trocar o *setting*, como cenário, pelo dispositivo, como uma montagem. Assim como trocar o contrato liberal, que define que haja pagamento direto ao analista, pelo pacto, que tem valor simbólico”.

Isso posto, “o local, a frequência, a duração das sessões, o pagamento e, mesmo, o divã, não podem ser erigidos como condições para a prática analítica. São, antes, subsidiários dela e estão sujeitos a variações” (Figueiredo, 1996, p. 109).

Nesse sentido, Hamlet cita que realizou no período da residência uma dessas variações apontadas pela autora acima, quando colocou a cadeira virada como se estivesse atendendo na perspectiva de um divã; no entanto, o atendimento, por ter sido interrompido por causa de outros profissionais que bateram e entraram na sala para solicitar outros procedimentos, “ficou horrível, totalmente quebrado”. Em suas palavras, considerou que “somos muitos perturbados nessa dinâmica”, referindo-se ao atendimento no CAPS.

Adiante, Otelo concorda e acrescenta que é um serviço com “*muitas demandas ao mesmo tempo. Muita gente. É um serviço muito caótico.*” Acerca disso, Hamlet, Macbeth e Otelo dialogam em concordância acerca da importância da práxis analítica nesses espaços, assim como sobre a perspectiva da psicanálise no que acrescenta na construção de uma atenção psicossocial, sobretudo na forma de compreender o sujeito e o sofrimento.

*“Eu acho que a psicanálise contribui demais na perspectiva da atenção psicossocial, para a construção de uma atenção psicossocial. Eu mesmo quando entrei na residência, eu tinha uma compreensão de adoecimento psíquico biológica (unicamente biológica), achava que se o paciente tomasse tantos miligramas de tal remédio, ele iria melhorar, e que o bom médico seria saber o remédio certo”*(Macbeth).

*“Após várias crises de se perguntar ‘o que tô fazendo?’, pensando ‘passo uns remédios que eu mesmo não boto tanta fé que funcionam’ (...). E aí através da psicanálise, eu tentei encontrar alternativas ao fazer biológico do médico”* (Macbeth).

Em consonância com isso, Costa Val *et al* (2017, p. 1295) afirmam que o embate contemporâneo sobre o diagnóstico psiquiátrico “é revelador quanto ao tipo de tensionamento que a Psicanálise provoca no campo da Saúde Coletiva”. O exemplo disso foi expresso por Macbeth: antes de se aproximar dos conhecimentos da psicanálise, percebia a prática psiquiátrica atrelada ao modelo biomédico, na percepção do diagnóstico como forma mais objetiva e estável que pudesse garantir tratamentos padronizados com foco no biológico, adotando uma visão fiscalista (organicista) do sofrimento mental. Ou seja, a visão atórica dos diagnósticos psiquiátricos, com base nos manuais (DSMs), parte da compreensão do adoecimento psíquico pela via da organicidade, tornando-o uma entidade naturalizada e medicalizável. A psicanálise, nesse aspecto, apresenta importante contraponto (Aguiar, 2004; Russo, 2004; Costa Val *et al*, 2017).

Ainda acerca desse assunto, Macbeth abre um questionamento em roda que impulsiona a discussão sobre a “eficiência” da psicanálise na saúde pública. Reconhece as divergências entre a psiquiatria e a psicanálise e como esta última contribui exponencialmente no trabalho com a atenção psicossocial, no serviço, assim como na relação do sujeito consigo mesmo e no campo social; no entanto, quando se refere a “eficiência”, partindo de uma lógica neoliberal, tece críticas à psicanálise. Destaca a partir disso que a psiquiatria seria mais eficiente na saúde pública.

*“Mas, assim, posso tá falando uma asneira, não estudei sobre isso, mas me parece, que de certa maneira, a psicanálise e a psiquiatria se separam em alguns momentos. Elas são antagônicas em alguns momentos, mas considero que a psiquiatria deu certo - no sentido de ser mais eficiente do ponto de vista de saúde pública”* (Macbeth).

*“Eu não sei como seria, na prática clínica, uma atenção psicossocial, em que a psicanálise fosse mais valorizada do ponto de vista clínico. Como a gente vive nesse mundo maluco, neoliberal, em que as coisas precisam ser pra ontem, e que a psicanálise exige um*

*certo esforço mental/psíquico, eu tenho uma certa crítica em relação a psicanálise no serviço público” (Macbeth).*

*“Não sei vocês, mas é difícil utilizar de forma eficiente, porque é uma estrutura difícil de ser colocada no contexto público. Mas eu acho que ela acrescenta muito, a visão psicanalítica acrescenta muito no serviço, na forma que a gente enxerga as relações com os pacientes, deles com eles mesmos, enfim, de tudo” (Macbeth).*

Nesse aspecto, compreendendo tais questionamentos a partir de um sistema capitalista e de práticas com base neoliberal, tradicional e biomédica, a prática clínica para diversas abordagens têm tido foco maior em algoritmos e diagnósticos psiquiátricos e na prescrição de medicamentos para corresponder a tais ideais contemporâneos, que se associam aos aspectos de normalidade, funcionalidade e de performance.

Nesse assunto, Hamlet também se questiona e acrescenta que, diante da dinâmica do serviço e dessa perspectiva neoliberal, é pressionado pelo tempo a trabalhar muitas vezes a partir de uma lógica funcional. Em suas palavras, “a gente sempre pergunta ‘tá conseguindo trabalhar’, conseguindo realizar as tarefas habituais?”, a gente fala de performance, mas não falamos das questões dos sujeitos – não dá tempo”. Hamlet continua nesse raciocínio e argumenta com Macbeth: “Isso deu certo porque monetizou. Monetizou o sofrimento. Numa linha de produção que dá certo. Você faz o *checklist*, pega o DSM e passa a medicação”.

Diante disso, segundo Victor, Elia e Silva (2020, p. 139), a psicanálise não opera nesse sentido da normalidade. Dessa forma, “não propõe nenhuma medida ortopédica”. Consideram que nesse aspecto a psicanálise e a política da atenção psicossocial são convergentes, pois possuem como objetivo, a partir da premissa da desinstitucionalização, outras maneiras de lidar com o sofrimento e com o louco, opondo-se às ideias de correção ou exclusão, com “um eixo de trabalho que não resulte em prática de poder”.

Daí a psicanálise como práxis que opera no campo da saúde mental de forma a não enquadrar ou corrigir o sujeito; ela, por sua vez, produz laço transferencial, sendo dessa forma antimanicomial. Portanto, não é funcionalista e não se adapta aos interesses de uma política neoliberal (Victor; Elia; Santos, 2020).

A psicanálise propõe uma reflexão crítica a essas práticas baseadas na “eficiência”, opondo-se a elas e propondo que o sujeito possa questionar essa lógica e o seu lugar no mundo contemporâneo. Assim, leva-se à importância da dimensão subjetiva, histórica e cultural desses sujeitos.

Nesse sentido, Victor, Elia e Santos (2020, p. 139) destacam que a práxis da psicanálise é, em sua totalidade, “afinada com os princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica

e da atenção psicossocial, e sua inclusão nesse campo produz efeitos clínicos eficazes sem qualquer necessidade de ações excludentes, invasivas ou violentas, próprias do modelo manicomial”.

Nessa perspectiva, ainda de acordo com esses autores, “vivemos em nome de uma falsa eficiência” que assola a sociedade contemporânea em detrimento de um paradigma de alta potência transformadora que é o da atenção psicossocial, de fundamental importância ao campo da saúde e da saúde mental em particular (Victor; Elia; Santos, 2020). Nesse aspecto, Macbeth conclui em sua fala que “a saúde mental é direcionada para a atenção psicossocial, que é maior que a psicanálise, maior que a psiquiatria. É um direcionamento para onde a gente deveria chegar, como uma proposta clara de mudança de paradigma”.

### **8.1 A direção do tratamento: “o nosso bisturi é a palavra”, “a gente lida com o resto, com aquilo que ninguém quer saber”**

*“Eu acho que o ato analítico é o que dá liga, é onde você faz uma escuta, identifica, o sujeito pode falar - dentre todos os destroços que eu falei - mas ele consegue minimamente elaborar as suas queixas, e mediado pela palavra, ele transmite algo. Geralmente algo de si, carregado de sofrimento, eu acho que isso é o ato clínico. Não necessariamente medicar, mas na nossa prática, como médicos, é comum (mais comum), que a gente prescreva bastante. Aquela história do que é antagônico, que muitas vezes a gente foca muito no remédio” (Hamlet).*

*“A gente lida com o resto, com aquilo que ninguém quer saber. São restos que são punk” (Otelo).*

Hamlet acrescenta: *“A gente lida com o rebotalho”.*

Hamlet expõe ter aprendido com o seu professor psicanalista, no período de residência, que “o nosso bisturi é a palavra”: um processo mediado pela palavra, portanto um ato clínico. Acerca disso, segundo Onocko-Campos (2012, p. 1297), seria necessário que a relação entre profissional e usuário ocorresse em função de uma construção transferencial em que o profissional devesse se colocar como agente, implicando-se na sustentação dessa relação. Considera-se a partir disso que há o deslocamento de um trabalho meramente técnico para uma forma de manejo que permita “que algo da subjetividade do próprio profissional se revele”. Daí, ainda de acordo com Onocko-Campos (2012, p. 1297), “podem surgir reações contrasferenciais, como medo, raiva e frustração, que levam o retorno à estaca zero”. Isso, pois, quando a demanda se apresenta permeada de complexidades diversas em que o

profissional possa se identificar com tais situações críticas e sentir o lugar de impotência provocado por uma formação que induz os profissionais a terem respostas rápidas e resolutivas para aquela experiência de sofrimento. Isso ocorre quando os profissionais, diante dessas situações, têm a tendência de se proteger de seus afetos, “regressando à postura técnica de mestria característica do discurso biomédico” (Onocko-Campos, 2012).

Torna-se evidente esse sentimento quando Hamlet diz que, na prática, “como médicos, é comum (mais comum) que a gente prescreva bastante. Aquela história do que é antagônico, que muitas vezes a gente foca muito no remédio”. Atribui-se ao remédio a solução mágica (ou, em suas palavras, “esse docinho”) como resposta aos sintomas do paciente, ou ainda como forma de calar o sofrimento do sujeito, como quem usa uma “camisa de força química” (expressão utilizada por Macbeth). Sobre esse assunto, Macbeth e Hamlet dialogam e intercalam argumentações.

*“Os pacientes que a gente classifica como ‘transtorno de personalidade’, são os pacientes que não tem alta do serviço, porque não depende do remédio, e aí fica lá pra sempre” (Macbeth).*

Hamlet adentra e diz: *“Mas uma coisa é curiosa, não dependem do remédio, mas são os que mais pesamos a mão em remédios.”*

*“A gente bota uma camisa de força química” (Macbeth).*

*“Muitas vezes eu acho que é ‘é o que dá pra fazer, sabe’, ‘é o que dá e é isso’” (Macbeth).*

Hamlet interrompe: *“Não. É o que dá pra fazer, mas a gente tá enganando quem? Eu acho que a gente se colocou nesse lugar de insalubridade, as pessoas chegam em crise grave, com essa mão pesada que comentei (por exemplo), muitas vezes, a gente fica simplesmente na parede obrigados a dar esse docinho e aumentar a risperidona, sendo que outro meio não é viabilizado naquele instante, a gente tem outras coisas a fazer”.*

Adiante nessa reflexão, Hamlet se interroga acerca da sua práxis como psiquiatra e profissional de orientação psicanalítica. Considera “que a gente trata da angústia do sujeito, mas a grande verdade é que a gente não sustenta a própria angústia de dizer assim: ‘Olha, não é remédio’”. Nesse caso, tratava-se, portanto, de um outro trabalho em que o profissional possa acompanhar o sujeito na elaboração de uma pergunta que o conduza à construção de um “saber” sobre a sua história, em que possa legitimar o lugar de “saber”, desfazendo-se do lugar de poder na relação transferencial para sustentar um espaço em que o sujeito possa associar as suas queixas à sua história de vida. Esse “saber” não ocorre no sentido do conhecimento teórico, mas de uma compreensão que o sujeito possa ter a partir das suas



experiências, onde a sua fala sobre si retorne para ele mesmo como resposta, provocando reflexões analíticas sobre a sua experiência singular, como forma também de responsabilização que o permita certo contorno daquele sofrimento (Costa Val *et al*, 2017).

Essa compreensão nos permite rever a dinâmica dos serviços de saúde, pois as queixas endereçadas aos profissionais, na maioria das vezes, não são solucionadas pela racionalidade biomédica. Frequentemente, há um sofrimento psíquico que está por trás delas, e só poderá ser esclarecido conforme o profissional sustente um espaço de escuta, confiança e respeito (Costa Val *et al*, 2017).

Em sua reflexão como psicólogo de orientação psicanalítica, Otelo contribui nessa discussão falando sobre a dificuldade de desatrelar os atendimentos da perspectiva medicamentosa ou diagnóstica para que o sujeito possa aparecer além do tratamento psiquiátrico, sustentando um espaço para que ele possa falar “de outras coisas” (sobre o seu contexto, sua história de vida). Otelo propôs que o assunto para “falar de remédio” pudesse ser em outro lugar, com outro profissional.

*“Nos meus atendimentos quando às vezes eu pergunto “como você está, do que vamos falar hoje?”, é tiro e queda, o paciente responde “Eu não tô tomando o meu remédio, não tô me dando com esse remédio (...)”. Aí eu precisei, não sei se é correto o que eu fiz, mas eu falei: “- aqui não é o lugar para falar de remédio, você tem o seu médico para ver isso, tem o seu técnico de referência para falar sobre isso. Estamos aqui para falarmos de outras coisas.” [Hamlet e Macbeth concordam com essa fala].*

*“Às vezes isso é visto de forma tranquila e de boa, mas tem gente que tem muita dificuldade, até porque os atendimentos estão muito atrelados a medicação.”*

Ainda na perspectiva norteadora do eixo 2, Otelo, quando interrogado acerca da direção do tratamento, considera que é necessário o “aprender a desconstruir”, pois no manejo dos atendimentos é preciso rever o caso a caso dentro de uma dinâmica distinta do que é visto e estudado na graduação e nos estágios clínicos obrigatórios – tanto na compreensão da práxis da psicanálise como da psicologia. Na reflexão de Otelo, demonstra-se também a necessidade de desconstruir a figura do analista como “aquele que fica lá sentadinho, calado, só pontuando coisas superficiais”; ele adverte sobre a necessidade de se desprender de uma lógica rígida, seja no sentido estrutural do dispositivo analítico, seja no manejo dos atendimentos na relação com o sujeito.

*“É o aprender a se desconstruir. No imaginário de como a psicanálise funciona ou a psicologia funciona, na nossa formação, na graduação, tem um ano em que a gente faz estágio clínico em que tudo é organizado, tudo bonitinho, tem as salinhas organizadas e tudo*

*mais. E isso é aprender a lidar com a falta, de entender que às vezes vai ter usuário que ele vai chegar e você precisar ter um papo de comadre, sem aquela rigidez. Aprender o jogo de cintura, de que tem um outro funcionamento, que não é só aquele - de uma fantasia que você fica lá sentadinho, calado só pontuando coisas superficiais - do que se tem do psicanalista. Aprender a lidar, lidar com a falta de recursos - de um divã, com a falta de uma cadeira confortável minimamente, com a falta de uma mesa -, e aprender a lidar com isso é muito difícil. Porque a gente, pelo menos na minha formação, a gente viu coisas muito bonitinhas, comecei a pensar coisas diferentes quando comecei a estagiar (...). É a gente se desprender de alguma rigidez” (Otelo).*

Acerca disso, Freud (1919, p. 289), desde o V Congresso Internacional de Psicanálise, já alertava sobre as diferenças que poderiam existir na técnica da psicanálise nas políticas sociais públicas; nos casos, por exemplo, em que os pacientes se encontravam em extrema vulnerabilidade ou desamparo social, Freud levantou a hipótese de que a técnica pudesse comportar manejos específicos, incluindo, em alguns casos, uma postura “como educador e conselheiro”. Nesse sentido, Otelo relata essa flexibilidade na relação com o sujeito, sem tanta rigidez e com “jogo de cintura”, além do adaptar-se às condições do contexto dos serviços de saúde. Temos o que Freud (1919) concluiu como condição para que a própria psicanálise avançasse nesse contexto: que era preciso pensar diferentes manejos terapêuticos tendo em vista as diferentes formas de sofrimento e a complexidade do campo social. No entanto, Freud alertou que isso deveria ocorrer com muito cuidado, para que o paciente não fosse “educado para se assemelhar a nós, mas para liberar e consumir sua própria natureza” (Freud, 1919, 2010b, p. 289).

Ainda nessa perspectiva, Marino (2020) analisa as principais obras de Freud nesse contexto em que ele pensa a psicanálise nas políticas sociais públicas (Freud 1912; 1917; 1919; 1926) e confirma que ampliar o trabalho analítico de forma gratuita para o povo poderia implicar em “adaptar” a técnica “às novas condições” fora do *setting* clássico. No âmago dessa adaptação, Marino (2020), quando menciona Freud (1919, p. 292), evidencia a compreensão de uma “fusão” do “ouro” analítico com o “cobre da sugestão direta”. Como se a análise tradicional fosse o ouro, e a práxis analítica em contextos sociais fosse o cobre.

A autora demonstra e conclui que Freud alertava sobre o cobre não perder de vista o seu ouro; do mesmo modo, a práxis da psicanálise, onde quer que ela aconteça, deve sempre se manter rigorosa e não tendenciosa (Marino, 2020). Dessa forma, Freud (1919, 2010b) não avalia tal percepção da psicanálise nas políticas sociais como valorativamente menor, mas

como uma “fusão” necessária para que esse trabalho seja possível, e que também seja realizado com cautela em relação ao ouro da análise e do cobre da sugestão.

Com base nisso, compreendemos não ser este um trabalho simples. Por isso a necessidade de um estudo teórico, de supervisão e análise pessoal, que ainda assim não garantem um “bom trabalho analítico”, mas que podem auxiliar, enquanto formação psicanalítica, a práxis do profissional nesse contexto. No entanto, manter o tripé psicanalítico também não é fácil por diversos fatores. Sobre isso, Otelo expressa seus sentimentos ao sentir-se “desamparado” diante da complexidade das demandas, reconhecendo a necessidade do tripé psicanalítico; ele afirma que não consegue “dar conta”, percebendo que isso reverbera em sua prática ao ponto de se questionar sobre estar fazendo uma “psicanálise selvagem”.

*“Hoje, na minha prática, eu me sinto muito desamparada. Acho que essa é a palavra: desamparo”* (Otelo).

*“São muitas demandas difíceis onde eu me pergunto “como você consegue um vínculo com uma pessoa que tenta se estrangular na hora do atendimento?”* (Otelo).

*Eu tenho dois turnos, que acho pouquíssimo para atendimento individual. Eu atendo pessoas muito graves, muito graves mesmo, e que às vezes, sei lá, parece que tô fazendo uma psicanálise selvagem, pois eu não consigo dar conta do tripé da psicanálise e isso reverbera na minha prática”* (Otelo).

*“Gostaria muito de ter supervisão. Um psicanalista experiente que pudesse ‘ah, isso não é por esse caminho, vamos pensar de outra forma’”* (Otelo).

Segundo Almeida (2023), a importância da supervisão advém da noção do não-saber e de admitir a complexidade e os desafios da clínica onde ela ocorre – e que nessa experiência a escuta às vezes fica atravessada, barrada e obturada. No caso de Otelo, ele pergunta: *“Como você consegue um vínculo com uma pessoa que tenta se estrangular na hora do atendimento?”*. Partindo disso, procurar um terceiro (além da relação analista-analisante) para compartilhar casos clínicos críticos é “reconhecer-se incompleto, assumir que não se pode tudo, que a falta opera e impera” (Almeida, 2023, p. 113).

Freud (1910, p. 256) já sinalizava a importância da supervisão clínica no aprendizado das técnicas psicanalíticas para afastar os perigos da psicanálise selvagem. Considerou que não bastava conhecer os ideais e algumas conclusões da psicanálise, mas que era preciso também familiarizar-se com a técnica, para que a prática fosse orientada pelas concepções psicanalíticas. Em suas palavras, ponderou que “essa técnica ainda não pode ser aprendida em livros, e certamente pode ser obtida apenas com grandes sacrifícios de tempo,

esforço e resultados. Como outras técnicas, o indivíduo médico a aprende com aqueles que já a dominam”.

Quanto a isso, Otelo também reflete sobre a sua práxis com pacientes com demandas graves no contexto da atenção psicossocial, sobre estar praticando uma “psicanálise selvagem”: ele reconhece o quanto que a falta da supervisão e das condições de manter sua análise pessoal continuamente reverbera em sua prática. Ainda sobre isso, Otelo menciona que há uma proposta de supervisão institucional sendo “desenhada” como proposta, mas que estava em processo, considerando “ainda nada certo”. Por outro lado, afirma que, por mais que não haja a supervisão, há momentos ricos de discussão de casos em roda de equipe, onde eles trabalham em torno dos casos tidos como muito graves, “*que inclui todos, desde a recepção ao médico*”. No entanto, também considera:

*“Eu acho que apesar das rodas, a gente não tem uma formação sobre o que é roda, desde que eu entrei. Porque a gente às vezes perde o sentido da roda em si, do porquê ela existe. Ela tem uma metodologia que às vezes é uma grande lavagem de roupa suja. Que é importante ter esse espaço pra isso, mas fica um engodo, sabe? É um negócio travoso”* (Otelo).

Sob o ponto de vista de Jorge Broide e Emília Broide (2020, p. 156), a transmissão da psicanálise na supervisão clínico-institucional, nos contextos além do consultório, “é um dispositivo em movimento, cuja direção não está dada a priori; é dependente do que opera, e busca reinventar um saber sobre o laço entre o sujeito, a clínica e a instituição”. Daí a importância de um supervisor que possa facilitar um espaço para o compartilhamento de interrogações, de discussão coletiva e de revisão dos processos de trabalho, inclusive para tentar tornar a roda menos “travosa” (termo utilizado por Otelo). E, dessa forma, abrir brechas para que a equipe possa transformar os sentimentos de “desamparo”, angústia e/ou de impotência em uma experiência de busca de saber. “De modo muito peculiar, chamamos isso de transmissão” (Broide; Broide, 2020, p. 160).

Por fim, para encerrar as discussões em torno dos recortes das falas dos profissionais participantes, compartilhamos mais um pensamento de Jorge Broide e Emília Broide (2020, p. 160): a transmissão da psicanálise em situações que são fora do âmbito da psicanálise *stricto sensu*, ressaltando a problematização da presentificação da psicanálise no mundo contemporâneo e seus possíveis alcances clínicos e éticos, em que “somos convocados a operar em um mundo altamente complexo, no qual a psicanálise, para manter-se viva e ativa, deve presentificar-se na sociedade pulsante e conflitiva em que vivemos. Deve estar onde a vida está e pulsa”. Dessa forma, tal movimentação é inviável na ausência de um

trabalho que articule os diferentes discursos em um diálogo que seja, verdadeiramente, interdisciplinar.

## 8.2 O rebotalho da roda de conversa: as entrelinhas dos ditos

*“Os restos que são punk.” (Otelo)*

Aqui iremos expor recortes das falas em que os participantes expressaram termos, palavras e/ou pensamentos, alguns com certo tom de humor e outros nem tanto, que foram ditos como se fossem algo que escapa da linguagem – ou como algo que não se pode muito bem dizer às claras, supondo que isso não pudesse ser utilizado na pesquisa.

Sabemos que, para a psicanálise, isso é algo valioso para fins de análise, considerando o processo analítico no atendimento individual e também em contextos distintos, como em grupos terapêuticos, em grupos de supervisão etc. Sobre esse assunto, Broide e Broide (2020, p. 150) consideram que “o discurso psicanalítico redimensiona o lugar da palavra, subverte. Possibilita que a palavra, perpassada por alguma objeção ao sentido corrente, adquira sua dimensão de dito e de dizer, de enunciado e de enunciação, ou seja, de imprevisto, de abismo”.

Dessa maneira, a escuta psicanalítica se inicia a partir do reconhecer do abismo que a linguagem atua e da qual estabelece a castração, isto é, o corte. “O algo transmissível do discurso psicanalítico põe em evidência, a partir desse corte, o saber não todo; expõe um resto que escapa a um saber totalizante sobre um caso, diagnóstico, uma questão institucional instaurando um desejo de saber” (Broide; Broide, 2020, p. 150).

Dentre os ditos dos profissionais participantes, Hamlet citou um verso da música “Roda Viva”, de Chico Buarque, com tom de humor: *“Tem dias que a gente se sente como quem partiu ou morreu”*, como síntese acerca do que Otelo falava sobre sua relação com o contexto do serviço, enfatizando de maneira metafórica o cansaço diante do trabalho no CAPS. Nesse mesmo assunto, Otelo considera ser difícil ter um dia tranquilo no serviço, que a lida diária é de muitas urgências o tempo todo; ele desabafa falando que o estudo teórico fora do horário de trabalho é difícil por considerar a falta de energia depois de um dia cheio. Otelo diz: *“Confesso que hoje em dia eu tô meio sem saco, chego muito cansado, então quando chego, quero fazer outras coisas para descansar. Eu só tenho vontade de dormir”*. Hamlet diz que chega em casa *“fritado”* e Macbeth diz que chega em casa *“querendo fumar”*.

Quando interrogados sobre alguma leitura além da psicanálise que faz parte do estudo teórico, Hamlet citou a literatura mitológica. *“Gosto muito de mitologia, de ler*

*tragédias. Como se saísse de uma tragédia para outra.*” Em tom de humor, citou o contexto do CAPS como uma “tragédia”.

Daí fica perceptível o cansaço dos profissionais diante da alta demanda e dos desafios enfrentados cotidianamente nas políticas públicas de atenção psicossocial. Os participantes ainda consideraram que “sempre tem um algo a mais para fazer”, o que torna ainda mais cansativo o trabalho. Otelo trouxe a ideia do que é o ato clínico (como definição etimológica da “clínica”) por meio do *“inclinarse”*; em suas palavras, *“de você escutar realmente aquele que fala, e às vezes a gente não consegue se inclinar muito, infelizmente”*. “O significado etimológico provém do grego *klinikós* e tem como elemento de composição *klíno*, inclinar, ou *klíne*, leito” (Bredikow; Campos, 2011, p. 610). Nesse assunto iniciado por Otelo, Hamlet brinca e usa uma expressão regional: “Senão mostra os fundos. Quanto mais se inclina, mais se mostram os fundos. Minha sogra que diz isso”. Ele sugere que, de tanto inclinar-se, poderia acabar mostrando os fundos, como se não desse mesmo para se inclinar “muito”, como Otelo quis dizer que gostaria de fazer mais.

Em outro momento, sobre tratamento medicamentoso, Hamlet indaga e deixa escapar a palavra “desserviço” na frase: *“Fico pensando até que ponto isso não é um ‘desserviço’, mas ‘tô falando besteira’, tô falando mais dos antidepressivos, especificamente. É uma questão. Enfim.”* Ele disse isso sobre a medicalização de alguns casos em que ele e Macbeth sabiam que “pesavam a mão em remédios” – e sabiam que esses vários remédios não adiantavam de fato. Ainda nesse assunto, disse: *“É como se a gente legitimasse o sofrimento, quanto mais sofrimento, mais remédio, e assim a gente acaba legitimando o sofrimento”*. Foi nesse momento que Macbeth disse: *“É como se fosse uma camisa de força química. É isso”*, uma expressão que apareceu naquele momento enquanto refletia sobre aquele assunto.

Além disso, durante a roda de conversa, Otelo foi considerado “o psicanalista oficial”, uma expressão dita por Macbeth e que teve concordância gestual de Hamlet. Tal expressão foi considerada por causa da formação em psicologia de Otelo, associada à psicanálise; no caso, um profissional com formação em psicologia, de orientação psicanalítica. Falaram como se, sendo psicólogo, seria mais “fácil” ser psicanalista “oficial”, realizando o trabalho clínico analítico propriamente dito (considerado por eles). Não aprofundamos o assunto, mas houve um certo desconforto em Otelo em ter que explicar que não era assim. Em suas palavras: *“Daí vem a minha 1ª questão: - Não me considero psicanalista. Tenho muitas questões com a questão de ser psi. Inclusive não me identifico como psicólogo e nem ao mesmo tempo como psicanalista”*.

Ao final, foi lido um trecho do livro de Jorge Broide e Emília Broide (2020), para finalizar a roda de conversa. Tal trecho não tinha sido pensado anteriormente para esse fim; lembrei dele por meio daquela experiência, inclusive por lembrar do sentimento de quando havia lido, do sentimento de acolhimento por não me sentir sozinha ao ler aquele trecho. Então, tive a espontaneidade de compartilhá-lo. Realizei a leitura em voz alta (Figuras 3 e 4).

Figura 3 - Trecho do livro utilizado para finalizar a roda de conversa.

**Quando o atendimento nas situações sociais críticas não é burocratizado e o sujeito fala, deparamo-nos com situações transferenciais da maior complexidade. Geralmente o que se apresenta é a morte ou violência eminente, a multiplicidade das situações difusas, caóticas como o campo e os laços que o sujeito habita. O técnico facilmente perde o rumo diante da quantidade de urgências que se apresentam de modo simultâneo em seu trabalho. É comum um sentimento de confusão, desalento e desamparo. Em situações-limite frequentemente ocorrem perguntas do tipo: por que o sujeito ou a família não adere ao trabalho? Como essa pessoa ainda está viva? Onde está o seu desejo e como fazer com que este seja o motor para a transformação e a saída da crise e da situação crônica? Como manejar emergências que são cotidianas? O que fazer com a sensação de constante fracasso?**

Fonte: Broide e Broide (2020, p. 27).

Figura 4 - Trecho do livro utilizado para finalizar a roda de conversa.

→ **É assim que nos deparamos com equipes técnicas atendendo situações extremamente graves, “colocando seu próprio corpo” no atendimento, com poucos recursos metodológicos que deem conta da complexidade dos casos e das situações. Os resultados, muitas vezes, são a desmotivação e a constatação do baixo rendimento de seu trabalho, com a consequente dificuldade e queixa da pouca adesão dos atendidos às ações propostas.**

→ **Essas equipes, que enfrentam valorosamente o seu cotidiano dirigido aos excluídos, encontram-se diante do desamparo e sua prática frequentemente adquire matiz identificatória com a população atendida. Nesse sentido, é necessário o desenvolvimento de ações consistentes que não sejam reprodutoras de exclusão, e que efetivem alternativas de saída da situação de sofrimento e vulnerabilidade. Nessa medida, é necessário que se criem metodologias que permitam às equipes técnicas ter instrumental e apoio para lidar com as situações do dia a dia.**

Fonte: Broide e Broide (2020, p. 28).

Após essa leitura, falei: “Vou ficar somente até aqui” (referindo-me à leitura do trecho), e Hamlet comentou com humor: “‘Vamos ficar por aqui?’, olha o corte que ela deu. Ela deu o corte, gente”. Como se referisse ao corte do fim de uma sessão.

Por fim, compreendemos os limites da escuta na roda de conversa para fins de interpretação de algo mais aprofundado, tendo em vista ter sido um único encontro, mas que possibilitou interação e ricos questionamentos, resultando em um material potente e valioso para articulação teórica – e, o mais importante, como forma de expressão das interrogações e dos sentimentos compartilhados pelos profissionais de orientação psicanalítica no contexto das políticas de atenção psicossocial.



## 9 EM DIREÇÃO AO FINAL DE UM INÍCIO

*“A psicanálise é um mundo muito grande”* (Macbeth).

Chegamos ao final de um início, como um movimento que não se acaba por aqui, mas segue como um ciclo que se renova a partir de um novo ponto de partida. Até porque, como disse Macbeth, a “psicanálise é um mundo muito grande”, um mundo que nós acessamos em ritmos diferentes, partindo de lugares também diferentes, de formações, de construções e reconstruções.

Como citado no início desta pesquisa, nas entrelinhas, ao relatar a minha trajetória profissional, expressei que já estive em um lugar de pensar que a práxis analítica e sua ética não fossem possíveis nos espaços públicos, pois ainda intercorre o pensamento, principalmente logo após a graduação, da tradicional forma de se fazer clínica. Finalizo iniciando daí, querendo aprofundar o que descrevi como ciclo que se renova a partir de um novo ponto. Não como se tivesse avançado e que as primeiras interrogações já tivessem sido solucionadas, mas no sentido de ainda sustentar esta interrogação para mantê-la viva, criativa e em constante construção dentre os diálogos possíveis na interlocução com outros saberes.

Não é à toa que dedicamos este trabalho aos questionamentos cotidianos incessantes, na direção de constantes movimentos para que se reinventem e se transformem em práticas possíveis no contexto desafiador das políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial. Hoje, vemos a psicanálise viva e potente em todos os espaços de vida (individuais e coletivos – onde há vida), talvez até mais nos espaços menos tradicionais, pois é onde temos a oportunidade de perceber o ouro da análise e o cobre da sugestão. Na fusão desses metais, pois, somente o ouro poderia acabar por ofuscar e determinar que teria somente um único modelo tradicional de se realizar a clínica psicanalítica. A nossa escuta, a nossa técnica, o nosso posicionamento ético, clínico e político nos atravessam e estamos com eles nos lugares de atuação, então, por que seria a estrutura física que dirá deles? Por que seriam os manuais classificatórios e toda uma lógica biomedicalizante que nos impedirão de operar com a linguagem e a história de vida de cada sujeito em sua singularidade?

Sabemos e constatamos também por meio desta pesquisa que não é tarefa fácil sustentar esse lugar, a poltrona do analista nunca é confortável (como Otelo, literalmente, gostaria que fosse); o medo e a insegurança serão sempre companheiros, mas, mesmo assim e com tantas adversidades, é possível apostar e facilitar experiências, a partir do laço transferencial, com marcas profundas para uma vida inteira.

Esta pesquisa, a partir da escuta dos profissionais de orientação psicanalítica da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental de Sobral, lançou luz ao movimento de se

aproximar e se distanciar (e de conhecer) dos métodos possíveis da práxis analítica no contexto das políticas de atenção psicossocial, demonstrando essa dinâmica que se dá em movimento, entre divergências e convergências, que fazem parte desse contexto complexo que inclui outros discursos e saberes.

Das aproximações que produzem movimentos, destacamos aqui de forma resumida o quanto a práxis analítica acrescenta e fortalece à construção de uma atenção psicossocial, sobretudo na forma de compreender o sujeito e o sofrimento, assim como na relação do sujeito consigo mesmo e no campo social. Partindo desse aspecto, a psicanálise e a política da atenção psicossocial são convergentes, pois possuem como objetivo, a partir da premissa da desinstitucionalização, outras maneiras de lidar com o sofrimento e com o louco, opondo-se às ideias de correção ou exclusão, a partir de uma perspectiva de trabalho que não resulte em prática de poder.

Dos distanciamentos que produzem tensões, a psicanálise – como práxis que opera no campo da saúde mental de forma a não enquadrar ou corrigir o sujeito, por sua vez – produz laço transferencial, sendo dessa forma antimanicomial. Portanto, não é funcionalista e não se adapta aos interesses de uma política neoliberal. A psicanálise tenciona como reflexão crítica a essas práticas com base na “eficiência”, opondo-se a elas e propondo que o sujeito possa questionar essa lógica e o seu lugar no mundo contemporâneo; assim, ergue-se a importância da dimensão subjetiva, histórica e cultural desses sujeitos.

Nessa direção, concluímos que não seria a exclusão das divergências que poderia solucionar e dar espaço ao trabalho analítico de forma “efetiva”, mas, justamente, é a importância dessa tensão, para que nesse movimento se incite a reflexão crítica acerca da práxis nas instituições, expondo o que a psicanálise pode acrescentar nesses serviços e vice-versa, em constante construção.

Daí se confirma a hipótese desta pesquisa acerca da aposta sobre o trabalho do psicanalista apresentar efeitos no convívio das instituições públicas de saúde e vice-versa, na possibilidade de construção/transformação na perspectiva interprofissional/intersetorial de reinventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, com a atenção ampliada à singularidade dos sujeitos, mesmo diante de diferentes perspectivas e responsabilidades dos setores. Em suas argumentações acerca dos efeitos desse movimento, ao trazerem angústias, dores e sentimentos de desamparo, dentre outros pensamentos e sentidos que ficaram nas entrelinhas (e no rebotalho da roda de conversa), mas que se legitimam como marca, atravessados pelos princípios analíticos sobre o nosso *“bisturi ser a palavra”*, Hamlet, Macbeth e Otelo confirmam que *“a visão psicanalítica acrescenta no serviço, fortalece a*

*atenção psicossocial, na forma que enxerga as relações com os pacientes e deles consigo mesmos*” e que é preciso “*aprender a desconstruir*” nas vastas confusões e atendimentos imperfeitos do contexto do trabalho nas políticas de atenção psicossocial.

Por fim, mais um início.

Até aqui ainda há muito nas entrelinhas da psicanálise, da saúde mental e do cotidiano com a práxis analítica. Esse movimento não acaba por aqui, mas segue como um ciclo que se renova a partir de um novo ponto de partida.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Adriano Amaral de. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004. 166 p.
- ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. 204 p.
- ALMEIDA, Mariana Todeschini. Entre transmissão, formação e não-saber, a supervisão em psicanálise. **Revista CEPdePA**, Porto Alegre, v. 30, p. 101-117, 2023.
- AMORIM, Gabriela Piuco de. **Resistências em escuta: uma experiência psicanalítica em políticas públicas**. 2020. 83 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.
- BARROS, Márcia Maria Monte'Alverne; JORGE, Maria Salete Bessa. **Concepções e práticas de atenção à saúde mental: o discurso do sujeito coletivo**. Fortaleza: EdUECE, 2011. 213 p.
- BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Org. Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica D'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 610-613, 2011.
- BROIDE, Jorge; BROIDE, Emília. **A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções**. 3. ed. São Paulo: Escuta, 2020. 192 p.
- CECCIM, Ricardo Burg *et al.* Plano estadual de educação permanente em saúde: um como fazer com base no nordeste brasileiro. **SANARE**, Sobral, v. 20, n. 1, p. 142-152, 2021.
- COSTA VAL, Alexandre *et al.* Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1287-1307, 2017.
- DANTO, Elizabeth Ann. **As clínicas Públicas de Freud: psicanálise e justiça social**. São Paulo: Perspectiva, 2020. 535 p.
- DANZIATO, Leonardo; MARTINS, Ana Carolina Borges Leão; MATOS, Sabrina Serra. Psicanálise e Biopolítica: o fascínio do discurso médico. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 18, p. 44-54, 2018.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. **Psicanálise e saúde mental**. Porto Alegre: Criação Humana, 2015. 240 p.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Por uma psicanálise possível nos serviços de saúde mental**. In: Cadernos IPUB, n 3., UFRJ, 1996.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. **Revista psicologia política**, São Paulo, v. 19, n. 44, p. 78-87, 2019.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. 184 p.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; TENÓRIO, Fernando. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 29-43, 2002.

FREUD, Sigmund. Sobre psicanálise “selvagem” (1910). In: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica.** Belo Horizonte: Autêntica, 2019. p. 81-91. Obras incompletas de Sigmund Freud, 6.

FREUD, Sigmund. A questão da análise leiga: diálogo com um interlocutor imparcial (1926). In: FREUD, Sigmund. **Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)**, v. 17. São Paulo: Cia das Letras, 2014, p. 124-230.

FREUD, Sigmund. Caminhos da terapia psicanalítica (1919). In: FREUD, Sigmund. **História de uma neurose infantil: (“o homem dos lobos”)**, além do princípio do prazer e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 279-292. Tradução de: Paulo César Lima de Souza.

FREUD, Sigmund. Caminhos da terapia psicanalítica (1919). In: FREUD, Sigmund. **História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”)**; Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920), v. 14. São Paulo: Cia das Letras, 2010b, p. 279-292.

FREUD, Sigmund. Introdução a Psicanálise das Neuroses de Guerra (1919). In: FREUD, Sigmund. **História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”)**; Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920), v. 14. São Paulo: Cia das Letras, 2010a, p. 382-388.

FREUD, Sigmund. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912).** Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 123-133. (Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 13).

GERHARDT, Tatiana Engel.; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: UFRGS, 2009. 120 p.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008. 200 p.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; JUNIOR, Kenneth R. Camargo de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

GUERRA, Andréa Máris Campos *et al.* **A assistência social pública na interface entre subjetividade e política.** Belo Horizonte: Scriptum, 2015. 172 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Cidades e Estados: Sobral (CE).** Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/sobral.html>. Acesso em: novembro de 2021.

IRIBARRY, Isac Nikos. O que é pesquisa psicanalítica? **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 115-138, 2003.

LIMA, Rossano Cabral. Três tópicos sobre a relação entre DSM e política. In: KYRILLOS NETO, Fuad; CALAZANS, Roberto (org.). **Psicopatologia em debate**: controvérsias sobre os DSMs. Barbacena: Eduemg, 2012. p. 95-114.

MARANHÃO, Joyce Hilario; VIEIRA, Camilla Lopes Araújo. Reflexões sobre os conceitos de cidadania e sujeito em psicanálise na Atenção Psicossocial. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 753-771, 2019.

MARINO, Adriana Simões. A psicanálise nas políticas sociais públicas. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 23, n. 2, p. 2-11, 2020.

MICHELS, Róger de Souza; MACHADO, Wagner de Lara; PIZZINATO, Adolfo. O tear psicanalítico: uma pesquisa sobre as práticas da psicanálise na saúde mental. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 33, p. 1-12, 2022.

MOREIRA, Laura Resende; KYRILLOS NETO, Fuad. Dos benefícios sociais na reforma psiquiátrica: necessidade, demanda e desejo. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 110-118, 2017.

MOURA, Adriana Ferro; LIMA, Maria Glória. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. **Temas em Educação**, João Pessoa, v. 23, n. 1, p. 98-106, 2014.

NOGUEIRA, Luiz Carlos. A pesquisa em psicanálise. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 83-106, 2004.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. **Psicanálise e saúde coletiva**: interfaces. São Paulo: Hucitec, 2012. 178 p.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; ANDRADE, Luis. Odorico Monteiro. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental, de Sobral, Ceará. In: Saúde e Loucura. In: LANCETTI, Antônio. **Saúde e Loucura**: Saúde Mental e Saúde da Família. 2ª Ed. Hucitec Editora, 2001, p. 167-197.

QUINET, Antonio. **Psicose e laço social**: esquizofrenia, paranóia e melancolia. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. 237 p.

RINALDI, Doris Luz. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental?. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (org.). **Psicanálise e saúde mental**: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

RINALDI, Doris Luz; CABRAL, Leonardo Henrique; CASTRO, Gabriela Sulaiman de. Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 118-125, 2008.

RUSSO, Jane. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria; CARRARA, Sergio (Org.). **Sexualidade e saberes**: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, 2004, p.95-109.

SÁ, Roberta Araújo Rocha; BARROS, Márcia Maria Mont'Alverne; COSTA, Maria Suely Alves. Saúde mental em Sobral-CE: atenção com humanização e inclusão social. **SANARE**, Sobral, v. 6, n. 2, p. 26-33, 2007.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; CARNEIRO, Cleide . Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral-CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas. **SANARE: revista de políticas públicas**. Sobral, v. 6, n. 2, p. 7-25, 2013.

SAÚDE MENTAL, II Congresso Nacional de Trabalhadores em. Manifesto de Bauru (1987). **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 537–541, 2018.

SOBRAL. **Secretaria Municipal de Saúde: Rede de atenção psicossocial de Sobral**, Sobral, 2023.

VICTOR, Rita Meurer; ELIA, Luciano da Fonseca; SILVA, Veline Filomena Simioni. Descaminhos políticos de desconstrução da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Revista de Psicanálise Stylus**, São Paulo, v. 1, n. 40, p. 131-144, 2020.

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018.

**APÊNDICES**



## APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE PERFIL DO PROFISSIONAL PSI DA RAISM DE SOBRAL

Caro profissional psi, com a finalidade de conhecer um pouco mais sobre você, solicitamos que preencha esse formulário. Os seus dados serão usados para construir o perfil do profissional psi (psicólogos e psiquiatras) atuante na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM)\* do Município de Sobral. Essa é a primeira etapa da pesquisa "AS ENTRE(LINHAS) DA PSICANÁLISE E DA SAÚDE MENTAL: O COTIDIANO DO TRABALHO COM A PRÁXIS ANALÍTICA".

\*RAISM: Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II “Damião Ximenes Lopes”, Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas- CAPS AD “Francisco Hélio Soares”, CAPS Infantojuvenil, Serviço Residencial Terapêutico “Lar Renascer”, Unidade de Acolhimento Adulto “José Laerte Fernandes Melo”, Unidade de internação psiquiátrica "Hospital Dr. Estevam Ponte" e Núcleo de atenção e Prevenção ao Suicídio (NAPS).

> Este estudo foi avaliado e aprovado pela Plataforma Sabóia do Sistema Integrado da Comissão Científica (SICC) de Sobral, vinculado ao comitê de ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA), bem como pela Plataforma Brasil, possuindo o CAAE nº 77276424.8.0000.5053.

Você pode acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na íntegra por meio do link:

[https://docs.google.com/document/d/188VJmdkllGG1n1lj8YqkIUiN14RvBpkM0\\_Y-2DssZlo/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/document/d/188VJmdkllGG1n1lj8YqkIUiN14RvBpkM0_Y-2DssZlo/edit?usp=sharing)

*Você afirma ter conhecimento da presente pesquisa e concorda em participar voluntariamente por meio do preenchimento deste formulário?*

Sim

Não

*E-mail:* \_\_\_\_\_

**Compartilhe conosco os seus dados**

Essas informações serão para a construção do perfil do profissional psi (psicólogos e psiquiatras) da saúde mental da RAISM de Sobral. Asseguramos que todas as informações fornecidas neste formulário serão estritamente confidenciais. Apenas o autor e o orientador da pesquisa terão conhecimento das respostas. Os dados serão analisados em conjunto, garantindo o caráter anônimo das informações.

*Qual sua raça/cor:*

Branca  Parda  Preta  Amarela  Indígena

*Gênero:*  Feminino  Masculino  Transgênero  Não-binário

Outro: \_\_\_\_\_

*Qual a sua idade (em anos):* \_\_\_\_\_

*Qual a sua religião?*

Católica  Protestante ou Evangélica  Espírita  Matriz afro-brasileira (como umbanda e candomblé)  Outra  Sem religião

*Estado Civil:*

Solteiro(a)  Casado (a)  União Estável  separado(a)/divorciado(a)  viúvo(a)

*Qual seu núcleo profissional/formação inicial?*

Medicina/psiquiatria  Psicologia

**Essa etapa objetiva conhecer sobre a sua trajetória e formação profissional.**

*Onde você atua na RAISM de Sobral?*

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II “Damião Ximenes Lopes”

Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas- CAPS AD “Francisco Hélio Soares”

CAPS Infantojuvenil

Serviço Residencial Terapêutico “Lar Renascer”

Unidade de Acolhimento Adulto “José Laerte Fernandes Melo”

Unidade de internação Hospital Dr. Estevam Ponte

Núcleo de atenção e Prevenção ao Suicídio (NAPS)

*Há quanto tempo atua na RAISM de Sobral?*

6 meses a 1 ano

1 a 5 anos

- 6 a 10 anos  
 acima de 10 anos

*Há quanto tempo atua no SUS?*

- 6 meses a 1 ano  
 1 a 5 anos  
 6 a 10 anos  
 Acima de 10 anos

*Qual função/cargo você ocupa na RAISM de Sobral?*

\_\_\_\_\_

*Você é um profissional que atua com qual abordagem psicoterapêutica ou linha teórica-clínica que direciona a sua atuação nas práticas clínicas?*

- Psicanálise  
 Gestalt-terapia  
 Terapia Cognitivo Comportamental – TCC  
 Psicologia Analítica  
 Analítico comportamental  
 Abordagem sócio-histórica  
 Outra: Qual? \_\_\_\_\_

*Qual sua maior titulação?*

- Graduação  
 Especialização - Concluída  
 Especialização (Em andamento)  
 Especialização em serviço (Residência)  
 Especialização em serviço (Residência) – Em andamento  
 Mestrado - Concluído  
 Mestrado – Em andamento  
 Doutorado- Concluído  
 Doutorado - Em andamento  
 Pós doutorado- Concluído  
 Pós doutorado - Em andamento

*Realiza análise/terapia pessoal?* ( ) Sim ( ) Não

*Realiza supervisão clínica?* ( ) Sim ( ) Não

*Realiza estudos teóricos/Grupos de estudos?* ( ) Sim ( ) Não

**ESSA ETAPA É PARA OS PROFISSIONAIS PSI QUE SE AUTODECLARAM PSICANALISTAS OU QUE ATUAM A PARTIR DA ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA**

Sabemos da complexidade que o se autodeclarar psicanalista implica, tendo em vista vários fatores que se relacionam a uma trajetória singular e de formação (...)

*Diante disso, consideramos importante perguntar sobre como você se autodeclara*

( ) Psicanalista ( ) Psicólogo de orientação psicanalítica ( ) Psiquiatra de orientação psicanalítica ( ) Nenhuma das alternativas acima.

**O COTIDIANO DO TRABALHO COM A PRÁXIS ANALÍTICA**

De acordo com o psicanalista Jorge Broide e Emília Broide, o saber psicanalítico não é suficiente para dar conta da complexidade da vida contemporânea e no campo das políticas de atenção psicossocial. Considera que a nossa prática no atendimento em situações sociais críticas tem nos trazido inúmeras indagações e nos levado à interação com outros profissionais e saberes de diferentes campos (BROIDE; BROIDE, 2020).

Diante disso, gostaríamos de pedir o seu nome e o seu contato para verificarmos a possibilidade de você participar da segunda etapa da pesquisa “AS ENTRE(LINHAS) ENTRE A PSICANÁLISE E A SAÚDE MENTAL: O COTIDIANO DO TRABALHO COM A PRÁXIS ANALÍTICA”. Participação para uma roda de conversa, que pudéssemos debater acerca dessa temática. \*Acrescentamos que os seus dados fornecidos serão protegidos e não serão disponibilizados para terceiros.

*Qual o seu nome?*

*Qual o seu e-mail?*

*Qual o seu contato telefônico/Whatsapp?*

*Você teria disponibilidade para participar de rodas de conversas sobre o assunto "Psicanálise e políticas de atenção psicossocial"?*

Sim  Não

*Se possível, qual dia da semana e turno seria mais viável para você participar de uma roda de conversa?*

- *Essa pesquisa é autorizada pelo município de Sobral (Plataforma Sabóia). Logo, a instituição a qual você trabalha estará ciente da sua liberação para participação nas rodas de conversa. Para isso, poderemos fornecer uma declaração de participação do dia/turno para confirmação.*

---

**Agradecemos a sua participação!**

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Consentimento de participação na pesquisa: AS ENTRE(LINHAS) DA PSICANÁLISE E DA SAÚDE MENTAL: O COTIDIANO DO TRABALHO COM A PRÁXIS ANALÍTICA.

Pesquisador Responsável: Débora Rocha Carvalho

Professora orientadora: Dra. Camilla Araújo Lopes

Nome do participante: \_\_\_\_\_

### **Caro profissional de saúde mental,**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “AS ENTRE(LINHAS) DA PSICANÁLISE E DA SAÚDE MENTAL: O COTIDIANO DO TRABALHO COM A PRÁXIS ANALÍTICA”, cujo objetivo é conhecer as aproximações e os distanciamentos entre a psicanálise e as políticas de atenção psicossocial a partir da escuta dos profissionais da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental de Sobral. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

**PARTICIPANTES DA PESQUISA:** profissionais que se autodeclaram psicanalistas ou que atuam a partir da orientação psicanalítica na RAISM de Sobral. Os participantes serão identificados e selecionados por meio de um formulário eletrônico que será disparado para captar os profissionais da RAISM de Sobral conforme os critérios de inclusão. A busca dos contatos desses profissionais para envio do formulário, será pedida liberação de acesso da Secretaria de Saúde de Sobral para que a coordenadoria de atenção psicossocial de Sobral possa fornecer os dados dos profissionais, incluindo telefones e e-mails para o envio. Após identificar os potenciais participantes com base nas respostas do formulário, eles serão contatados pessoalmente ou via e-mail e telefone e convidados a fazer parte da segunda etapa da pesquisa no formato de roda de conversa. Participarão da pesquisa somente os voluntários que concordarem com o convite para colaborar.

**ENVOLVIMENTO NA PESQUISA:** Ao se engajar neste estudo, os profissionais participarão dos encontros da roda de conversa, que poderá ser realizado na Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia. Os encontros serão mediados pela proponente desse projeto, com base em eixos que possibilite o diálogo em associação livre. Serão formuladas perguntas norteadoras com base nos eixos para iniciar as rodas de conversas, e as mesmas deverão ser

gravadas para posterior transcrição. Você tem a liberdade de se recusar a participar e pode ainda interromper sua participação em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Sempre que quiser, você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Para isso, poderá entrar em contato com o coordenador do estudo.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** Os procedimentos da pesquisa estão firmados nas normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional De Saúde, nos quais o estudo deverá oferecer riscos mínimos à integridade física, psíquica e moral dos participantes. No contexto dessa pesquisa analisando os possíveis riscos, podemos elencar alguns possíveis desconfortos no tocante à temática da pesquisa, receio de expor os desafios enfrentados no cotidiano do seu trabalho e dificuldade em participar dos encontros da roda de conversa. Para minimizar esses desconfortos, a pesquisadora prestará esclarecimentos durante toda a execução da pesquisa, bem como tentará otimizar o tempo de duração dos encontros, firmará o compromisso de que os dados serão analisados apenas para fins científicos, garantindo não ter outro objetivo senão este, com total sigilo, objetivando a privacidade dos participantes.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** todas as informações reunidas neste estudo são estritamente confidenciais. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento das respostas e seu nome não será usado em nenhum momento. Todos os dados serão analisados em conjunto, garantindo o caráter anônimo das informações. Os resultados do estudo poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

**BENEFÍCIOS:** Possibilidade de construção/transformação na perspectiva interprofissional/intersetorial de reinventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, com a atenção ampliada à singularidade dos sujeitos, mesmo diante de diferentes perspectivas e responsabilidades dos setores. Além disso, terá o benefício de contribuir nas discussões e reflexões sobre o assunto da pesquisa para o campo psicanalítico, bem como para a pesquisadora e os participantes acerca do seu trabalho nas políticas públicas de saúde mental.

**PAGAMENTO:** você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa e nada será pago por sua participação. Se você desejar, poderá ter acesso a cópias dos relatórios da pesquisa contendo os resultados do estudo.

**CONSENTIMENTO COMO PARTICIPANTE:** tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO E AFIRMO QUE NÃO FUI FORÇADO OU OBRIGADO(A).

**CONTATO DO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA:**

Débora Rocha Carvalho (85) 996908789

Email: [deboradrc@gmail.com](mailto:deboradrc@gmail.com)

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UVA: Av. Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, 150 - Derby Club, Fone: (88) 3677-4255. O CEP/UVA é a instância da Universidade Estadual Vale do Acaraú responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos,

RG: \_\_\_\_\_, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou como participante dessa pesquisa. Declaro também que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Sobral – CE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador

---

Assinatura do profissional que aplicou o TCLE



## APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE VOZ

Pesquisa: “AS ENTRE(LINHAS) DA PSICANÁLISE E DA SAÚDE MENTAL: O COTIDIANO DO TRABALHO COM A PRÁXIS ANALÍTICA”.

Pesquisador Responsável: Débora Rocha Carvalho

Professora orientadora: Dra. Camilla Araújo Lopes

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Pelo presente termo, eu \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_ estado civil \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ e RG nº \_\_\_\_\_, residente domiciliado \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ endereço \_\_\_\_\_, autorizo a minha voz ser gravada durante o projeto, porém fui informado(a) que será transcrita e não identificada por som e nem por nome. Também não será usada para fins comerciais e somente para composição da Pesquisa: “AS ENTRE(LINHAS) ENTRE A PSICANÁLISE E A SAÚDE MENTAL: O COTIDIANO DO TRABALHO COM A PRÁXIS ANALÍTICA”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Sobral – CE, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

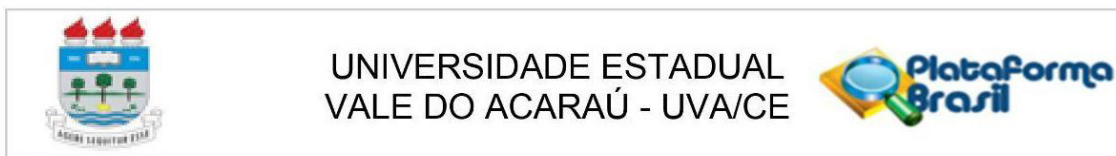
\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

De outro lado, Eu, Débora Rocha Carvalho, brasileira, solteira, inscrita no CPF sob o nº 04836937310 e RG sob o nº 2007105209-1, residente domiciliado no endereço Rua Coronel Sales, 565, Acaraú-CE, pesquisadora do projeto “AS ENTRE(LINHAS) DA PSICANÁLISE E DA SAÚDE MENTAL: O COTIDIANO DO TRABALHO COM A PRÁXIS ANALÍTICA”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Desse modo me comprometo a utilizar o som dos participantes da pesquisa somente para fins de registro da pesquisa e Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará- UFC.

Sobral – CE , \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AS ENTRE(LINHAS) ENTRE A PSICANÁLISE E A SAÚDE MENTAL: O COTIDIANO DO TRABALHO COM A PRÁXIS ANALÍTICA

**Pesquisador:** DEBORA ROCHA CARVALHO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 77276424.8.0000.5053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.662.203

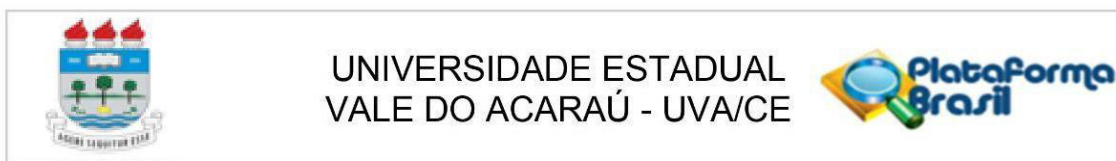
#### **Apresentação do Projeto:**

trata-se de uma pesquisa de cunho exploratório de abordagem qualitativa, que objetiva gerar conhecimento acerca das aproximações e dos distanciamentos entre a psicanálise e as políticas de atenção psicossocial a partir da escuta dos profissionais da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental (RAISM) de Sobral. Esse tipo de pesquisa proporciona visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato, com a finalidade de desenvolver, esclarecer e/ou modificar conceitos e ideias, “tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (GIL, 2008, p.27; GERHARDT & SILVEIRA, 2009). O método será constituído por dois procedimentos em duas etapas distintas:

- i) o uso de formulário online;
- ii) o uso da técnica de roda de conversa com os profissionais que se autodeclaram psicanalistas ou que atuam a partir da orientação psicanalítica na RAISM de Sobral.

A análise dos resultados, assim como o direcionamento das rodas de conversa com os participantes da pesquisa, terá como base o método teórico-clínico da psicanálise. Partindo dessa proposta, a pesquisa levará em conta a implicação do pesquisador em uma relação, tendo a perspectiva da pesquisa em psicanálise. Dessa forma, tal projeto irá considerar, inicialmente, uma revisão de literatura, da qual será destacada ideias-chave da relação da pesquisadora com os textos lidos com referência ao objetivo do presente projeto, para, posteriormente, enviar os formulários eletrônicos que será disparado para captar os profissionais que se autodeclaram

**Endereço:** Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep\_uva@uvanet.br



Continuação do Parecer: 6.662.203

psicanalistas ou que atuam a partir da orientação psicanalítica na RAISM de Sobral. Em seguida, serão realizadas visitas nas instituições dos profissionais selecionados com base nas respostas do formulário, considerando os critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir, para abordar o tema da pesquisa e convidá-los para os encontros da roda de conversa, pois, assim, a pesquisadora estabelece uma relação com os participantes, por meio da qual será possível produzir um saber.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Conhecer as aproximações e os distanciamentos entre a psicanálise e as políticas de atenção psicossocial a partir da escuta dos profissionais da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental de Sobral.

Objetivo Secundário:

- a) Identificar as aproximações do trabalho analítico nas Políticas Públicas de Saúde Mental;
- b) Identificar os distanciamentos do trabalho analítico nas Políticas Públicas de Saúde Mental;
- c) Identificar os métodos de trabalho que têm sido propostos pelos profissionais nas Políticas Públicas de Saúde Mental.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No contexto dessa pesquisa analisando os possíveis riscos, podemos elencar alguns possíveis desconfortos no tocante à temática da pesquisa, receio de expor os desafios enfrentados no cotidiano do seu trabalho e dificuldade em participar dos encontros da roda de conversa. Para minimizar esses desconfortos, a pesquisadora prestará esclarecimentos durante toda a execução da pesquisa, bem como tentará otimizar o tempo de duração dos encontros, firmará o compromisso de que os dados serão analisados apenas para fins científicos, garantindo não ter outro objetivo senão este, com total sigilo, objetivando a privacidade dos participantes. **CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** todas as informações reunidas neste estudo são estritamente confidenciais. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento das respostas e seu nome não será usado em nenhum momento. Todos os dados serão analisados em conjunto, garantindo o caráter anônimo das informações. Os resultados do estudo poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

Benefícios:

Possibilidade de construção/transformação na perspectiva interprofissional/intersectorial de

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep\_uva@uvanet.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 6.662.203

reinventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, com a atenção ampliada à singularidade dos sujeitos, mesmo diante de diferentes perspectivas e responsabilidades dos setores. Além disso, terá o benefício de contribuir nas discussões e reflexões sobre o assunto da pesquisa para o campo psicanalítico, bem como para a pesquisadora e os participantes acerca do seu trabalho nas políticas públicas de saúde mental.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

adequados

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

adequados

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

não há pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2273890.pdf	02/02/2024 14:27:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_plataforma.pdf	02/02/2024 14:24:22	DEBORA ROCHA CARVALHO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2273890.pdf	01/02/2024 20:28:56		Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_Debora_Rocha_Carvalho_assinado_outros.pdf	01/02/2024 20:25:13	DEBORA ROCHA CARVALHO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/02/2024 20:22:53	DEBORA ROCHA CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataforma.pdf	01/02/2024 20:22:40	DEBORA ROCHA CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataforma.pdf	01/02/2024 20:22:40	DEBORA ROCHA CARVALHO	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	01/02/2024 20:22:15	DEBORA ROCHA CARVALHO	Aceito

**Endereço:** Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep\_uva@uvanet.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 6.662.203

Ausência	TCLE.pdf	01/02/2024 20:22:15	DEBORA ROCHA CARVALHO	Aceito
Outros	pp26261699446129f_parecer_final.pdf	01/02/2024 20:22:03	DEBORA ROCHA CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	01/02/2024 20:17:16	DEBORA ROCHA CARVALHO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SOBRAL, 21 de Fevereiro de 2024

---

**Assinado por:**  
**Eroteide Leite de Pinho**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep\_uva@uvanet.br

## ANEXO B – PARECER DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL



**PREFEITURA DE SOBRAL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMISSÃO CIENTÍFICA**

### **PARECER PROTOCOLO Nº 0238/2023**

Declaramos ter ciência dos objetivos e da metodologia do Projeto de Pesquisa intitulado *As Entre(linhas) Entre a Psicanálise e a Saúde Mental: o cotidiano do trabalho com a Práxis Analítica* desenvolvido por Debora Rocha Carvalho.

Na condição de instituição proponente do projeto supracitado, concordamos em autorizar o desenvolvimento da pesquisa a ser realizada no Município de Sobral/CE. Reitera-se a necessidade de pactuação prévia entre os pesquisadores e os serviços envolvidos quanto aos melhores dias, horários e condições para realização das etapas do estudo. Por fim, recomendamos que os pesquisadores sigam às recomendações da **Resolução nº 580/2018 que trata sobre especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o sistema público de saúde** ao longo do projeto de pesquisa.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga os pesquisadores de se orientarem pelas determinações éticas propostas na **Resolução nº 466/2012, Resolução nº 510/2016 e Resolução nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS**, as quais, enquanto instituição coparticipante, nos comprometemos a cumprir. Assim como de solicitar anuência aos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia do estudo supracitado por um *Comitê de Ética em Pesquisa*. O descumprimento desse condicionamento ou de qualquer outra ação em desfavor dos participantes ou do serviço, assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade dos pesquisadores encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como forma de compromisso com a sociedade e o Sistema de Saúde de Sobral, em razão das possíveis melhorias advindas dos resultados do estudo. Reitera-se que pendências

Código de Validação: PP26261699446129F

Emitido em: Sobral, 08 de Novembro de 2023, às 09:22, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço [plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao](http://plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao), através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMISSÃO CIENTÍFICA**

no envio do Relatório de Pesquisa podem levar a não apreciação de solicitações posteriores.

Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone (88) 3614-2633 ou pelo e-mail [comissao.cientifica1@gmail.com](mailto:comissao.cientifica1@gmail.com)

Sobral, 08 de Novembro de 2023

Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral

*Código de Validação: PP26261699446129F*

*Emitido em: Sobral, 08 de Novembro de 2023, às 09:22, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC*

*Este documento pode ser validado no endereço [plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao](https://plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao), através das informações acima.*

## ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ

DIRETORIA DO CAMPUS SOBRAL

### CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos, para os devidos fins, que damos anuência a pesquisadora Débora Rocha Carvalho a desenvolver a pesquisa **“AS ENTRE(LINHAS) ENTRE A PSICANÁLISE E A SAÚDE MENTAL: O COTIDIANO DO TRABALHO COM A PRÁXIS ANALÍTICA”**, trabalho realizado sob orientação de Camilla Araújo Lopes Vieira.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Sobral, 14 de novembro de 2023.

Documento assinado digitalmente  
**MARIO AUREO GOMES MOREIRA**  
Data: 14/11/2023 12:53:48-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Mário Áureo Gomes Moreira

Diretor



## ANEXO D – RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO DE CONSULTORIA



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ  
Campus de Sobral

Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas  
Mestrado Profissional em Psicologia e Políticas Públicas

### Relatório Técnico Conclusivo de Consultoria

Roda de conversa acerca do cotidiano do trabalho com a práxis analítica nas políticas de atenção psicossocial	
Linha de Pesquisa: Clínica, Saúde e Políticas Públicas	
Projeto de Pesquisa: As entre(linhas) da psicanálise e da saúde mental: o cotidiano do trabalho com práxis analítica	
Equipe de trabalho <sup>4</sup>	
Nome	Função
Débora Rocha Carvalho	Discente de Pós-Graduação
Alana Oliveira de Sousa	Discente de Graduação
Camilla Araújo Lopes Vieira	Docente de Pós-Graduação
Instituição em que a consultoria foi realizada: Universidade Federal do Ceará - campus de Sobral	
Período de Realização da consultoria: Março de 2024	
Demanda <sup>5</sup> : Necessidade de educação permanente em saúde acerca da práxis analítica nas políticas de atenção psicossocial	
Objetivo da Consultoria: Conhecer as aproximações e os distanciamentos entre a psicanálise e as políticas de atenção psicossocial a partir da escuta dos profissionais de orientação psicanalítica da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental de Sobral.	
Público-alvo: Profissionais de orientação psicanalítica da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental de Sobral	
Métodos e Procedimentos <sup>6</sup> : A escolha dos procedimentos, dos materiais utilizados e dos instrumentos para coleta de dados, foi do formato de roda de conversa pela sua potencialidade na produção de narrativas individuais e/ou coletivas, que, por sua vez, possibilitam discussões e reflexões associadas a conteúdos e análises sobre inserções sociais, vivências de práticas específicas e experiências subjetivas em dado tema. Moura e Lima (2014) destacam o uso de rodas de conversa como produção de narrativas mnemônicas entre pares, onde possibilita um espaço propício à escuta, ao diálogo e à singularidade das partilhas em que o pesquisador integra a conversa e a produção de dados. Dessa forma, a roda de conversa foi realizada a partir de dois eixos temáticos pré-definidos	

<sup>4</sup> Acrescente quantas linhas forem necessárias para indicar toda a equipe de trabalho

<sup>5</sup> **Demanda** (critério CAPES): este critério avalia se o PT atende a uma lacuna, ou seja, se responde a uma necessidade da sociedade ou de um determinado segmento social. Não é necessário que tenha havido uma solicitação explícita, mas o relato do PPG precisa evidenciar que o público-alvo atingido carece de um PT daquela natureza. Nesse sentido, a descrição feita tem que evidenciar a aplicabilidade do PT.

<sup>6</sup> Descrição do processo de realização da assessoria ou consultoria: apresentação qualitativa e quantitativa de todas as fases da ação e atividades realizadas, assim como das “técnicas” utilizadas. Por exemplo: número de encontros realizadas e sua descrição; temas debatidos com os participantes ao longo do processo, utilização de rodas de conversa, dramatizações, círculos de cultura etc.

com base na revisão de literatura realizada anteriormente: 1. A relação do profissional de orientação psicanalítica e o contexto dos serviços (explorar as aproximações e os distanciamentos); 2. Sobre a práxis do psicanalista (identificar os métodos de trabalho que têm sido propostos pelos participantes).

A roda de conversa partiu desses eixos, a partir de perguntas disparadoras para o diálogo em associação livre. Foi utilizado gravador para posteriormente efetuar uma nova escuta para se obter elaborações acerca da experiência. A gravação do encontro não foi para a transcrição literal do conteúdo dos encontros, mas como recurso de elaboração em momento posterior, de modo que possibilitasse à pesquisadora elaborar uma escrita como uma nova escuta para apreender outras percepções e sentidos. Dessa forma, a pesquisa esteve em consonância com a premissa freudiana enquanto pesquisa em psicanálise de que toda descrição implica em uma construção particular (Nogueira, 2004).

Impacto Quantitativo<sup>7</sup>: O número de participantes foi de 3 profissionais, sendo destes 2 psiquiatras e 1 psicóloga de orientação psicanalítica. Além disso, contou com o apoio de uma bolsista de pesquisa, graduanda de psicologia da UFC do campus de Sobral. Foi realizado 1 encontro para a roda de conversa.

Compreendendo, a partir de uma abordagem qualitativa, ser número suficiente que possibilitou a discussão e aprofundamento acerca do tema de nível exploratório e obter os dados para se alcançar os objetivos.

Resultados e Impacto Qualitativo: A roda de conversa teve duração de 2 horas, sendo 1 hora e 35 minutos de gravação, mediada pela proponente deste projeto com apoio de uma bolsista de pesquisa, graduanda de psicologia da UFC do campus de Sobral.

A partir da gravação, foi possível realizar a análise das falas dos participantes, os quais expuseram acerca dos desafios do cotidiano de trabalho com a práxis analítica, bem como as potencialidades diante do contexto da política de atenção psicossocial.

Das aproximações que produzem movimentos, destacamos aqui de forma resumida, de como a práxis analítica acrescenta e fortalece a construção de uma atenção psicossocial, sobretudo na forma de compreender o sujeito e o sofrimento, assim como na relação do sujeito consigo mesmo e no campo social. Segundo Victor, Elia e Silva (2020, p. 139), a psicanálise e a política da atenção psicossocial são convergentes por possuírem o objetivo em comum a partir da premissa da desinstitucionalização e de outras maneiras de lidar com o sofrimento e com o louco, opondo-se das ideias de correção ou exclusão. Partindo disso, é uma perspectiva de trabalho que necessita ser fortalecida de forma interprofissional, articulando os outros saberes que compõem o contexto do trabalho e dos serviços das políticas de saúde mental.

Dos distanciamentos que produzem tensões, a psicanálise como práxis que opera no campo da saúde mental de forma a não enquadrar ou corrigir o sujeito, ela, por sua vez, produz laço transferencial, sendo dessa forma antimanicomial. Portanto, não é funcionalista e não se adapta aos interesses de uma política neoliberal (Victor; Elia; Santos, 2020).

A psicanálise tenciona como reflexão crítica a essas práticas com base na “eficiência”, opondo-se e propondo que o sujeito possa questionar essa lógica e o seu lugar no mundo

<sup>7</sup> Por exemplo: número de participantes, número de pessoas atendidas, número de atendimentos realizados etc.

contemporâneo. Para que se erga a importância da dimensão subjetiva, histórica e cultural desses sujeitos.

**Abrangência Realizada<sup>8</sup>:** Município de Sobral

**Abrangência Potencial<sup>9</sup>:** A relevância desse produto não se limita à comunidade psicanalítica de Sobral, ela se estende a todos que se interessem pelas reflexões pertinentes à sua prática nos serviços no campo da saúde, partindo de uma perspectiva emancipatória. No sentido em que o trabalho dos analistas na saúde pública com as trocas possíveis dentro desse campo, partindo da ética do desejo do sujeito do inconsciente e nos efeitos disso no trabalho interprofissional, sustente um cuidado clínico e psicossocial que considere a demanda e o desejo das pessoas com sofrimento que buscam assistência na rede de atenção psicossocial (Maranhão; Vieira, 2019).

**Replicabilidade<sup>10</sup>:** A roda de conversa pode ser replicada em outros PPG, tendo em vista o seu baixo custo e alto nível de impacto qualitativo e de abrangência potencial a fim de problematizar o assunto para o campo psicanalítico e oferecer uma contribuição que não seja limitada pela confirmação da teoria, considerando que esse processo também é de descoberta, de revelação ou mesmo de renovação do campo.

**Complexidade<sup>11</sup>:** Consideramos ser uma intervenção de média complexidade. Tendo em vista a busca dos profissionais e os procedimentos éticos. Os critérios de inclusão, os participantes deveriam: 1) ser profissionais que atuavam a partir da orientação em psicanálise, 2) que estavam atuando na RAISM de Sobral, 3) entender os objetivos da pesquisa e se voluntariar em participar do estudo. Critérios de exclusão, os profissionais: 1) que tenham menos de 6 meses de experiência profissional na RAISM de Sobral. Dados coletados por meio de um formulário do google forms criado para acesso geral dos profissionais “psi” (psicólogos e psiquiatras) da RAISM para depois selecionar os profissionais com base nos critérios supracitados. O envio do formulário e a roda de conversa ocorreram após o aceite do projeto pelo Sistema Integrado da Comissão Científica – Secretaria de Saúde de Sobral (SICC) e pela plataforma Brasil mediante aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Isso, pois, compreendendo a importância dos procedimentos estarem firmados nas normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional De Saúde, nos quais a sua análise e estudo deveriam oferecer riscos mínimos à integridade física, psíquica e moral dos participantes, tudo nos conformes do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

<sup>8</sup> Por exemplo: município de Sobral; Região norte do Ceará; Estado do Ceará; Brasil e Canadá;

<sup>9</sup> **Abrangência potencial** (critério CAPES): este critério considera a possibilidade de expansão em termos de incrementar o alcance do PT ou de gerar outros produtos a ele vinculados. A avaliação dessa possibilidade de expansão deve estar referendada em uma descrição que deixe explicitados esses cenários de desdobramento do produto

<sup>10</sup> **Replicabilidade** (critério Capes): este critério considera a possibilidade de outros PPGs ou outros pesquisadores/profissionais reproduzirem o PT que foi desenvolvido. A avaliação desse critério deve estar referendada em evidências de registro do que foi desenvolvido (método e procedimentos adotados em seu desenvolvimento).

<sup>11</sup> **Complexidade** (critério CAPES): este critério busca avaliar se o PT demanda um esforço expressivo do PPG, considerando a dificuldade de construção daquele produto. Aspectos cognitivos, tecnológicos e sociais seriam exemplos de sinalização de um processo de desenvolvimento de produto complexo.

Inovação<sup>12</sup>: Possibilitou a construção/transformação da perspectiva interprofissional/intersetorial de reinventar os dispositivos e novas tecnologias de cuidado, com a atenção ampliada à singularidade dos sujeitos, mesmo diante de diferentes perspectivas e responsabilidades dos setores. A partir disso, também possibilitou a reflexão sobre a interlocução entre a psicanálise e o campo da saúde mental e atenção psicossocial, compreendendo os desafios do profissional de orientação psicanalítica na sua inserção na instituição, enaltecendo a sua ética e base epistemológica distinta. A reflexão acerca da práxis analítica nesse contexto, torna-se relevante para construir e expor o que a psicanálise pode contribuir nos serviços, bem como sofrer efeitos das políticas de saúde e se reinventar nesse processo.

---

<sup>12</sup> **Inovação** (critério CAPES): este critério considera em que medida o PT aponta para uma novidade em termos do que é produzido pela área. Nesse sentido, deve ser avaliado se o produto introduz alguma mudança, em termos de forma ou de conteúdo, que possa ser considerada um diferencial para a área. A avaliação de inovação depende, necessariamente, da argumentação do PPG, que demonstre o caráter inovador daquele PT.

### Referências

- MARANHÃO, Joyce Hilario; VIEIRA, Camilla Lopes Araújo. Reflexões sobre os conceitos de cidadania e sujeito em psicanálise na Atenção Psicossocial. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 753-771, 2019.
- MOURA, Adriana Ferro; LIMA, Maria Glória. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. **Temas em Educação**, João Pessoa, v. 23, n. 1, p. 98-106, 2014.
- NOGUEIRA, Luiz Carlos. A pesquisa em psicanálise. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 83-106, 2004.
- VICTOR, Rita Meurer; ELIA, Luciano da Fonseca; SILVA, Veline Filomena Simioni. Descaminhos políticos de desconstrução da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Revista de Psicanálise Stylus**, São Paulo, v. 1, n. 40, p. 131-144, 2020.