

Se existem a demanda e o desejo... A psicanálise é para todos¹

Ana Lucila Barreiros Barbosa de Araújo²

Resumo

Este trabalho procura refletir a psicanálise aplicada no âmbito da saúde pública, onde é possível ser fiel a sua teoria e a sua técnica. São feitos comentários das situações existentes neste setor e trazem à luz palavras do próprio Freud, quando previu um futuro em que o Estado pudesse favorecer às classes economicamente menos favorecidas, dando-lhes o direito aos tratamentos psicoterapêuticos. Nesta perspectiva o analista pode ser aquele que reinventa a psicanálise em novos espaços para viabilizar o fazer psicanalítico.

O interesse por esse tema surgiu a partir da clínica da psicanálise no serviço público, em especial no espaço ambulatorial e no atendimento individual. Por ser este um local privilegiado para a prática da psicanálise que facilita o ir-e-vir dos pacientes, mantendo uma certa regularidade no atendimento pela marcação das consultas, por preservar um certo sigilo e propiciar uma certa autonomia de trabalho para o profissional.

Norteando a clínica pelo referencial teórico da psicanálise, paralelo a todo o investimento pessoal numa formação psicanalítica, que surgiu primeiramente pelo desejo de ser analista e submeter-me a minha própria análise, não conseguia deixar de reconhecer que tudo isto estava sendo aplicado ao meu trabalho no âmbito público, pois não há uma dicotomia entre ser psicanalista no consultório e ser no ambulatório.

Para reforçar ainda mais estas idéias, entrei em contato há alguns anos com o trabalho de uma psicóloga e psicanalista Ana Cristina Figueiredo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, autora do livro *Vastas Confusões e atendimentos Imperfeitos – A Clínica Psicanalítica*

no Ambulatório Público, que é resultado de uma tese de doutoramento, orientada pelo psicanalista Jurandir Freire Costa. Este seu trabalho tem sido referência para profissionais da saúde mental e do serviço público, que praticam a psicanálise em outros espaços que não os consultórios particulares. Leitura bastante esclarecedora que veio acrescentar ao trabalho já iniciado no setor de saúde mental de âmbito público, na cidade de Maceió, por ocasião do estudo desse texto.

Procurando fazer alguns comentários do campo psicanalítico em questão, onde é possível ser fiel a sua teoria e a sua técnica e sobre as características desse serviço, a partir das idéias dessa autora e também trazendo à luz, palavras do próprio Freud, quando previu um futuro em que o Estado pudesse favorecer às classes economicamente menos favorecidas, dando-lhes o direito aos tratamentos psicoterapêuticos e psicanalíticos.

Primeiramente, devemos questionar sobre as condições mínimas necessárias para que a psicanálise seja viável no ambulatório. Não existem duas psicanálises, uma no consultório privado, outra no ambulatório público, pois

¹ Trabalho apresentado na V jornada de Psicanálise do GPAL em outubro/2005.

² Psicóloga e psicanalista do GPAL.

Se existem a demanda e o desejo... A psicanálise é para todos

a questão não se delimita ao local como espaço físico. A partir do momento que existe uma demanda de atendimento psicoterapêutico e um número crescente de profissionais ligados a psicanálise, nos deparamos com “o problema de como inventar permanentemente à psicanálise sem ameaçar romper com o que a caracteriza e a delimita.” (Figueiredo, 1997, p.30). Daí a necessidade de falar dos seus dispositivos de tratamento.

O quadro atual onde já existem psicanalistas inseridos no setor público, inclusive na nossa realidade de Alagoas, inclui unidades de postos de saúde de atendimento médico, centros de assistência psicossocial, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e hospitais universitários, ligados ao SUS, alguns em regime de municipalização. O que significa que o atendimento deve ser dado a toda e qualquer pessoa que o demande, respeitando, tanto quanto possível, a localização geográfica do serviço próximo à moradia do paciente. De um modo geral, os encaminhamentos são feitos para a psicologia, seguindo critérios genéricos, onde os mais comuns são: problemas de aprendizagem e comportamento no caso de crianças e adolescentes; dificuldades clínicas com adultos resistentes a determinado tratamento; problemas emocionais de todo tipo, sendo ansiedade e depressão os mais frequentemente diagnosticados. Além de tudo que é considerado problema psicossocial: o pai que bate, o que bebe, a criança que fugiu de casa, que foi espancada ou foi seduzida pelo pai, padrasto ou irmão; a criança cuidada por avós idosos, o adolescente infrator, o dependente químico, etc. O tratamento nessa etapa inicial requer muita sutileza na escuta, precisão e agilidade na condução de cada caso, onde o mais importante, segundo Corbisier (1992) é “acolher e escutar”(p.12).

No atendimento a crianças e adolescentes, a prática nos mostra que, às vezes, bastam algumas entrevistas com a mãe e a questão se resolve, ou noutras vezes, é a mãe que permanece no tratamento, o que Figueiredo (1997) denomina de “peneirar a confusão” (p.50). Ou ainda quando escutamos a mãe “que pega carona” no tratamento do filho que é o nosso cliente!

Fazer uma distinção das demandas para desfazer equívocos, para dar encaminhamentos necessários, só mesmo a partir de uma escuta atenta, para fazer desaparecer a demanda “fora do lugar” (Figueiredo, 1997, p. 50) e dar lugar a outra demanda que possa ser remetida à psicanálise. Isto é possível quando reconhecemos “a diferença entre escutar uma queixa e escutar uma questão do sujeito” (Figueiredo, 1997, p.53). Ajudar o paciente que nos procura a falar, a dar sentido ao seu sofrimento psíquico, abrindo novas possibilidades de subjetivação para novas identificações, motivando a criatividade, são pontos que nos levam a esta questão do sujeito.

Esta realidade nos mostra que existem dificuldades na aplicação da psicanálise às camadas economicamente menos favorecidas da sociedade, entre elas, as condições precárias do serviço público e o tipo de clientela. Existe uma forte determinação do social nas situações recorrentes nos atendimentos, relativas a faltas, interrupções, greves por melhores salários, fechamento prolongado dos espaços físicos para reformas, trágicas histórias de vida, como estupros, espancamentos, mortes violentas de entes queridos, pobreza miserável, enfim toda sorte de problemas raramente encontrados no consultório particular. Sabemos que “há um limite real do alcance da psicanálise, ou de qualquer terapêutica e que não se faz psicanálise da miséria.” (Figueiredo, 1997, p. 94).

O analista deve se disponibilizar à transferência e trabalhar a partir das falas que lhe são endereçadas. Se não for possível levar adiante uma psicanálise, é possível produzir efeitos terapêuticos aquém dos efeitos psicanalíticos, mas a postura do psicanalista pode ser a mesma se comparada ao contexto privado.

Nas palavras do Freud (1918), no famoso discurso de Budapeste, ele nos diz “não podemos evitar de aceitar para tratamento determinados pacientes que são tão desamparados e incapazes de uma vida comum, que para eles, há que se combinar a influência analítica com a educativa; e mesmo no caso da maioria, vez por outra surgem ocasiões nas quais o médico é obrigado a assumir a posição de mestre e mentor. Mas isso deve sempre ser feito com muito cuidado, e o paciente deve ser educado para liberar e satisfazer a sua própria natureza, e não para assemelhar-se conosco.” (p. 208).

Então, como lidar com as situações-limite na clínica psicanalítica do serviço público? Começando pelas faltas, elas podem indicar momentos difíceis do paciente na sua própria vida, como também na análise. Fato este com o qual lidamos vez por outra nos nossos consultórios. As interrupções ou abandonos também acontecem nos consultórios. No serviço público, temos o recurso de fazer um chamado sem repreensão, ou de um convite a retornar quando for possível, pois a ele é dado o direito de ir e vir. Quantas vezes enfrentamos situações semelhantes no consultório? Sobre as trágicas histórias de vida, ao invés de nos depararmos com o sentimento de “não há nada a fazer”, podemos escutar “como são contadas e recontadas, onde se situa o sujeito, que fantasia aí se tece e do que ele pode realmente se desfazer para dar um rumo minimamente diferente à sua vida.” (Figueiredo, 1997, p. 94).

E esta autora vai mais longe ao nos questionar: “antes de lamentar que essa população não investe no tratamento seja por não pagar, por não saber do que se trata, por não poder em função de suas condições precárias ou, simplesmente, por não querer, é preciso fazer a si próprio as mesmas perguntas sob outro prisma: por não ser bem pago? por não saber o que fazer de sua própria clínica? por ter condições precárias para suportar as mazelas alheias? ou, simplesmente, por não querer?” (Figueiredo, 1997, p.95).

Continuando a questionar as situações-limite para a psicanálise no âmbito público, aponto outro aspecto relevante: o dinheiro. A lei nos diz: no serviço público é proibido cobrar. Segundo Freud (1913) “o dinheiro envolve poderosos fatores sexuais...” (p.131). Será que a ausência do fator dinheiro retira de cena os fatores sexuais que este envolve? Sem alguma forma de pagamento uma análise pode andar, se o pagar entra em jogo como um poderoso fator de resolução da transferência?

A análise pode sim acontecer, porque existem formas indiretas de pagamento. Basta pensarmos que há um custo real para os pacientes que se engajam nos tratamentos: o tempo e o dinheiro que gastam para chegar até o serviço pelo menos uma vez por semana. Se não cobramos dinheiro, cobramos a presença, para garantia da vaga e esclarecemos que após três faltas consecutivas sem justificativa, se perde aquela vaga. Esta é uma forma de marcar um limite, onde eles perdem a vaga, mas não a possibilidade de virem a remarcar aquele atendimento. Acontece ainda de faltarem ao atendimento por não terem o dinheiro do transporte e comunicarem este fato na sessão seguinte. Também podemos contabilizar isto na avaliação da resistência. Às vezes, o dinheiro é um fator de impedimento: por não ter que pagar que os tratamentos são interrompidos nos consultórios. Já no

Se existem a demanda e o desejo... A psicanálise é para todos

ambulatório essa forma de resistência não existe, ela pode se dar pelo abandono, pelo desinvestimento, etc.

Mas tanto no consultório como no ambulatório existem outros elementos em jogo para a resolução da transferência quanto para a avaliação da resistência, presentes em qualquer análise .

Uma outra questão para a psicanálise no ambulatório é sobre a presença ou não do divã, este mobiliário tão fundamental para a psicanálise. Também aqui para Freud, “os poderosos fatores sexuais entram em cena, desta vez, pela via do olhar da pulsão escópica. Seria o divã a única maneira de desfazer a pregnância indesejável do olhar?” (Figueiredo, 1997, p.109).

Para a corporação internacional de psicanalistas, o divã, a duração, a frequência das sessões e o pagamento caracterizam de forma padronizada o setting analítico, “de resto estamos fora e numa concessão estratégica, podemos na melhor das hipóteses, fazer uma psicoterapia de base psicanalítica” (Figueiredo, 1997, p. 109). Para o modelo estrutural de Lacan, o divã não é somente um componente do cenário, ele tem uma função específica e localizável a cada caso, de marcar o momento em que o sujeito entra em análise.

As instalações dos ambulatórios são na maioria das vezes precárias, nem todos os profissionais dispõem de uma sala para este tipo de atendimento, há profissionais que não usam a mesma sala todos os dias, há peças do mobiliário específicas da área médica: maca, cadeira ginecológica, balança de pesar bebê, balança comum, mesa entre duas cadeiras, falta de ventilação ou refrigeração no ambiente, passagem de som, comprometendo o sigilo. Há outras situações onde, a sala existe em condições razoáveis e o profissional evita o cara a cara, posicionando a sua cadeira mais afastada, dando um distanciamento entre ambos.

Trabalhamos numa estrutura eminentemente instalada para a consulta médica, onde o frente-a-frente caracteriza uma conversa. Para Figueiredo (1997), no caso da psicanálise, “é justamente essa conversa que deve se deslocar para dar lugar a uma fala, cuja contrapartida é a escuta” (p.112). A não presença do divã, é um elemento a mais na transferência que pode ser tão pregnante quanto irrelevante no decorrer do processo. No ambulatório, para o divã não há regras. E no consultório particular, só se faz psicanálise se o paciente estiver no divã?

No programa Roda Viva da TV Cultura (SP) em 1999, a historiadora e psicanalista francesa Elizabeth Roudinesco, ao ser entrevistada sobre o papel da psicanálise nos dias atuais, nos diz que “é preciso ver a psicanálise de hoje como algo coletivo. Os psicanalistas de hoje são anônimos, são bons clínicos, que com certeza se defrontam com todo tipo de dificuldade. Não devemos ter atitude rígida. Hoje não se pratica a psicanálise como há vinte anos, ou como no início. Os tratamentos usam menos o divã, e mais o face-a-face. Trabalham na periferia. Esta é a prática cotidiana da psicanálise. E esses psicanalistas não usam terno e gravata. Usam jeans, tênis, vivem o dia-a-dia, não ganham muito, não são ricos e não têm pacientes no divã o tempo todo. É essa a imagem moderna da psicanálise!”

Roudinesco considera este momento, uma abertura, como também um risco de que os psicanalistas por serem mais clínicos, sejam menos cultos, menos intelectuais, mas vislumbra um futuro em que haverá psicanalistas na universidade, representando o ensino do saber psicanalítico.

Voltando a mais uma questão, aponto também o tempo como outro elemento da psicanálise. No serviço público somos cobrados em aumentar a produtividade, há dias em que chega ao mesmo tempo muita gente para

ser atendida, alguém que aparece fora de hora sem poder esperar. A duração das consultas é fixada, em torno de 30' nos serviços de saúde mental. A demanda é grande e por vezes espontânea. Para oferecermos um bom atendimento, requer tempo, tempo para atender, escutar, encaminhar, tratar, discutir casos com colegas... Há épocas em que precisamos fazer lista de espera para novos casos, onde pedimos que deixem telefone ou endereço para contato. Quando surge a vaga, geralmente porque alguém abandonou ou interrompeu o tratamento e menos ainda quando concluiu, uma nova pessoa é convocada. Este procedimento causa surpresa em alguns, por duvidarem que no serviço público a sua necessidade é levada em conta, mas trata-se de uma postura ética.

Há pacientes muito assíduos por um longo período de tempo. E como fica a duração para uma análise no serviço público? Estão em jogo a elaboração dos conflitos, a dissolução da transferência, onde devemos ajudar o paciente a atingir o que pode ser satisfatório na sua vida, sabendo que a satisfação é sempre parcial. O trabalho de elaboração também se dá no “só depois” das sessões ao longo do percurso analítico. Não são estas questões tanto do consultório como do ambulatório? O tempo de cada um é único, como a duração, o percurso a atravessar e a nossa missão é escutar, levando em conta as próprias forças do sujeito. Reunindo todos esses pontos, vem o questionamento: menos vezes + menos tempo + não pagamento + não divã = menos psicanálise?

Sabemos que não, porque o que está em questão é o manejo da transferência. Este é o nosso desafio, “reinventar permanentemente a psicanálise, sem ameaçar romper com os seus paradigmas, sinalizando o ambulatório público, como um novo espaço para o fazer psicanalítico” (Reis Filho, 2004, pp.

32-33). O binômio fala-escuta está bem inscrito no conceito de transferência, quando a clínica psicanalítica produz um modo de fala através da transferência, onde o sujeito vai poder se escutar enquanto nos fala da sua queixa, do seu pedido de alívio, enfim, da sua realidade psíquica. E é pela escuta que a fala se constitui, remetendo o sujeito à regra fundamental da associação livre: ‘diga o que lhe vier a mente’.

No serviço público, o psicanalista que convém, convive. Conviver, ‘viver con’, é atravessar esse jogo em que o psicanalista faz de sua diferença uma especificidade e não uma especialidade.

Para concluir, trago as palavras finais do Freud (1918), no discurso de Budapeste, no texto Caminhos da Terapêutica Psicanalítica: “... toquei de relance numa situação que pertence ao futuro – situação que parecerá fantástica a muitos dos senhores, e que não obstante, julgo merecer que estejamos com as mentes preparadas para abordá-la. Os senhores sabem que as nossas atividades terapêuticas não têm um alcance muito vasto. Somos apenas um pequeno grupo e, mesmo trabalhando muito, cada um pode dedicar-se, num ano, somente a um pequeno número de pacientes. Comparada à enorme quantidade de miséria neurótica que existe no mundo, e que talvez não precisasse existir, a quantidade que podemos resolver é quase desprezível. Ademais, as nossas necessidades de sobrevivência limitam o nosso trabalho às classes abastadas, que estão acostumadas a escolher seus próprios médicos e cuja escolha se desvia da psicanálise por toda espécie de preconceitos. Presentemente nada podemos fazer pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave... Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência

Se existem a demanda e o desejo... A psicanálise é para todos

à sua mente, quanto o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade... Tais tratamentos serão gratuitos... Mais cedo ou mais tarde, contudo, chegaremos a isso." (pp.209-210).

Referências

Corbisier, Cláudia. (1992). A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. *Psiquiatria sem Hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Figueiredo, Ana Cristina (1997). *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos. A Clínica Psicanalítica no Ambulatório Público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Freud, Sigmund (1913). *Totem e Tabu*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1918). *Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 17. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

Reis Filho, José T. (2004). *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos Diálogos: Psicologia Ciência e Profissão*, nº01, pp. 32-33.

Roudinesco, Elizabeth (1999). *Futuro da Psicanálise: Novos Praticantes da Psicanálise*. Programa Roda Viva. São Paulo: TV Cultura.