

## LAÇOS E DESENLAGES ENTRE A PSIQUIATRIA E A PSICANÁLISE

| JOSÉ ALVES GURGEL<sup>1</sup>

### RESUMO

Esse trabalho tem por objetivo descrever as diversas possibilidades de diálogo produtivo (ou, às vezes, disruptivo) entre a psiquiatria e a psicanálise, no trabalho de supervisão da assistência a pacientes feita por residentes de psiquiatria no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Para tanto, nos valem da nossa experiência em ambulatório de psiquiatria e psicoterapia, em enfermaria e em setor de interconsulta psiquiátrica, bem como na supervisão do trabalho desenvolvido por profissionais do CAPS Geral da Regional III do Município de Fortaleza. Ao final, constatamos ganhos significativos por parte dos residentes na compreensão acerca da contribuição dos processos psíquicos inconscientes na formação dos transtornos psiquiátricos e de suas influências no adoecer físico, além de observarmos maior domínio deles sobre as questões transferenciais da relação médico-paciente e apreensão satisfatória dos fundamentos do trabalho de psicoterapia.

Palavras-chave: ensino, psicanálise, psicoterapia, psiquiatria, supervisão.

### ABSTRACT

This paper has as its goal to describe the multiple possibilities of a productive (or, at times, disruptive) dialogue between Psychiatry and Psychoanalysis during the work of supervision of the patient care delivered by the psychiatry residents at the Walter Cantídio University Hospital (HUWC) of the Federal University of Ceara (UFC). For that, we utilized our experience in the psychiatric and psychotherapeutic outpatient clinics, in the infirmary, in the psychiatry interconsultation sector, as well as in the supervision of the work provided by professionals at the General CAPS of Regional III in the city of Fortaleza. At the end, we verified significant gains on the part of the residents in the understanding of the contribution of unconscious psychic processes in the development of psychiatric disorders and physical illnesses, and we also observed a greater mastery on them of the transferential issues in the doctor-patient relationship and a satisfactory apprehension of the fundamentals of psychotherapy work.

Keywords: teaching, psychoanalysis, psychotherapy, psychiatry, supervision.

---

<sup>1</sup> Médico psiquiatra. Psicanalista, membro associado da Sociedade Psicanalítica de Fortaleza (SPFOR). Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Diretor Tesoureiro da Federação Brasileira de Psicanálise (FEBRAPS). Ex- Presidente da Sociedade Cearense de Psiquiatria (SOCEP).

## INTRODUÇÃO

A presença do psicanalista nas instituições formadoras de psiquiatras, em tempos passados, foi algo bem mais comum, mesmo em grandes estruturas de características asilares. As experiências com as comunidades terapêuticas, da década de 60 e 70, como as do Dr. David Zimerman (Hospital São Pedro), Dr. Marcelo Blaya (Clínica Pinel), em Porto Alegre; e do Dr. Eustáquio Portela, no Rio de Janeiro (Hospital Pinel), citadas por Figueiredo (1993), ensejaram um enriquecimento da formação psiquiátrica, pois inspiraram experiências semelhantes que se espalharam com seus discípulos pelo Brasil.

Com os anos 90 (década do cérebro), já passaram a funcionar como núcleos à parte dentro de uma estrutura e dinâmica com franca hegemonia do saber psiquiátrico. Era permitido existir dentro de certos limites que não ameaçassem descaracterizar o restante da estrutura. A tendência foi sendo de minguar e até sumir as residências de Psiquiatria, com a supremacia ideológica da Psiquiatria Americana e seu sistema estatístico de classificação e na onda de euforia por algumas conquistas em neurofisiopatologia e farmacologia. Na residência de Psiquiatria do HUWC da UFC, graças à coordenação do Prof. Eugênio Campos, que há anos faz uma mediação bem equilibrada dos diversos saberes e práticas que dialogam com a Psiquiatria, na programação da residência, navegamos numa fértil contracorrente dessa onda, proporcionando, ainda, uma experiência clínica, considerando-se os processos psíquicos inconscientes, aos residentes de psiquiatria, internos do curso de Medicina e de residentes de outras profissões ligadas à saúde mental.

## O PSICANALISTA E O MAL-ESTAR COM A PSIQUIATRIA

As equipes interdisciplinares de Saúde Mental, que se formaram e passaram a funcionar de modo horizontal a partir da Reforma Psiquiátrica, trouxeram à tona dificuldades de harmonização dos diversos saberes implicados, pois alguns profissionais eram procedentes das Ciências da Saúde (Médicos, Enfermeiros e Terapeutas Ocupacionais), enquanto outros eram oriundos dos Centros de Humanidades (Psicólogos e Assistente Sociais). Principalmente nas reuniões técnicas e nas Sessões Clínicas, onde as tradicionais discussões de casos clínicos

acontecem, as confluências e confrontos de pontos de vista ficaram explícitos e tiveram de ser enfrentados, para que não resvassem para um estilhaçamento do plano terapêutico dos pacientes.

Especialmente em uma Residência de Psiquiatria, alguns pontos podem conflitar entre o vértice de compreensão e a prática do Psicanalista quando contrastados com os do Psiquiatra. A Psiquiatria em sua versão mais moderna trabalha com um modelo de diagnóstico que se propõe a ser ateórico, baseado na frequência estatística dos sintomas. Seus vínculos mais fortes para explicar os transtornos sobre os quais se debruça são com a Epidemiologia, a Neurobiologia e a Genética, e conta com um arsenal medicamentoso e comportamental que é muito eficaz no alívio dos sintomas, tornando-se especialmente útil e indispensável quanto mais graves forem esses sintomas.

No entanto, a influência maciça da indústria farmacêutica pressiona cada vez mais a Psiquiatria para uma crescente medicalização do sofrimento psíquico. A Psiquiatria desprovida de exames complementares, bem como dos meios de cura definitiva, não dispendo de elementos, como em outras especialidades médicas, para atestar sua objetividade (tão sonhada) e organicidade, se afastou da busca da compreensão do sentido dos sintomas e dos seus processos inconscientes, pondo-se a buscar reafirmar sua fundamentação científica por meio da formulação de um número cada vez maior de diagnósticos operacionais e da ampliação do espectro dos que existem (Sonnenreich & Estevão, 2007).

Esta escolha de abordagem teve uma implicação: os transtornos mentais passaram a ser vistos como algo totalmente diverso (anômalo) do funcionamento psíquico considerado normal e como uma alteração objetivável por um inventário de sintomas, cuja frequência estatística seria sua própria prova de objetividade, reduzindo o valor da história de vida e da fala do paciente, encaradas como fontes de uma verdade menor, por serem subjetivas (Sonnenreich & Estevão, 2007).

O Psiquiatra, como todo Médico, se coloca na posição de alguém que dispõe de um saber e de uma possível cura, que no seu processo, dispensa o doloroso exercício de examinar o percurso da formação psíquica dos próprios sintomas, bastando ao paciente esperar os efeitos do tratamento prescrito. O psicanalista, por outro lado,

coloca o protagonismo nas mãos da dupla (analista e sujeito), sabe que precisa das associações do analisando para ajudá-lo a ver o que se passa com ele, e que lida com múltiplas causas que dão sentido aos sintomas, causas que teimam em tentar ficar ao abrigo da superfície da consciência, pondo-se em constante fuga, mas que ao serem reveladas fortalecem, cada vez mais, o sujeito que tenta sair de sua passividade diante da compulsão à repetição do conflito concretizado no sintoma ou no palco transferencial (Etchegoyen, 1989).

## OS ENLACES PRODUTIVOS ENTRE PSIQUIATRIA E PSICANÁLISE

No trabalho de supervisão de ambulatório e enfermaria, bem como na participação nas sessões clínicas, um preceptor com formação psicanalítica pode propiciar uma compreensão psicodinâmica, especialmente das grandes síndromes (p.ex., Melancolia, Histeria, Neurose Obsessiva, Hipocondria, Paranoia...) e dos próprios sintomas como alucinações, delírios, compulsões e conversões (Freud, 2010a).

Tal compreensão não se faz sem que se tenha uma aproximação com uma teoria do desenvolvimento, que permita compreender a construção do sintoma ou da síndrome situados nas relações interpessoais estabelecidas pelo sujeito psíquico. Um sintoma pode expressar dificuldades ocorridas desde o momento mais primordial, na relação do bebê com o ambiente que deveria sustentá-lo e protegê-lo diante da realidade frustrante e, às vezes, traumatizante ou se constituir a partir da necessidade de usar recursos defensivos e da intensidade de utilização destes para lidar com possíveis sequelas (Freud, 2014; Winnicott, 1988).

Esse modo de abordar tem propiciado uma atitude de maior valorização do discurso do paciente, que passa a ter sentido para o jovem psiquiatra, deixando de ser um mero elemento indicativo de um diagnóstico. O eixo da investigação se desloca para a pessoa do paciente, que deixa de ser um caso, uma determinada patologia devido a uma falha biológica, de preferência genética, que se irrompe a partir de estressores ambientais. Tal atitude contribui para que o paciente seja visto mais como semelhante, como alguém que podemos tentar ajudar a fazer sua viagem rumo ao encontro consigo mesmo e menos como um estranho incompreensível e, portanto, de algum modo ameaçador (Freud, 2010b), a ser excluído do convívio social.

Vale ressaltar que esse tipo de compreensão não é incompatível com um raciocínio neurobiológico, desde que se aceite a ideia de que as tais alterações, nos transtornos primários, sejam consequência das alterações dos estados psíquicos e não o contrário, com exceção para os transtornos devido a doenças orgânicas ou induzidas por substâncias.

Por outro lado, os diagnósticos psiquiátricos nem sempre correspondem às grandes síndromes psicanalíticas, o que não impede completamente que um sistema possa eventualmente complementar e confirmar o outro. Se o diagnóstico psiquiátrico de Depressão não corresponde a um quadro melancólico, isso deve nos alertar para a possibilidade de erro ou de um estado menos grave, como um Luto. Se um paciente tem todas as características de um caráter anal (pontualidade, avareza, ambivalência afetiva e necessidade de controle agressivo sobre o objeto) e lança mão de mecanismos defensivos de isolamento, deslocamento e condensação na formação dos sintomas, só nos dá mais segurança que estejamos corretos, quando fazemos um diagnóstico psiquiátrico de Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Tal integração de modelos contribui, também, para uma aproximação mais humana do Psiquiatra com o paciente e, conseqüentemente, uma maior aliança terapêutica, além de reforçar a crença no potencial terapêutico da psicoterapia, que ajuda na desconstrução da fantasia de ter de medicar como única forma de ajudar os pacientes.

Certo dia, recebemos uma ligação de uma das médicas do ambulatório de dor solicitando ajuda para manejo de uma paciente. Tratava-se de uma jovem, Adriana, de 29 anos, em uso abusivo de analgésicos e opioides prescritos para dores crônicas em decorrência de lesão na coluna ocorrida quando tinha 15 anos. Logo no início do quadro, a paciente apresentou inversão do sono, rotina empobrecida, retraimento social e medo de se movimentar e piorar a dor. Fez algumas poucas sessões de psicoterapia e melhorou. Passou a praticar esportes e assim se manteve até 2019 (27 anos), quando teve Covid. Desde 2010 fazia uso de opioides, analgésicos e antidepressivos. Em 2016 (24 anos), após uma queda, se deu a piora dos sintomas e começou a dar sinais de refratariedade aos tratamentos biológicos para a dor. Em meados de agosto de 2021, a família relatou intensa dificuldade de manejo, uma vez que a paciente estava sempre pedindo mais medicamentos (Metadona e Pregabalina). Em dez dias, tomou 240 comprimidos de

Metadona de 5mg, que eram para o consumo de um mês. Foi quando a admitimos no Leito da Psiquiatria do HUWC. A queixa de Adriana era: “Tenho depressão desde a lesão”. “Na infância, era muito ativa, conhecida por defender os colegas em brigas corporais” – segundo a mãe, o pai ria das “façanhas” da filha e ela, mãe, era quem tentava lhe dar limites. “Meu pai queria muito um filho homem, e eu era mais macha que o meu irmão”. O pai, quando ela brigava, dizia para ela não contar nada para a mãe, mas ainda assim ela referia ser mais próxima da mãe. Na adolescência, segundo a mãe, tinha comportamento manipulador. Contava histórias mirabolantes que sempre lhe favoreciam, invadia propriedades para roubar frutas e sempre buscava chamar a atenção e contrariar os pais, sendo muito influenciada por colegas. Não gostava de estudar, porém fez um curso técnico e exerceu a profissão até o agravamento dos sintomas. Mesmo depois da lesão, pôde participar com sucesso de competições esportivas. O pai se aproximou mais quando a filha adoeceu, e se afastou após se separar da mãe da paciente, há três anos. O pai era mais provedor e traía a mãe. Adriana conta que começou a namorar (escondido) com 13 anos, com um homem oito anos mais velho. Os pais terminaram o namoro assim que ela adoeceu, pois chegaram à conclusão de que ele só queria “se aproveitar dela”.

No seu segundo relacionamento, tinha 21 anos, o rapaz era do seu bairro, cuidadoso, agendava e a levava para as consultas. Conta que demorou para gostar dele. Tinha boa relação com a família dele, mas costumava traí-lo, “eu era pegadora” (riu com a mãe). O relacionamento terminou depois que ele sumiu sem dar qualquer justificativa. Associou que, à época do término, se afastou dele por conta da dor, se isolava, tomava muitos remédios e sentia dores na relação sexual com ele.

Durante a internação, apresentou inquietação nos primeiros dias, solicitações repetitivas de medicamentos para dor, mexia nos aparelhos que regulavam a aplicação dos analgésicos. Solicitava sempre a visita dos plantonistas por meio de queixas de dor, no horário da noite e final da tarde, quando nosso Residente já não se encontrava no hospital. Nosso Residente notou que a paciente “piorava” quando a mãe estava de acompanhante, solicitava remédios para a dor e a mãe procurava a enfermagem a fim de consegui-los e, às vezes, dava os que tinha consigo.

O plano terapêutico foi trabalhar a Dependência e os Ganhos Secundários da paciente, bem como a codependência da família e os sinais de reações contratransferenciais da equipe de tratamento da dor e da enfermagem. Com a equipe do tratamento da Dor, solicitamos que a medicasse em função dos sinais clínicos de lesão e não se orientassem pelas queixas da paciente, evitando ao máximo as medicações com maior potencial de dependência. Orientamos que a equipe de dor não se visse na necessidade de dar conta de suas demandas somente com medicamentos e com isso passar pelas entrelinhas das condutas a mensagem que os remédios seriam a única solução possível de seus problemas. Com a enfermagem responsável pelo leito da paciente buscamos, em algumas reuniões, ouvir suas angústias e melhorar o entendimento da dinâmica da paciente e as suas demandas, bem como a importância para o tratamento de se evitar o atendimento automático às solicitações de analgésicos, maior vigilância às bombas de infusão e à mãe, com seu estoque secreto de medicamentos. Com a equipe de plantão nos valem de observações no prontuário para evitar medicações analgésicas de resgate.

Uma outra parte do trabalho dirigiu-se à família. Determinamos que uma outra Residente acolhesse a mãe, que passou a ter um espaço de escuta por meio do qual tentamos trabalhar as motivações que faziam com que cedesse às pressões da filha quando ela solicitava medicamentos, bem como examinar as possíveis necessidades quanto a ter a filha na sua dependência. Disse: “vivia para a minha filha, parei a minha vida”. Tentamos alertá-la sobre a necessidade de retomar a própria vida e dividir os encargos com a outra filha e o pai, que era sempre desqualificado por ela. Com o pai, o Residente que acompanhava Adriana teve uma conversa por telefone, em que ele se mostrou distante, “estou com outros problemas familiares”, mas que próximo ao final da internação lhe fez uma videochamada perguntando como estava e explicou as dificuldades que o impossibilitava de ir vê-la. Ficamos com a impressão, para trabalho posterior à alta, em psicoterapia individual, que a renúncia de Adriana ao trabalho, esportes e aprofundamento de seus relacionamentos afetivos estava associada a uma fantasia de viver relações (com a mãe e com os analgésicos) que não tivessem que vivenciar lutos ou frustrações, fantasia que a mãe talvez correspondesse (mais que o recomendável), reforçando a fantasia de fusão com a mesma.

Com Adriana, partimos para retirada dos antidepressivos e acrescentamos medicações que tradicionalmente diminuem o comportamento de busca por substâncias psicoativas. Porém, a nossa abordagem prioritariamente foi direcionada para favorecer a escuta de outras dores, as dores psíquicas, dores que provavelmente se somaram às suas dores físicas. Voltamos nossa atenção para os ganhos (primários e secundários) que vinha obtendo na posição de dependência, em especial a dependência à mãe, para abrir caminho para que ela entrasse em contato com o luto pelo afastamento do pai, provavelmente intensificado pelas perdas do namorado e restrições impostas pela Covid.

Após uma semana sem inquietação, sem pedir medicações de resgate, referiu vontade de retirar a Metadona (oferecendo um rápido sucesso terapêutico ao Residente?). A hipótese de atuação transferencial foi reforçada quando disse ao Residente que havia marcado um encontro com um funcionário do hospital para depois da alta. Encaminhamos a alta com o plano de propor psicoterapia em nível ambulatorial. No dia da alta falou: “Quero de volta a minha vida, vou voltar pra natação e musculação, vou ajudar no comércio da minha irmã, vou namorar os clientes”.

## LAÇOS DE AMOR E DOR NA PSICOTERAPIA

Quando comecei a pensar em desenvolver um ambulatório de psicoterapia analítica, fiquei um pouco reticente, mas a experiência foi me mostrando que o trabalho de psicoterapia feito por Residentes poderia resultar positivo, pois a ênfase na supervisão poderia minimizar os efeitos das fragilidades na base teórica e de análise pessoal deles.

O trabalho de supervisão em psicoterapia psicanalítica com residentes de psiquiatria se dá após adesão voluntária destes a essa abordagem (existem outras: TCC e Gestalt), precedida por um ano de seminários semanais de introdução à Teoria Psicanalítica e à Psicanálise (no primeiro ano de residência) e, no segundo ano, de tópicos especiais como: Somatização, psicoterapia do adolescente, do idoso, clínica do paciente obsessivo, depressivo, dependente químico e outros. É recomendado ao Residente que procure iniciar sua própria análise ou psicoterapia

psicanalítica. Os pacientes são oriundos do vários ambulatórios do setor de Saúde Mental, mas a indicação e aceitação do caso se dão pelo Residente juntamente com o seu supervisor após entrevistas preliminares. Como contrapartida, o paciente deve se mostrar implicado, capaz de sustentar o processo, vindo às consultas, e deve atender às condições de uma razoável analisabilidade.

O estágio no ambulatório de psicoterapia dura até dois anos com o mesmo paciente, quando indicado. Durante anos, temos acompanhado esses Residentes em supervisões semanais e os resultados têm sido gratificantes do ponto de vista do aprendizado, bem como do terapêutico para os pacientes. Constatamos, com os Residentes, ganhos no manejo de situações como as entrevistas iniciais, indicação da terapia, estabelecimento do contrato, manejo do *setting*, no “como” ouvir, no quando e como intervir e no suporte necessário à compreensão do material, identificação de resistências, reações contratransferenciais, impasses, alcance, ganhos e finalização do trabalho. Tal atividade propicia o contato, na prática, com conceitos fundamentais da teoria, como os de Inconsciente, Sexualidade Infantil, análise dos sonhos, Transferência e defesas psíquicas. Atualmente estamos na expectativa de uma primeira turma para o nosso R4 (quarto ano de especialização) em Psicoterapia, onde esse trabalho deve ser ampliado com experiência para trabalhos com Grupo e Família.

## LAÇOS DE AMOR E DOR NA INTERCONSULTA

Quando Residente de Psiquiatria, mais de uma vez ouvi do Dr. Paulo Picanço que a Interconsulta deveria ser feita por Psiquiatras experientes e com familiaridade com a Psicanálise. Isso me incomodou um pouco, porque de certo modo ia contra os meus planos, pois eu queria trabalhar com Interconsulta, mas era um residente, portanto, inexperiente, e de psicanálise pouco entendia. Para minha sorte, consegui estagiar em Recife, na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em Interconsulta, e tive como referência a professora e também Psicanalista, Dra. Mabel Cavalcante, que estava à frente desse setor quando por lá passei. O contato com a literatura de Psicossomática dos pioneiros, como o Prof. Danilo Perestrello e o Prof. Júlio de Mello Filho, juntamente com o início de minha análise pessoal, alargou meus horizontes. Fui compreendendo a importância de uma compreensão

psicanalítica nos processos saúde-doença, em nós, frágeis seres, que buscam complicações além das intrigantes malhas neuronais.

O interconsultor, para sua formação, tem que agregar aos saberes tradicionais da psiquiatria (epidemiologia, psicopatologia, psicofarmacologia clínica), conhecimentos mais aprofundados de neurofisiologia, medicina geral e interações medicamentosas, bem como de questões importantes para a compreensão do adoecer, como as relações deste com processos identificatórios, lutos patológicos, relacionamentos disfuncionais com o trabalho e família, com as dificuldades na vida afetiva e sexual, uso disfuncional de defesas psíquicas no lidar com o adoecer, suas limitações ou desfigurações e a identificação de questões transferenciais que possam estar interferindo no relacionamento da equipe com o paciente ou sua família, para citar alguns exemplos (Martins, 1992; Mello Filho, 1994). Por tudo isso, o ensino na prática da Interconsulta fornece o mais completo exemplo de uma compreensão integral do adoecer.

O interconsultor se depara sempre com uma questão inusitada, que não cabe em *guidelines*, ele tira um diagnóstico da situação a partir desses tantos elementos que tem de considerar para burilar o plano terapêutico (não um) totalmente em sintonia com as sutilezas e delicadezas de cada caso.

Não devemos esquecer que o discurso do Psicanalista deve ser compreensível, evitando jargões e explicações conceituais complexas aos outros profissionais, principalmente, quando notamos que o interesse não vai muito além da solução do problema que estejamos ajudando a resolver. Com essa postura pretendemos não aumentar as resistências ao nosso trabalho nas instituições médicas, as quais nos preveniu Freud (2011).

Por outro lado, enquanto interconsultores, inevitavelmente, nos tornamos críticos de certas rotinas das instituições hospitalares que, na prática, são construídas e têm sua estruturação e funcionamento voltados para a racionalização do tempo, espaço e custos, olvidando a necessidade de ser um ambiente acolhedor para pessoas em sofrimento. São raras as áreas de circulação e de convivência para os pacientes que estão convalescendo, bem como os ambientes para práticas de terapia ocupacional ou terapia individual nas enfermarias clínicas. Desse modo,

fica cada vez mais patente a dificuldade da medicina de lidar com os problemas emocionais dos pacientes.

Lembro de uma vez que fui chamado na Clínica Cirúrgica para ver uma paciente que tinha sido internada para fazer uma pequena cirurgia e que, no ato cirúrgico, foi constatado que ela tinha vários tumores e não havia como beneficiá-la com nenhum procedimento. Abriam e fecharam. A paciente estava, segundo o pedido, inconsolável, só chorava. Por experiência com pacientes terminais, já sabia que nessa situação não há psicoterapia possível, no máximo uma escuta empática, um estar ao lado e trabalhar com a equipe assistencial para que ela não fuja do paciente. Fui ter com o Residente que fez o pedido, ele fez menção de chorar e me indicou o leito, o clima da enfermaria era de comoção. Ao me aproximar da paciente, constatei que ela realmente estava muito triste. Me apresentei e após alguns instantes, diante de seu pesar, perguntei: tem algo que eu possa fazer pela senhora? Ela me disse: “Gostaria que minha filha pudesse ficar comigo, dizem que não pode, queria conversar com ela”. Nessa época, o acompanhante era exceção nas enfermarias dos Hospitais Públicos. Chamei o Residente e coloquei pra ele a situação, e ele liberou de imediato, parecia que eu lhe tirava um peso enorme das costas ao mostrar que ele poderia ser útil à paciente. Penso que ele pode ter levado esse aprendizado para sua vida profissional assim como eu levei. Visitei-a outras duas vezes, antes de sua alta, para ver como seguia e não precisei medicá-la para “Depressão”. A pressão para medicar os lutos é algo com que nos deparamos constantemente, é o dia a dia. Interferir nos processos de elaboração do luto, apesar de sua gravidade, pode até ser prejudicial, já nos advertia Freud (2010c). No Hospital Geral se tolera o sofrimento físico, o psíquico não!

Outra questão importante é a negação dos fatores psíquicos e emocionais em nível epistemológico, certos diagnósticos como a fibromialgia, tentam deslocar o eixo causal do psíquico para o somático. A somatização dolorosa passa a ser vista por meio de um diagnóstico dito funcional, como atribuída a uma possível causa física (Wessely, S. & White, 2004; Fortes, 2006).

Posteriormente, tais pacientes, depois de bem medicados, educados sobre o seu transtorno, com uma boa ênfase nos seus aspectos físicos (nas fibras musculares e trajetos nervosos), com prescrições de correções comportamentais e fisioterapia

nos são enviados para fazer uma terapia para tratar o “estresse” ou uma “possível depressão associada”. O estrago é grande, tendo em vista que o trabalho com pacientes somatizadores já é normalmente muito difícil, pois passa inicialmente pela possibilidade que o paciente associe algo de psíquico ao seu sofrimento somático, para que a partir disso se disponha a entrar em contato com sua vida emocional e poder, então, conseguir conter psiquicamente o seu sofrimento, simbolizar seus conflitos e afetos, para que não resvalam para o sofrimento no corpo (Aisenstein, 2005; Silva & Caldeira, 1992). Portanto, o desvio epistemológico só afasta o paciente desse percurso e reforça as suas resistências, nos procura esperando que façamos uma “terapia” nele, uma terapia em que ele não precise falar de si.

## LAÇOS NA COMUNIDADE

Na rede de saúde mental, onde as políticas públicas buscam atingir largos contingentes, os discursos médico e social predominam. O olhar psicanalítico do supervisor pode amenizar essa distorção pela via da compreensão psicodinâmica dos casos. Com isso, contribuimos para a reafirmação da clínica em suas várias dimensões: pessoal, familiar e coletiva.

Certa vez discutíamos, em equipe, um caso de uma paciente antiga do CAPS. A equipe reclamava que ela não aderiu às atividades de grupo, entrava e participava sem ser parte, abria as portas dos consultórios para trocar algumas palavras irrelevantes com os profissionais, atrapalhando os atendimentos, não queria cumprir as regras de horário e das atividades. Sempre reagia demonstrando muita irritação quando alguém tentava lhe colocar algum limite. Inicialmente, fizemos uma nova entrevista com a paciente, que era ciclotímica, tinha pouca tolerância à frustração, demonstrava ter muita energia e ser expansiva. Era aposentada como auxiliar de enfermagem (funcionária pública), morava perto do CAPS. Cheguei à conclusão que por ser da área de saúde, ser uma paciente antiga, estava requerendo uma atenção especial, se sentia em casa e dona da casa no CAPS. Quanto às entradas e saídas inconvenientes às atividades terapêuticas individuais e de grupo, perguntei pelas chaves das salas. Estranhei o desconcerto de alguns membros da equipe com a minha pergunta. Não se tinham chaves, até as psicoterapias eram feitas com portas encostadas (reação às chaves e grades dos asilos?). Me ocorreu

propor uma analogia com o banheiro, onde a necessidade de intimidade nos obriga a nos trancarmos, já que uma consulta ou qualquer atividade terapêutica exige o máximo de confidencialidade que favoreça a exposição da intimidade da vida psíquica. Foi ficando claro que a equipe não tinha bem estabelecida a importância dessa confidencialidade, e esse limite que era exigido da paciente não estava institucionalmente internalizado.

Noutro momento, fomos surpreendidos por uma situação em que ficou patente a falta de compreensão da profundidade de um processo psicoterápico por parte da gestão municipal em saúde mental, quando dois psicólogos da equipe foram realocados, e outro foi dispensado, pois havia se encerrado o seu contrato. Ficou evidente, com o sofrimento dos pacientes que tiveram seus processos bruscamente interrompidos, a gravidade do problema da instabilidade das equipes, por falta de concursos e por rotatividade dos profissionais, por questões administrativas ou até mesmo por interferências políticas (mais comum nas cidades do interior), sem que se considerassem a importância de fenômenos transferenciais nas relações da equipe com os pacientes, sem falar no conhecimento sobre os pacientes e sobre as dificuldades do próprio território, que favorece ações planejadas da equipe em nível comunitário.

Por último, uma profissional, com pouca experiência no campo Psi, trouxe a sua angústia com relação a uma paciente que toda vez que ia se consultar, “convulsionava”, ficando em vias de se machucar. A profissional estava temendo muito que algo acontecesse à paciente. O diagnóstico da psiquiatra era de Histeria. O quadro era clássico: caía no chão, não se machucava seriamente, ficava movimentando os membros superiores e inferiores de um modo que não correspondia ao esperado para uma convulsão, depois se levantava como se nada tivesse acontecido, sem demonstrar temor com relação ao que ocorrera. Havia feito avaliação neurológica que excluía epilepsia. A paciente não estava em psicoterapia. Tentei tranquilizar a colega e orientar como deveria proceder de modo a não reforçar o comportamento da paciente com a sua comoção, mas nos deparamos com o fato de não haver nenhum terapeuta no CAPS que trabalhasse com o referencial psicanalítico. Orientamos para os serviços em que poderia ter acesso a esse trabalho gratuitamente. Fiquei pensando, quando vamos estar lá nos

CAPS atendendo, quando seremos contratados por sermos psicanalistas? Quando nossas instituições e analistas passarão a pensar mais fortemente na possibilidade de trabalharmos em instituições públicas? Quando no Sistema Único de Saúde (SUS), abordagens psicoterápicas que levem em consideração o inconsciente poderão ter seu lugar junto às terapias breves e de grupo?

## CONCLUSÕES

A aproximação ou entrada da psicanálise nas Universidades sempre foi difícil e por isso mesmo nos constituímos fora dela, mas a amplitude das intersecções com as disciplinas de humanidades como a Arqueologia, Filosofia, Mitologia, Literatura, Psicologia e Sociologia e com a Medicina, em especial com a Psiquiatria, foi destacada por Freud (2010a) quando defendeu que a Psicanálise poderia fertilizar tais disciplinas e favorecer um maior intercâmbio entre elas. Com relação a seu potencial de contribuição à formação do médico e do psiquiatra e, por extensão, a outros profissionais que trabalham no campo da Saúde Mental, um contato teórico (em disciplinas de Psicologia Médica, Teoria do Desenvolvimento e de Psicanálise) e até prático (nos ambulatórios e enfermarias), daria oportunidade a estes profissionais de aprenderem “algo sobre e com a Psicanálise”, sem almejar que esse trabalho fornecesse uma formação completa em psicanálise ao estudante ou ao especialista (Freud, 2010a).

Confirmando suas impressões sobre o tema, a presença da Psicanálise na Residência de Psiquiatria do HUWC tem resultado em maior compreensão, por parte dos Residentes, dos processos intrapsíquicos inconscientes na estruturação dos sintomas e dos Transtornos Mentais, na condução de uma psicoterapia, no manejo da complexidade transferencial da relação com o paciente, bem como dos fenômenos socioculturais, familiares, psicológicos e inconscientes que influenciam

no adoecimento físico e resistências aos tratamentos. A presença do Psicanalista também tem se mostrado importante nas instituições de Saúde Mental, como uma forma de difusão do pensamento psicanalítico, contrastando com os paradigmas da moderna Psiquiatria e de abordagens psicológicas comportamentais, humanísticas ou sociais, bem como nos processos de humanização das próprias instituições.

## REFERÊNCIAS

- Aisenstein, M. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente psicossomático. In: Eizirik, C. et al. *Psicoterapia de orientação psicanalítica*. Fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre. Artmed. Cap. 48. pág. 667-673.
- Etchegoyen, P. H. (1989). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. 2a edição. Porto Alegre. Artmed. Cap 9. pp. 63-4.
- Figueiredo, A. C. (1993). Psiquiatras, psicanalistas e psicólogos: o jogo profissional do campo “psi”. In Russo, J.A. & Silva Filho (org.). *Duzentos anos de psiquiatria: coletânea de trabalhos apresentados na jornada de psiquiatria do Estado do Rio de Janeiro/1992*. UFRJ Editora.
- Fortes, S. et al. (2006). Somatização. In: Botega, N. *Prática psiquiátrica no Hospital Geral: somatização*. Segunda edição. Porto Alegre: Artmed, pp. 305-312
- Freud, S. (2010a). Deve-se se ensinar a psicanálise nas universidades. In *S. Freud, Obras completas* (P. C. Souza, Trad., Vol. 14, pp. 284-287). Companhia das Letras. Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (2010b). O inquietante. In *S. Freud, Obras completas*, (P. C. Souza, Trad., Vol. 14, pp.328-377). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (2010c). Luto e melancolia. In *S. Freud, Obras completas*, (P. C. Souza, Trad., Vol. 12, pp.170-195). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917[1915]).

- Freud, S. (2011). As resistências à Psicanálise. In *S. Freud, Obras completas*, (P. C. Souza, Trad., Vol. 16, pp.252-267). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1935).
- Freud, S. (2014). Os caminhos da formação dos sintomas. Conferências introdutórias à Psicanálise. In *S. Freud, Obras completas*, (P. C. Souza, Trad., Vol. 13, pp.475-500). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1916-1917).
- Martins, L. (1992). Interconsulta Hoje. In J. Mello Filho (Org.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre. Artmed. 1ª Edição. Cap. 15.
- Mello, J., F. (1994). *Concepção psicossomática: visão atual*. Tempo brasileiro. Cap 2.
- Silva, R. & Caldeira G. (1992). Alexitimia e pensamento operatório, a questão do afeto na psicossomática. In J. Mello Filho (Org.). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed. 1ª edição. Cap. 12.
- Sonenreich, C. & Estevão, G. (2007). *O que os psiquiatras fazem*. São Paulo: Editora Lemos.
- Wessely, S. & White, P. (2004). There is only one functional somatic syndrome. *British Journal of Psychiatry*; 185(95-96).
- Winnicott, D. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro. Imago. Parte I. pp. 25-50.