

Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições

I¹ Alexandre Costa Val, ² Celina Maria Modena, ³ Rosana Tereza Onocko Campos,
⁴ Carlos Alberto Pegolo da Gama I

Resumo: Este artigo discute possibilidades de contribuições da Psicanálise lacaniana para alguns impasses e dilemas vivenciados no campo de prática e pesquisa da Saúde Coletiva. Parte-se do pressuposto de que as formulações psicanalíticas potencializam transformações nas práticas em saúde relacionadas à desconstrução do paradigma biomédico, possibilitando uma abordagem mais complexa do processo saúde-adoecimento. Para isso, apresenta-se aspectos históricos, epistemológicos, teóricos, metodológicos e políticos através da problematização dos conceitos de inconsciente, sintoma, diagnóstico, transferência, trabalho interdisciplinar, produção do conhecimento e laço social. A reflexão pretende destacar a necessidade de se estimular reflexões criativas para além da mera prescrição de condutas, de forma a se operar em uma ética que foge da imposição de normas e valores. Propõe-se, assim, um alargamento da compreensão dos fenômenos, a identificação de novas dinâmicas e racionalidades, assim como a construção de novas formas de intervenção.

► **Palavras-chave:** Psicanálise; Saúde Coletiva; integralidade; pesquisa interdisciplinar.

¹ Universidade Federal de Ouro Preto, Medicina. Ouro Preto-MG, Brasil
 (alecostaval@yahoo.com.br).

² Fundação Oswaldo Cruz, Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente. Belo Horizonte-MG, Brasil
 (celina@cpqrr.fiocruz.br).

³ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Medicina Preventiva. Campinas-SP, Brasil
 (rosanaoc@mpc.com.br).

⁴ Universidade Federal de São João Del Rey, Medicina. Divinópolis-MG, Brasil
 (carlosgama@ufsj.edu.br).

Recebido em: 23/06/2017
 Aprovado em: 31/10/2017

Introdução: paradigmas em tensão

O trabalho com campos disciplinares diversos nos remete à ideia de paradigma científico, que, conforme uma das acepções cunhada por Kuhn (1997, p. 13), representa “as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”. Segundo o autor, a produção do conhecimento é marcada pela concorrência entre modelos explicativos, sendo que a adesão a um deles determina uma rede de compromissos, sedimentando construções conceituais, teóricas, metodológicas e instrumentais compartilhadas e valorizadas por certo grupo em um momento histórico específico. A atividade científica, no entanto, sempre se depara com novas perguntas e desafios, promovendo, de tempos em tempos, a emergência de novos paradigmas (KUHN, 1997).

No campo da saúde, o paradigma científico positivista prevalece há séculos. Ele pressupõe que existe um mundo objetivo e externo ao pesquisador e, por isso, apenas os fenômenos observáveis e mensuráveis sustentam conhecimentos válidos, passíveis de relações de causalidade e generalizações. Essa perspectiva influenciou de forma decisiva a história da Medicina (CAPRA, 1987).

Neste contexto, a Revolução Cartesiana foi um marco que, ao propor uma rigorosa divisão entre alma e corpo, contribuiu para que os médicos se distanciassem da visão holística do homem, concentrando-se exclusivamente em sua organicidade. A complexidade do fenômeno saúde-adoecimento foi, assim, reduzida à disfunção mecânica, dissociada dos aspectos psicológicos, históricos, sociais e ambientais (CAPRA, 1987). Esse paradigma, denominado “biomédico”, influenciou a estruturação de cursos da saúde que priorizam a transmissão técnica de conteúdos focados na doença e na prática de reabilitação curativa individual (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Em oposição a esse paradigma, há um paradigma emergente, resultante da aproximação das Ciências Humanas e Sociais ao cenário da ciência tradicional. Ainda que, inicialmente, esse encontro tenha se caracterizado pela tentativa de homogeneizar a abordagem da humanidade pela via dos pressupostos positivistas, as disjunções permaneceram. O reconhecimento da importância das subjetividades, dos processos sócio-históricos da humanidade e das relações que se estabelecem entre pesquisador e seu objeto passou a orientar novas perspectivas de investigação que se contrapunham à premissa de racionalidade e neutralidade

científica. Neste percurso, a ideia de complexidade norteou o fundamento de um eixo principal que unificou, ainda que parcialmente, contribuições das Ciências Humanas e Sociais em um paradigma alternativo (VASCONCELOS, 2002; MORIN, 2015). Embora esse novo paradigma tenha subsidiado novas possibilidades de reflexão a respeito do sujeito, sobretudo em relação a seu próprio corpo, sua subjetividade e seu entorno social, ele não rompeu com a hegemonia do paradigma tradicional representado pelo modelo biomédico (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006).

No Brasil, a partir da década de 1970, observamos algo dessa descontinuidade de paradigmas a partir do estabelecimento do campo da Saúde Coletiva. Seu fortalecimento enquanto conjunto de teorias, práticas e saberes esteve vinculado à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em um momento histórico de intenso debate político e social. Partindo da ampliação do entendimento do fenômeno saúde-adoecimento, o novo campo passou a incentivar a interdisciplinaridade, na tentativa de promover mudanças no modelo curativo e fomentar práticas ampliadas de promoção e prevenção da saúde, ações de reabilitação psicossocial e proteção da cidadania (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Atualmente, a Saúde Coletiva apresenta-se como um grande campo para onde convergem diversas disciplinas que comungam com novos pressupostos epistemológicos. A aproximação da Filosofia, das Ciências Sociais, da Psicologia, da Antropologia e da Psicanálise com a saúde tem provocado tensionamentos e questionamentos que indicam novas possibilidades de olhar, compreender, pensar e atuar (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998; LEAL; CAMARGO JR., 2012). Se, inicialmente, a ênfase desse campo recaiu sobre as coletividades como categoria analítica, posteriormente, as questões relativas ao sujeito ganharam algum espaço com os estudos interpretativos, etnográficos e de representações. No entanto, ainda existe certa timidez na abordagem do sujeito regido por monções pulsionais¹ que escapa à racionalidade cartesiana (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

Este ensaio se inscreve nesta lacuna e pretende apresentar possibilidades de contribuições da Psicanálise lacanianiana para impasses e dilemas vivenciados na Saúde Coletiva, localizados a partir de nossas experiências como docentes e participantes ativos do cotidiano de serviços assistenciais. Partiremos da contextualização do surgimento da Psicanálise para, em seguida, examinar alguns de seus conceitos fundamentais – tais como inconsciente, sintoma,

diagnóstico, transferência, trabalho interdisciplinar, produção do conhecimento e laço social –, destacando alguns aspectos históricos, epistemológicos, teóricos, metodológicos e políticos que possam auxiliar nas práticas em saúde.

Um sujeito que não é senhor de sua própria morada

No final do século XIX, o médico neurologista Sigmund Freud, a partir de seus estudos com pacientes histéricos, iniciou a construção da teoria psicanalítica. Os sintomas desses sujeitos eram caracterizados por alterações decorrentes de inibições ou excitações sensoriais e motoras – paralisias, desmaios, tremores, cegueiras e afonias – que não correspondiam à realidade biológica e que não cediam aos tratamentos convencionais. Escutando esses pacientes, Freud elaborou o conceito de inconsciente, outorgando importância decisiva para a participação do psiquismo na gênese dessas manifestações.

O surgimento da Psicanálise provocou uma ruptura epistemológica com o pensamento médico-biológico dominante, ao conceber um corpo regido por mecanismos que escapam à razão. Se antes, desde Descartes, a subjetividade era entendida como um todo unitário, identificado com a consciência e sob o domínio da razão, a partir da teoria freudiana, ela passou a ser compreendida como uma realidade dividida em dois grandes sistemas: o consciente e o inconsciente. Ao propor o descentramento da razão e da consciência, Freud promoveu a terceira grande ferida narcísica no homem ocidental – as outras teriam sido provocadas pelas teorias de Copérnico e de Darwin (FREUD, 1996a).

Na década de 1930, a Psicanálise foi sustentada por ilustres representantes do meio médico-psiquiátrico, conferindo prestígio e legitimidade a essa teoria. Pouco depois, surgiram as primeiras associações responsáveis pela formação dos psicanalistas e divulgação de seus pressupostos, tendo o campo de prática restrito aos consultórios particulares. Sua teoria, no entanto, adentrou nos meios universitários, principalmente nas faculdades de Psicologia, integrando-se aos currículos acadêmicos.

Na década de 1970, justamente no momento em que proliferavam as famigeradas ditaduras militares, houve uma verdadeira explosão da Psicanálise na América do Sul. Nesse período, diversos psicólogos e psicanalistas argentinos e franceses vieram para o Brasil, trazendo novas formas de trabalhar que extrapolavam o *setting* tradicional do divã. Os focos das intervenções passaram

a recair nas famílias, comunidades e instituições. Essa nova orientação incitou uma crítica política em relação ao elitismo e à neutralidade social da Psicanálise praticada pelas organizações mais ortodoxas. A prática e teoria psicanalíticas, que até então se concentravam no indivíduo, na burguesia e nos consultórios privados, tiveram assim seu campo de atuação ampliado (RUSSO, 2002).

Nesse solo fértil, a Psicanálise ganhou espaço, trazendo consigo elaborações que não se restringiam à vida interior de cada um. De fato, o inconsciente freudiano jamais pode ser visto como algo estritamente individual. Suas formações, como fenômenos de linguagem, são tributárias desse órgão coletivo, público e simbólico que é a língua em seus diferentes modos de uso.

Onocko-Campos (2012), ao defender a relevância das contribuições dos conceitos psicanalíticos para os campos teórico e prático da Saúde Coletiva, questiona o senso comum de que a Psicanálise seja uma atividade que pressupõe um trabalho restrito aos consultórios particulares destinados às classes mais favorecidas, enquanto a Saúde Coletiva seria uma atividade que pressupõe intervenções no exterior, na sociedade, no que é coletivo. A autora ressalta que não há “um sujeito do inconsciente possível de se desenvolver em uma cápsula hermeticamente isolada do seu meio cultural e social” (p. 13). Nessa mesma direção, Miller (2006) acrescenta que o sujeito não se confunde com o indivíduo, pois o sujeito é também sujeito do coletivo, da civilização. Assim, “não há clínica do sujeito sem clínica da civilização” (p. 21), cabendo ao analista conhecer como determinada época vive a pulsão através da convivência e atuação no espaço político e social.

A participação da Psicanálise nos movimentos políticos e sociais do Brasil, a partir da década de 1970, se tornou mais forte. Na Saúde Coletiva, muitas de suas elaborações estiveram na base do movimento de questionamento do tratamento da loucura, conhecido como Reforma Psiquiátrica. Desde então, a Psicanálise passou a orientar o trabalho de alguns serviços e profissionais que atuam na rede pública de saúde, em instituições judiciárias e organizações não governamentais. Nessas experiências, o coletivo e o singular coabitam, permitindo soluções inéditas, reintroduzindo, por vezes, a possibilidade do laço social (VAL; CARVALHO; CAMPOS, 2015).

Para conhecermos os efeitos desse (des)encontro, focaremos em alguns eixos, destacando o que a teoria psicanalítica pode (ou não) contribuir para as práticas na Saúde Coletiva.

Aproximações e possibilidades de contribuições

O sintoma

Na Medicina, orientada pelo método anátomo-clínico, o sintoma representa um sinal que indica a presença ou a possibilidade de uma doença detectável no organismo. Seguindo essa lógica biomédica, se um sujeito vai até um serviço de saúde demandar atendimento, espera-se que, de fato, ele tenha um problema de saúde ou, mais especificamente, algum problema orgânico que possa ser tecnicamente controlado. Quando isso não acontece, muitos profissionais se tornam perplexos e embaraçados; outros se sentem impotentes, indignados e irritados.

No entanto, os sintomas nem sempre correspondem a uma disfunção orgânica. A teoria psicanalítica apresentou várias concepções do sintoma, destacando, sempre, sua função de estabilização psíquica. Num primeiro momento, Freud desenvolveu a teoria de que os sintomas neuróticos são expressões de conflitos entre o Eu e as pulsões sexuais que, por determinações éticas e de autopreservação impostas pela cultura, são impedidas de se tornarem conscientes por uma defesa psíquica. Essa defesa, denominada “recalque”, não consegue deter a pulsão, deixando-a extravasar por novas vias de satisfação nos caminhos do inconsciente. O sintoma seria uma dessas vias, representando uma satisfação substitutiva para desejos sexuais não realizados. O caráter problemático e paradoxal do sintoma, neste sentido, é evidente. Afinal, se, por um lado, representa uma satisfação, por outro, causa um importante sofrimento para o sujeito (FREUD, 1996b).

Freud descobriu que tornar esse conflito consciente através da interpretação seria uma forma de liberar as vias psíquicas obstruídas pelos mecanismos de defesa, desfazendo, assim, o sintoma. Em sua prática clínica, no entanto, percebeu que essa manobra era insuficiente para conduzir o tratamento, localizando algo na estrutura psíquica que não é determinado exatamente pelo “princípio do prazer”, que rege nossa existência em direção à vida e ao convívio em sociedade. Freud vinculou a satisfação encontrada na repetição, no sofrimento e no desprazer dos sintomas a algo muito próprio do ser humano, associado à tendência a agressão e a autodestruição: a “pulsão de morte” (FREUD, 1996c). Esse elemento que comanda o aparelho psíquico em direção ao retorno ao inanimado não é completamente capturado pela linguagem e, por isso, se constitui como um núcleo ininterpretável do sintoma.

Jacques Lacan, ao retomar os conceitos freudianos a partir da linguística estrutural, fundou o aforismo do “inconsciente estruturado como linguagem” (LACAN, 1998). Não tardou, no entanto, para que ele também percebesse que o simbólico – campo dessa codificação coletiva representado pela linguagem – não era suficiente para circunscrever a experiência humana. O psicanalista fundou, assim, o conceito de “gozo”, localizando, tal como Freud fez com a “pulsão de morte”, esse elemento opaco, sem sentido, que abrange, ao mesmo tempo, o prazer e o desprazer. Diante desse desconforto, o sujeito tenta encontrar formas de tratamento, recaindo muitas vezes em uma produção interminável de sentidos que sempre são insuficientes para dar conta da opacidade de seu gozo. O sintoma, nessa perspectiva, passou a ser entendido como uma defesa diante do excesso de gozo que estrutura nossa existência (SANTOS, 2005).

A direção de um tratamento analítico, neste contexto, deixou de ter como foco as manobras interpretativas que podiam relançar o sujeito em uma produção ilimitada de sentidos. A ideia não era mais dissolver o excesso ineliminável do gozo, mas reabilitá-lo a partir das soluções singulares encontradas por cada sujeito. Para isso, passou-se a privilegiar as intervenções que pudessem produzir um corte nos encadeamentos de sentidos produzidas pelos sujeitos de forma a lhe causar alguma surpresa que denunciasses a impossibilidade de o campo simbólico abarcar completamente o gozo. Este tipo de manobra, quando bem-sucedida, teria a capacidade de fazer com o sujeito se implicasse nesse ponto de sua experiência, responsabilizando-se pela produção de saídas inéditas que, de alguma forma, incluíssem e permitissem algum contorno dessa impossibilidade. O sujeito seria, assim, convocado a construir certo “saber” singular sobre a verdade de seu gozo que, apesar de não se inscrever em uma lógica válida para todos, poderia aliviar o seu sofrimento (SANTOS, 2005).

Na prática, se o sintoma é uma solução para o sujeito, precisamos entender sua função e avaliar, cuidadosamente, as consequências de sua remoção (EIDELBERG et al., 2009). Pensemos, por exemplo, em um sujeito que se queixa do excesso de peso. O conhecimento médico-científico preconiza que esse excesso pode gerar danos à saúde, contribuindo para associação direta entre obesidade e doença. Diante disso, há o investimento dos profissionais nas orientações dietéticas e comportamentais, algo que, frequentemente, não apresenta grandes resultados. Também não é incomum que esses sujeitos sejam encaminhados para um

atendimento psicológico para desvendar o sentido de seu comportamento. As manobras de interpretação são frequentes nessa situação e pouco contribuem para um reposicionamento do sujeito. Finalmente, a tendência é associar a obesidade à preguiça e falta de força de vontade ou, até mesmo, pensar em intervenções mais drásticas como as cirurgias bariátricas. Os efeitos deletérios desses procedimentos podem ser constatados na prática – altos índices de depressão, suicídio e outros sintomas psíquicos –, fazendo-nos refletir sobre a determinação em extirpar o sintoma do paciente sem qualquer intervalo para suas elaborações subjetivas e construções de novas saídas (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011). As “verdades” científicas e o próprio conceito de saúde devem, neste sentido, ser questionados.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde deve ser entendida como o completo bem-estar físico, mental e social. Mas seria possível alcançar esse ideal de harmonia? Com a Psicanálise, aprendemos que há sempre um resíduo ineliminável, relacionado à “pulsão de morte”, que faz parte da essência humana. Defrontar-se com o real escancarado do “gozo”, sem dúvida, provoca angústia nos profissionais. No entanto devemos nos lembrar de que esse elemento impossível apresenta um duplo efeito: se, por um lado, apresenta um potencial destrutivo, por outro, pode impulsionar os sujeitos a se movimentarem, fazendo construções no sentido de encontrar soluções mais ou menos precárias.

Sabemos que a insistência em eliminar esse núcleo ineliminável pode fazer com que ele retorne de forma ainda mais poderosa e devastadora. Escrito em termos freudianos, quanto mais se renuncia à satisfação pulsional, mais se é levado a renunciar (FREUD, 1996c). Essa ideia é fundamental para repensarmos o ideal de cura veiculado pelo discurso biomédico, retificando o *furur curandis* que faz parte da formação dos profissionais da saúde.

O diagnóstico e a transferência

O debate contemporâneo sobre o diagnóstico psiquiátrico é revelador quanto ao tipo de tensionamento que a Psicanálise provoca no campo da Saúde Coletiva. A prática psiquiátrica atual resulta da tentativa de aproximação do saber psiquiátrico ao modelo biomédico, em que o diagnóstico é mais objetivo e estável, possibilitando estudos clínicos controlados que garantam tratamentos padronizados baseado em evidências científicas. O marco dessa transformação foi a criação do *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais III*

(DSMIII), em 1980, que visava estabelecer um manual com uma perspectiva descritiva e atórica. A ideia de se privilegiar a objetividade dos sinais e sintomas psíquicos acabou aproximando o diagnóstico psiquiátrico da objetividade empírica das doenças orgânicas, culminando na adoção de uma visão fiscalista do sofrimento mental. Ou seja, a pretensão atórica dos manuais nada mais é do que a assunção de uma teoria específica que entende a etiologia do adoecimento psíquico pela via da organicidade, tornando-o uma entidade naturalizada e medicalizável (AGUIAR, 2004; RUSSO, 2004).

De fato, na prática clínica, as abordagens têm focado cada vez mais nos algoritmos e diagnósticos dos manuais e na prescrição de medicamentos. A coleta cuidadosa da história dos pacientes, a implicação subjetiva do profissional e a relação que ele estabelece com aquele que o procura têm perdido o espaço para procedimentos diagnósticos padronizados que desconsideram as dimensões subjetiva, histórica e cultural dos sujeitos. A Psicanálise, neste contexto, fornece um importante contraponto (AGUIAR, 2004; RUSSO, 2004).

Na medida em que prioriza uma investigação psicopatológica mais refinada associada às singularidades da história de cada um, a prática psicanalítica resgata a discussão da complexidade etiológica do sofrimento psíquico, abarcando não só os aspectos internos, mas também os aspectos relacionais e sociais. Nesta lógica, não há uma correspondência fixa entre determinado mecanismo e sintoma, de forma que um mesmo sintoma pode estar ligado a mecanismos diferentes e vice e versa. Neste sentido, é fundamental a definição da estrutura particular de funcionamento subjetivo para, em seguida, localizar a função do sintoma no caso a caso. Ou seja, inicialmente, o diagnóstico não é do sintoma em si, mas do sujeito (FIGUEIREDO, 2004).

Para isso, devemos ter em mente que o sujeito se presentifica no mundo a partir da experiência com a linguagem, que o marca desde os primeiros contatos com seus cuidadores. A forma particular com que cada um se apropria desse código coletivo para se organizar no campo discursivo da alteridade é refletida em suas relações com os outros. O diagnóstico, nessa perspectiva, só se torna possível a partir da fala do paciente e do vínculo que ele estabelece com o profissional (FIGUEIREDO, 2004). Afinal, é esse contato que poderá revelar o modo como o sujeito se posiciona, a partir da linguagem, em suas relações com o seu próprio corpo, com o seu gozo e o seu entorno social.

A prática psicanalítica, neste sentido, se sustenta naquilo que podemos chamar de “transferência”, ou seja, na relação que o sujeito estabelece com o analista e que remete a suas relações primitivas com o campo da alteridade. Essa relação é fundamental para a formulação não só do diagnóstico, mas também do tratamento. O sujeito, neste caso, ao direcionar uma demanda ao profissional, abre a possibilidade de reconstrução de seu laço com a alteridade e de se reposicionar no mundo através de soluções menos devastadoras para bordejar o impossível de seu sintoma. Para que isso aconteça, no entanto, é importante que o profissional sustente uma nova modalidade de relação que permita localizar o “saber” ao lado do sujeito (EIDELBERG et al., 2009).

Esse entendimento nos permite repensar a dinâmica dos serviços de saúde. As queixas que os pacientes endereçam aos profissionais nesses espaços muitas vezes não são solucionadas pela racionalidade biomédica. Frequentemente, atrás delas, há um sofrimento psíquico que só poderá ser elucidado na medida em que o profissional estiver disponível para escutá-las, estabelecendo uma relação de confiança e respeito. Essa ideia se relaciona com o conceito de acolhimento, utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. Não se trata de uma simples relação de prestação de serviço, mas de um contato humanizado, sustentado por uma escuta qualificada capaz de facilitar um vínculo (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Quando falamos de relação, referimo-nos a algo construído no dia a dia, respeitando o tempo do sujeito. Não se trata de responder rapidamente à demanda, ocupando o lugar de quem tudo sabe, sedimentando uma relação de poder entre usuários e profissionais. A Psicanálise nos ensina que o paciente já chega ao analista com uma resposta – o sintoma – a uma pergunta que ele não sabe exatamente qual é (ŽIŽEK, 2012). O profissional deve, neste sentido, acompanhar o sujeito na elaboração de uma pergunta que o conduza à construção de um “saber” singular que envolva sua experiência com a linguagem e com o seu ponto de gozo. Trata-se, portanto, de legitimar o lugar de “saber” do sujeito, sustentando um espaço para que ele associe suas queixas à sua história de forma que o seu dito retorne para ele mesmo como resposta. O “saber”, neste caso, não representa um conhecimento teórico, mas uma experiência singular de responsabilização que permite certo contorno do impossível.

Para construção dessa relação, o profissional deve se colocar como agente, implicando-se na sustentação da “transferência”. Há, assim, um deslocamento de

um trabalho meramente técnico, permitindo que algo da subjetividade do próprio profissional se revele. Neste momento, podem surgir reações contrasferenciais, como medo, raiva e frustração, que levam o retorno à estaca zero. Identificados com as queixas do paciente, com a miséria humana que se apresenta em certas situações e com o lugar de impotência provocado por uma formação que ensina que devemos ter respostas para todas as demandas, os profissionais tendem a se proteger de seus afetos, regressando à postura técnica de mestria característica do discurso biomédico. A advertência em relação a esses mecanismos pode, no entanto, subsidiar novas possibilidades de atuação que contemplem o impossível de nossas experiências (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

A leitura da Psicanálise a respeito da “transferência” nos permite prever a repetição de certos comportamentos e posturas que ocorrem, muitas vezes, sem que os envolvidos percebam. É o caso de uma agente comunitária que, em uma reunião de equipe, chegou muito chateada por ter sido maltratada em uma tentativa de visitar a casa de um sujeito psicótico. Falou que nunca mais voltaria nessa residência. Uma colega se manifestou, dizendo que ele não fez isso por não gostar da colega, mas por se sentir invadido e ameaçado por qualquer um que passasse na porta de sua casa. O entendimento de que não se tratava de algo pessoal atenuou prontamente o incômodo da profissional, possibilitando a discussão de outras estratégias de aproximação.

O conceito de “transferência” nesse tipo de situação é fundamental na medida em que municia reflexões sobre os afetos presentes nas relações entre profissionais e usuários, melhorando a percepção a respeito da problemática do sujeito. Valendo-se dessa ferramenta, o profissional, finalmente, pode perceber que a relação estabelecida com o usuário não se refere exclusivamente ao campo intersubjetivo que envolve apenas os dois, mas sim a uma relação que reflete como o sujeito se localiza no campo da alteridade. Isso possibilita uma leitura um pouco mais distanciada das situações cotidianas, abrindo espaço para novas perspectivas de manejo do caso.

O trabalho interdisciplinar

Ao contribuir para uma convivência de diferentes perspectivas em detrimento de um paradigma hegemônico, a interdisciplinaridade se constitui como estratégia fundamental na Saúde Coletiva. Sua efetivação, no entanto, não é simples, exigindo reflexões que podem ser fortalecidas por indicações extraídas da Psicanálise.

A clínica psicanalítica evidencia uma permanente construção da realidade pelo sujeito a partir de seu (des)encontro com o impossível do gozo. A cada momento em que ele se depara com esse obstáculo, produz uma nova forma de representação da realidade, revelando, finalmente, a impossibilidade de que sua existência seja completamente apreendida pela linguagem. Do lado do analista, há também uma constante construção de um caso e de seu tratamento. Ao tomar o inconsciente como aquilo que escapa ao saber já instituído, o analista deve estar advertido de que qualquer produção de conhecimento irá esbarrar com um ponto que permanecerá descoberto. Assim, o processo de investigação e tratamento dos sintomas implica a suspensão de certa teoria para que, a partir da experiência, possa a ela retornar, modificando-a. O avanço do conhecimento não tolera, portanto, qualquer rigidez, devendo permanecer sempre aberto e sujeito a revisões (GUERRA; CUNHA; SILVA, 2015).

Para que essa proposta funcione, é 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. O discurso científico apropriado pelos profissionais de saúde, no entanto, os leva à ilusão de que é possível alcançar um saber totalizante que solucionará todos os problemas. Eis o império da fórmula “problema-solução” na construção daquilo que Miller (2006) definiu como “delírio cientificista”.

Na prática dita interdisciplinar, observamos muitas vezes o trabalho de diversos profissionais, cada um com sua perspectiva, em torno de um mesmo objeto, ou seja, o paciente. Seus saberes podem andar lado a lado, sem qualquer interação. Esse tipo de trabalho pouco acrescenta à prática clínica. Pode também haver algum tipo de interação entre os profissionais na expectativa de que cada uma de suas diferentes elaborações recubra certa superfície do objeto. Esse funcionamento frequentemente promove a fragmentação do paciente nas especialidades, perdendo-se a visão holística necessária para sua abordagem. Outra situação se sustenta na ideia de que, a partir do confronto entre perspectivas distintas, seja possível chegar ao consenso, determinando, assim, o que seria melhor para o paciente. Nesse caso, há uma saturação dos furos essenciais para que algo próprio do sujeito possa emergir.

Neste sentido, devemos entender a interdisciplinaridade como a incidência de uma disciplina sobre a outra a partir de um ponto de encontro que nasce da

impossibilidade de qualquer saber recobrir toda a verdade. Não se trata de articular campos disciplinares distintos visando a alguma redução, complementaridade ou a hegemonia de um sobre o outro, mas de produzir discursos cooperativos entre diversos saberes e atores sociais (GUERRA; CUNHA; SILVA, 2015). Deve-se, portanto, desenvolver um trabalho democrático no qual cada um dos protagonistas envolvidos (profissionais, familiares e instituições) possa participar com suas contribuições. Essa construção não deve visar a um consenso quanto à melhor conduta a ser tomada ou partir do questionamento do que seria melhor para um paciente ou o que pode ser feito por ele, mas ter como eixo a indagação quanto o que o sujeito pode fazer para si próprio (VIGANÒ, 2010). A equipe, neste caso, deve se instalar no lugar de “aprendiz da clínica” (ZENONI, 2000), servindo-se das produções do sujeito como norteadores de suas práticas assistenciais. Essa postura coloca o sujeito como protagonista de seu tratamento, deslocando-o de um lugar contemplativo e objetificado pela autoridade do mestre.

Na Saúde Coletiva, foram criados alguns arranjos e dispositivos que visam facilitar o contato entre profissionais de diferentes áreas, como por exemplo, as reuniões de equipes, o matriciamento e a educação permanente (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Uma forma de facilitar o deslocamento da postura de mestria que frequentemente se apresenta nesses encontros é garantir a presença de alguém de fora do grupo. Em alguns serviços da Saúde Mental, essa função é encarnada pela figura do “supervisor” que, embora tenha alguma experiência reconhecida, é capaz de sustentar uma posição de saber que comporta certa incompletude. Por ser um elemento fora do grupo, ele pode romper com a lógica imaginária de completude, permitindo que cada um localize sua própria falta e se repositone, a cada momento, no encontro com a impossibilidade (VIGANÒ, 2010). Nessa situação, os profissionais se tornam mais implicados e comprometidos com a prática clínica, criando um clima de cooperação e divisão de responsabilidades, algo fundamental para condução de casos complexos.

A produção do conhecimento

Como vimos, a Psicanálise traz uma série de contribuições no sentido de questionar o paradigma científico hegemônico e seus pressupostos de racionalidade, de intencionalidade e de consciência. De fato, os conceitos de inconsciente e de pulsão produziram uma transformação na concepção de sujeito e na própria metodologia de produção do conhecimento.

Na teoria freudiana, o que está em jogo não é o sujeito unificado da razão, mas um sujeito cindido entre o dito e o dizer. Se, por um lado, há o sujeito do enunciado (do dito), por outro, há o sujeito da enunciação (do dizer) que não se deixa ser capturado pelo enunciado, pela racionalidade ou por uma elaboração da consciência de si e do seu entorno. A Psicanálise se interessa, especialmente, por esse sujeito que se situa em um espaço de atuação das pulsões, entre o significante que o nomeia e aquele que lhe escapa. Daí a inversão célebre de Lacan (1998): "penso onde não sou, portanto sou onde não me penso". Ou seja, o sujeito do enunciado não é aquele que nos revela o sujeito da enunciação, mas aquele que produz o desconhecimento desse último. Ou, de outra forma, o cogito não é o lugar da verdade do sujeito, mas o lugar de seu desconhecimento.

Isso impõe uma revisão na própria concepção de objeto de pesquisa uma vez que o objeto em questão é um sujeito que se mostra de maneira peculiar, interagindo com o pesquisador em um processo contínuo de construção e reconstrução. Essa ideia foge da delimitação tradicional do método científico, impondo novas propostas metodológicas de abordagem que não podem ser totalmente dadas *a priori*. Nessa perspectiva, o que está em jogo em uma investigação não é algo que está pronto, prestes a ser extraído pelo pesquisador, mas o encontro que produz uma troca, um intercâmbio, abrindo a possibilidade para o surgimento de algo novo (ONOCKO-CAMPOS, 2013).

Esse tipo de elaboração nos permite repensar nossas práticas investigativas. Quando vamos entrevistar alguém, por exemplo, não devemos ter a expectativa de uma rememoração com uma estrutura de uma verdade que pretende o resgate fidedigno do acontecimento factual. A Psicanálise propõe uma forma diferente de trabalho ao conceder um novo estatuto à ficção e à fantasia que desloca a realidade psíquica da realidade histórica. Nessa perspectiva, não se pretende encerrar os acontecimentos em uma única versão, nem em uma última verdade, mas manter um processo contínuo de construção que pode ser operativo para o sujeito em certo momento de sua existência (ONOCKO-CAMPOS, 2012; 2013).

Há, neste sentido, alguns pesquisadores que têm usado esse fundamento para sustentar suas investigações no campo da Saúde Coletiva, construindo metodologias que incluem verdadeiramente os sujeitos e suas monções pulsionais. É o caso, por exemplo, de Onocko-Campos (2012) que propõe uma pesquisa narrativa que promove a implicação de todos os envolvidos – usuários,

trabalhadores e gestores – de forma que a própria narrativa torna-se uma ação política que tem efeitos no coletivo. Val, Carvalho e Campos (2015), em outra investigação, relatam alguns casos de um serviço dedicado a assistência de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos, localizando formas de estabilizações que revelam, finalmente, o *locus* no qual o saber biomédico não opera.

Tais estudos – embora, dentro do enquadramento científico tradicional, sejam frequentemente interpretados como erros por impedir o “bom andamento” das conclusões que almejam generalizações (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006) – evidenciam a necessidade de repensarmos nossos métodos, apostando nas singularidades e nas contingências que surgem em nossos campos de investigação. Especialmente na Saúde Coletiva, essa postura tem o potencial de fazer vacilar o paradigma hegemônico, possibilitando a continuidade da proposta original desse campo.

O laço social

Conforme ressaltamos, não é possível conceber um trabalho – seja no campo da Psicanálise, seja no da Saúde Coletiva – que foque exclusivamente no sujeito, desconsiderando seu contexto histórico, social e cultural. Conhecer os contextos e as modalidades do laço social entre os sujeitos é, neste sentido, fundamental.

Freud propôs que a entrada na cultura ocorre a partir de um pacto simbólico que, ao mesmo tempo que permite que o sujeito exista e se organize no universo da linguagem, impõe a ele certa interdição. Ora, de fato, para transitar nesse código compartilhado – universo simbólico por excelência –, não podemos nos comportar de qualquer maneira, exigindo alguma regulação de nossos corpos e nossas formas de expressão. Freud, seguindo essa perspectiva, se valeu do Mito Edipiano para mostrar como o sujeito, através de uma proibição (do incesto), organiza seu campo pulsional de forma a se ingressar no universo simbólico e sustentar o laço social. Esse processo, intermediado pela autoridade encarnada pelo Pai, pelos costumes ou pelas instituições tradicionais, por um lado, impõe uma interdição de gozo. Por outro, abre outras vias de investimento pulsional mais solidárias com o convívio em sociedade (FREUD, 1996d; 1996e), revelando nossa condição política constitutiva. Essas vias simbólicas, no entanto, são sempre insuficientes para apreender nossa experiência, devendo ser permanentemente refeitas de forma a contornar aquilo que escapa à linguagem, ou seja, a pulsão de morte.

No contemporâneo, observa-se o declínio das tradições que norteavam a vida em comunidade de outrora. A crença na autoridade foi, aos poucos, sendo substituída pela certeza de uma satisfação imediata pela via do consumo. Diante da oferta obscena de objetos, o capitalismo cria uma atmosfera onde tudo é possível, promovendo uma identificação generalizada com a figura genérica do consumidor. Os sujeitos, nesse contexto, não se organizam mais em torno dos ideais simbólicos que, em outros tempos, marcavam uma falta constitutiva, mas em torno de objetos que prometem suturar nosso vazio existencial (EIDELBERG et al., 2009).

Nessa lógica, o corpo, em sua vertente mais somática, passou a ser foco da gestão individual, tornando-se catalisador do consumo. Diante do imperativo de uma performance perfeita, o corpo transformou-se em um objeto sujeito a toda sorte de intervenções. Essa tendência engendra o declínio do universo simbólico e o esgarçamento das relações entre o sujeito e o social, constituindo-se como fonte de desamparo. As manifestações correlatas incluem sintomas corporais sem intermediação da linguagem, tais como as adições, as ansiedades e depressões que não se prestam facilmente à dialetização (COELHO et al., 2016). A abordagem desse mal-estar parece não encontrar outra via que não seja pelo viés da medicalização. O mal-estar social se torna, assim, um “transtorno” a ser individualmente diagnosticado e ortopedicamente retificado através de intervenções protocolares.

Pensemos, por exemplo, no uso do crack, que tem se constituído como foco de políticas públicas de saúde. O alarde midiático em torno do consumo dessa substância contribui para a construção social de um “problema” que deve ser combatido através de intervenções que visam exclusivamente a abstinência. Parte-se da suposição de que esses sujeitos apresentam uma “doença” e, por isso, precisam de um tratamento médico. Nesse cenário, vemos aumentar as internações psiquiátricas compulsórias mediadas pelo Judiciário, assim como as práticas disciplinares das comunidades terapêuticas. O afastamento do sujeito de suas redes sociais e seu confinamento em um ambiente artificial e disciplinar são entendidos como a via garantida para a abstinência. A instrumentalização dos saberes médico e jurídico desconsidera as singularidades, encontrando uma saída única para todos, fora do laço social e baseada no esvaziamento do discurso do sujeito e na objetificação da experiência na categoria de “transtorno”.

Esse tipo de raciocínio se mostra fadado ao fracasso quando entendemos a impossibilidade de se eliminar a pulsão de morte. Esse elemento, como vimos, está sempre presente, causando um permanente mal-estar no sujeito e colocando em xeque a utopia de uma sociedade harmônica, sem conflitos, estabelecida a partir dos interesses dos cidadãos (ALEMÁN, 2006). O amor, os vínculos sociais, as estruturas elementares do parentesco, as identificações, os dispositivos jurídico-disciplinários são modalidades históricas de arranjos para contornar esse vazio irreduzível (LACAN, 1997). Tais composições, no entanto, são sempre precárias. A questão que se coloca, portanto, é como trabalhar com esse elemento impossível, extraindo suas possibilidades de criação e de laço social em detrimento de sua tendência destrutiva.

As intervenções de redução de danos dos Consultórios de Rua, que privilegiam o vínculo com os usuários e as invenções singulares extraídas desse encontro, são paradigmáticas neste sentido. Nelas, verifica-se um deslocamento das práticas centradas na doença, na assistência curativa e na intervenção medicamentosa para intervenções que valorizam a criação de sentidos para o sofrimento de cada um, produzindo, ao mesmo tempo, a ampliação das relações sociais. A aposta, neste caso, recai justamente no ponto em que algo do laço social se rompeu, suportando-o de forma que o próprio sujeito possa reencontrar sua via singular de (re)conexão (COELHO et al., 2016).

Para concluir

O processo de mudança nas concepções e práticas de saúde acontece na medida em que ocorre a aproximação de campos teóricos e práticas diversificadas, permitindo o questionamento de certo paradigma hegemônico. Tais transformações surgem a partir de experiências localizadas em espaços que possibilitam o (des)encontro de diversos atores e teorias que, aos poucos, vão tomando corpo e reconhecimento. Este ensaio é um esforço para identificar e nomear essas produções que, quando não são relatadas e elaboradas, acabam perdendo a potência transformadora. Trata-se de um exercício necessário para o resgate das reflexões que estão na base da criação do SUS, sobretudo em um momento político em que esse sistema tem sido colocado em xeque. Pretendemos, nesse sentido, destacar a importância de se estimular sempre reflexões e soluções

criativas dos sujeitos – sejam pacientes, gestores ou trabalhadores da saúde – para que possamos sustentar um espaço verdadeiramente democrático que ultrapassa a mera “prescrição” de condutas.

Entendemos que o tensionamento entre as práticas de saúde e as elaborações psicanalíticas, sustentadas pela noção de inconsciente, são fundamentais para o estabelecimento de outras lógicas e conexões, indicando novas formas de operações sustentadas por uma ética que foge da imposição de normas e valores. Se, por um lado, a conduta de suspensão temporária dos saberes preestabelecidos pode gerar uma espécie de desamparo momentâneo, por outro, ela abre a possibilidade de alargamento da compreensão de nossas práticas e de implicação com nosso próprio desejo. Isso permite a construção de certo “saber-fazer” em cada caso ou situação, tirando os sujeitos do lugar de impotência que fazem parte do cotidiano da assistência e da produção do conhecimento em saúde.²

Referências

- AGUIAR, A. A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ALEMÁN, J. *Notas antifilosóficas*. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1987.
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 149-182.
- COELHO, V. A. A. et al. Navegar é preciso, viver é (im)preciso. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v. 6, p. 100-112, 2016.
- EIDELBERG, A. et al. *Porciones de nada*. La anorexia y la época. Buenos Aires: Del Bucle, 2009.
- FIGUEIREDO, A.C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoam. Psicopat. Fund.* São Paulo, ano VII, n. 1, p. 75-86, 2004.

FREUD, S. Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 17. Rio de Janeiro: Imago, 1996a, p. 147-153.

_____. Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1996b, p. 361-378.

_____. Além do princípio de prazer. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996c, p. 17-75.

_____. Totem e Tabu. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1996d, p. 11-125.

_____. O mal-estar na civilização. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996e, p. 73-153.

_____. Os instintos e suas vicissitudes. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v.14. Rio de Janeiro: Imago, 1996f, p. 123-144.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR., K. R.de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

GUERRA, A. M. C.; CUNHA, C. F.; SILVA, R. S. *A assistência social pública na interface entre subjetividade e política*. Belo Horizonte: Scriptum, 2015.

KUHN, T.S. *A estrutura das revoluções científicas*. 5.Ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

LACAN, J. *O seminário, livro 7: ética da psicanálise, 1959-1960*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud (1957). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.496-533.

LEAL, M. B.; CAMARGO JR., K. R. Saúde coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, Botucatu, v.16, n.40, p.53-65, 2012.

MARCELINO, L. F.; PATRICIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4767-4776, 2011.

MILLER, J-A. *Você quer mesmo ser avaliado: entrevistas sobre uma máquina de impostura*. São Paulo: Manole, 2006.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

- MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. 5. Ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2847-2857, 2013.
- _____. *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec, 2012.
- PAGLIOSA F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Rev. Bras. Educ. Med.* Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.32, n.4, p.299-316, 1998.
- RUSSO, J. A. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M.F.; CARRARA, S. (Org.). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004, p.95-109.
- _____. *O mundo psi no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- SANTOS, T. C. (Org.). *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2005.
- VAL, A. C.; CARVALHO, M. B.de; CAMPOS, R.O. Entre o singular e o coletivo: a experiência de um serviço na abordagem das anorexias e bulimias. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 99-119, 2015.
- VASCONCELOS, M. J. E. *Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus, 2002.
- VIGANÒ, C. A construção do caso clínico. *Opção lacaniana online*. São Paulo, v.1, n.1, p.1-9. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf. Acesso em: 1 abr. 2010.
- ZENONI, A. Psicanálise e instituição. *Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*. Belo Horizonte, ano 1, n. 0, p. 12-93, 2000.
- ŽIŽEK, S. O violento silêncio de um novo começo. In: HARVEY, D. et al. (Org.) *Occupy*. São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2012, p. 15-25.

Notas

¹ A monção pulsional – ou simplesmente a pulsão – é um conceito criado por Freud que se refere à materialidade da energia no psiquismo, algo que está “[...] situado na fronteira entre o mental e o somático, como representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida de exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo” (FREUD, 1996f, p. 127).

² A. C. Val, C. M. Modena e R. T. O. Campos participaram da discussão sobre o objetivo e o desenho do artigo, do processo de reflexão e da revisão crítica da versão final do artigo. C. A. P. da Gama participou da discussão sobre o objetivo e desenho do artigo, do processo de reflexão, redação e revisão crítica da versão final do artigo.

Abstract

Psychoanalysis and Public Health: approaches and possibilities of contributions

This article discusses possibilities of contributions from Lacanian Psychoanalysis to some impasses and dilemmas experienced in the field of practice and research of Public Health. It is assumed that the psychoanalytic formulations potentiate transformations in health practices related to the deconstruction of the biomedical paradigm, enabling a more complex approach to the health-illness process. For that, it presents historical, epistemological, theoretical, methodological and political aspects through the problematization of the concepts of unconsciousness, symptom, diagnosis, transference, interdisciplinary work, knowledge production and social bond. The reflection intends to emphasize the need to stimulate creative reflections beyond the mere prescription of conduct in order to operate in an ethic that escapes the imposition of norms and values. It proposes, therefore, an extension of the understanding of the phenomena, the identification of new dynamics and rationalities and the construction of new forms of intervention.

► **Keywords:** psychoanalysis; public health; comprehensive health care; interdisciplinary research.