

Do silenciamento ao ato: a psicanálise como ética e estratégia de cuidado na Unidade Básica de Saúde

*Vinicius Werner Machado Ehlermann**

RESUMO: O presente artigo propõe uma reflexão teórico-clínica sobre a possibilidade do ato analítico no contexto da atenção básica em saúde, especialmente no ambulatório de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A partir da articulação entre os conceitos de sintoma, transferência, discurso do analista e ato analítico, discutimos os limites do modelo médico-capitalista que patologiza e normatiza o sofrimento. O texto sustenta que a psicanálise, ao se orientar pela ética da escuta, opera como resistência à lógica da medicalização, oferecendo uma via singular para o sujeito que sofre. Concluimos que, mesmo em instituições marcadas pela racionalidade técnica e produtivista, é possível sustentar intervenções que favoreçam a emergência do sujeito e a produção de saber sobre o próprio sofrimento.

Palavras-chave: PSICANÁLISE; ATO ANALÍTICO; UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS); DISCURSO DO ANALISTA; SOFRIMENTO PSÍQUICO.

From silence to the analytic act: psychoanalysis as an ethics and strategy of care in the Basic Health Unit (UBS)

ABSTRACT: This article presents a theoretical-clinical reflection on the possibility of the analytic act within primary health care, particularly in the outpatient setting of a Basic Health Unit (UBS). Drawing on the concepts of symptom, transference, the analyst's discourse, and the analytic act, it discusses the limits of the medical-capitalist model that pathologizes and normalizes suffering. The article argues that psychoanalysis, guided by the ethics of listening, functions as a form of resistance to the logic of medicalization, offering a singular path for the suffering subject. It concludes that, even within institutions shaped by technical and productivist rationality, it is possible to sustain interventions that foster the emergence of the subject and the production of knowledge about one's own suffering.

Keywords: PSYCHOANALYSIS; ANALYTIC ACT; BASIC HEALTH UNIT (UBS); ANALYST'S DISCOURSE; PSYCHIC SUFFERING.

Del silenciamiento al acto analítico: el psicoanálisis como ética y estrategia de cuidado en la Unidad Básica de Salud (UBS)

RESUMEN: El presente artículo propone una reflexión teórico-clínica sobre la posibilidad del acto analítico en el contexto de la atención primaria de salud, especialmente en el consultorio ambulatorio de una Unidad Básica de Salud (UBS). A partir de la articulación de los conceptos de síntoma, transferencia, discurso del analista y acto analítico, se analizan los límites del modelo médico-capitalista que patologiza y normaliza el sufrimiento. El texto sostiene que el psicoanálisis, orientado por la ética de la escucha, opera como una forma de resistencia frente a la lógica de la medicalización, ofreciendo una vía singular para el sujeto que sufre. Se concluye que, incluso en instituciones marcadas por la racionalidad técnica y productivista, es posible sostener intervenciones que favorezcan la emergencia del sujeto y la producción de saber sobre su propio sufrimiento.

* * Psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Friburgo, com atuação na Atenção Primária à Saúde e no matriciamento em saúde mental no âmbito do PNAISARI.

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0003-2952-9979>

E-mail: viniciuswme@gmail.com

Palabras clave: PSICOANÁLISIS; ACTO ANALÍTICO; UNIDAD BÁSICA DE SALUD (UBS); DISCURSO DEL ANALISTA; SUFRIMIENTO PSÍQUICO.

Introdução

A prática psicanalítica, desde Freud, sustenta-se em uma escuta orientada pela singularidade do sujeito e pela ética do desejo, o que implica um posicionamento radicalmente distinto dos modelos normativos de tratamento que visam corrigir ou adaptar o sofrimento à lógica da normalidade. Desde sua fundação, a psicanálise se institui como um campo clínico e teórico voltado à interrogação da verdade inconsciente, concebendo o sujeito como efeito da linguagem e portador de um saber que lhe é, em grande parte, inapreensível. No contexto contemporâneo, tal modalidade de escuta se vê em tensão com as práticas hegemônicas de cuidado em saúde, crescentemente orientadas por discursos técnico-científicos que tendem a reduzir o sofrimento psíquico a categorias diagnósticas, a resultados de exames laboratoriais e a protocolos de intervenção padronizados, centrados no corpo biológico e em suas disfunções orgânicas ou neuroquímicas.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de se constituir como uma política pública que afirma princípios como universalidade, integralidade e equidade, opera sob constante disputa entre diferentes paradigmas de cuidado. De um lado, há uma forte presença do modelo biomédico, voltado para a objetivação do corpo e a racionalização das práticas clínicas; de outro, emergem práticas e discursos que apostam na escuta, no vínculo e na participação do sujeito no processo de cuidado. É nesse entrecruzamento que a psicanálise pode encontrar um lugar potente de atuação – não como técnica terapêutica entre outras, mas como ética do cuidado e gesto de resistência frente à medicalização e à normalização da vida.

Este artigo propõe uma reflexão teórico-clínica sobre a possibilidade do ato analítico no contexto da atenção básica em saúde, mais especificamente em ambulatorios de Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam psicólogos inseridos em equipes multiprofissionais. Trata-se de pensar de que forma a psicanálise pode se sustentar enquanto prática clínica no interior de instituições marcadas pela lógica da produtividade, da eficácia e da prescrição, sem abrir mão de seus princípios fundamentais: a aposta no sujeito, o valor do sintoma e a centralidade da transferência.

A partir da articulação entre os conceitos de sintoma, sujeito, transferência, discurso do analista e ato analítico, este trabalho busca discutir os limites impostos pelo discurso médico-capitalista – que tende a silenciar o sofrimento em nome de uma normatividade – e as possibilidades de intervenção da escuta psicanalítica que, ao contrário, escuta esse sofrimento como linguagem e o acolhe como via de produção de saber.

A análise é fundamentada em autores como Freud, Lacan, Sadala, Figueiredo e Laurent, cujas contribuições permitem pensar a inserção da psicanálise no campo da saúde pública não como mera adaptação institucional, mas como gesto ético que sustenta a singularidade e a incompletude do sujeito frente à tentativa de captura por discursos totalizantes.

Assim, a proposta é interrogar: como sustentar, mesmo em instituições voltadas ao cuidado coletivo e submetidas a protocolos e fluxos rígidos, uma escuta que não apague o sujeito? Como tornar possível o ato analítico em um espaço onde predominam as práticas de nomeação, normatização e regulação da subjetividade? E, sobretudo, que efeitos podem advir quando, em vez de calar o sintoma, damos a ele um lugar na fala?

O artigo está estruturado em quatro seções. A primeira aborda o entrelaçamento entre o discurso médico-capitalista e a patologização do sofrimento, analisando seus efeitos sobre a clínica e sobre o sujeito. A segunda discute a concepção psicanalítica de sujeito e sua relação indissociável com o sintoma. A terceira se debruça sobre a transferência como condição de possibilidade para a escuta analítica na instituição. E a quarta trata do ato analítico como gesto

clínico e político no contexto da UBS, com base na experiência em serviço. Ao final, propomos que, mesmo nas condições idiossincráticas da clínica institucional, a psicanálise pode operar como resistência ética e estratégia de cuidado.

O sintoma e o discurso médico-capitalista

A psicanálise, desde Freud, sustenta que o sintoma não é apenas um erro ou disfunção a ser corrigida, mas uma formação do inconsciente, portadora de sentido. Freud afirma: “o sintoma é um substituto de algo que ficou suprimido na vida anímica” (Freud, 1905/1996, p.20). O sintoma, portanto, tem uma lógica própria, que articula o desejo inconsciente, o gozo e a história singular do sujeito. É, nesse sentido, uma solução subjetiva, um modo de dar conta da falta estruturante e da própria relação do sujeito com o mundo e como ele se apresenta no encontro com o outro.

Lacan retoma essa concepção e a radicaliza. Em seu *Seminário II*, define o sintoma como “aquilo que vem do real” e como “um acontecimento de corpo que traduz um saber inconsciente” (Lacan, 1964/1985, p.64). Ou seja, o sintoma é uma via pela qual o inconsciente se manifesta, condensando significantes que não encontraram outra via de simbolização. Trata-se, portanto, de uma mensagem cifrada, que exige uma escuta disposta a não silenciá-lo, mas a lê-lo em sua singularidade.

Entretanto, no campo da saúde contemporânea, mais especificamente na lógica presente da saúde como produto e ideal de consumo, o sintoma tende a ser esvaziado de sua dimensão subjetiva. A lógica biomédica, profundamente entrelaçada ao discurso capitalista, promove uma concepção de saúde centrada na normatização do corpo e na eficiência técnica. O sofrimento, nesse contexto, é reduzido a uma perturbação neuroquímica, um desvio da norma a ser imediatamente corrigido por intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas protocolarizadas. Como sublinha Sadala, “a lógica da medicalização tende a colocar o mal-estar como um problema do indivíduo, isolando-o de seu contexto e reduzindo sua complexidade a categorias diagnósticas que buscam ajustar o sujeito à ordem vigente” (Sadala, 2023, p.141).

O discurso médico-capitalista – conforme formulado por Lacan em seu *Seminário 17* – é aquele que opera por meio da discreta ou até mesmo inexistente divisão do sujeito. Nesse discurso, a falta é recusada e substituída por objetos de consumo, criando uma promessa de completude que jamais se realiza. Lacan escreve: “O discurso do capitalista é algo engenhoso, mas que se consome, se consome tão bem que se consome sozinho” (Lacan, 1969-70/2007, p.20). O sujeito, atravessado por esse discurso, é transformado em consumidor de soluções prontas para seu sofrimento, perdendo a possibilidade de significá-lo de modo singular a partir de sua própria história.

Nesse cenário, o sintoma deixa de ser tratado como uma solução singular inconsciente do sujeito e passa a ser alvo de uma tentativa de extinção rápida e eficiente. O sujeito que sofre é silenciado em favor de um saber supostamente objetivo e neutro, que se inscreve nos manuais diagnósticos e nas diretrizes clínicas padronizadas. Como bem resume Sadala: “há uma tendência a tratar o sofrimento como uma anomalia a ser corrigida, evitando-se escutar aquilo que nele insiste como questão subjetiva” (Sadala, 2023, p.145). Evita-se, de fato, o falar sobre, a simbolização de algo ainda não simbolizado.

A psicanálise, em contrapartida, não recusa o sofrimento, nem o rotula como mero sintoma a ser eliminado. Ao contrário, ela o toma como um ponto de ancoragem da escuta, uma via de acesso ao sujeito. Freud, já em seus primeiros textos clínicos, ressaltava que o objetivo da análise não é o desaparecimento imediato do sintoma, mas sim a apropriação, pelo sujeito, do saber que ali se condensa. Como escreve em 1912: “o tratamento psicanalítico não se ocupa em suprimir os sintomas diretamente, mas em remover as causas psíquicas subjacentes” (Freud, 1912/1996, p.103).

Dessa forma, o sintoma não é ruído, mas linguagem. É o que ainda não pôde ser dito, mas que insiste em retornar. E por isso, a escuta analítica se opõe frontalmente à escuta normativa: enquanto esta busca identificar o que se encaixa em categorias preexistentes, aquela aposta na abertura de sentido, na produção de uma verdade própria ao sujeito.

No interior da UBS, essa concepção entra em conflito direto com os protocolos de atendimento, a alta rotatividade, os prazos apertados e a pressão por resultados. Muitas vezes, o sofrimento do usuário já chega rotulado: TAG, TOC, TEA, F32, transtorno de personalidade, fibromialgia, entre outros. A multiplicidade de siglas funciona como uma forma de nomear o que escapa, mas também de calar o que insiste. Como afirmam Sadala e Costa (2022), as novas formas de mal-estar vêm sendo cada vez mais enquadradas por uma linguagem técnico-científica que visa organizar o indizível, mas acaba por silenciá-lo.

E vale sempre a provocação de que uma interpretação psicanalítica visa menos a precisão do que causar um certo efeito, um certo tipo de impacto. Voltaremos a essa discussão quando falarmos sobre o ato analítico.

Ana Cristina Figueiredo (2004), em seu livro *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*, analisa precisamente essa tensão entre o desejo de escuta e as condições concretas da clínica institucional. Para a autora, o trabalho do analista nas instituições públicas se dá “entre o possível e o impossível”, uma vez que ele opera em meio a demandas que frequentemente “empurram o profissional para funções de normalização, aconselhamento ou contenção” (Figueiredo, 2004, p.3). O risco, segundo ela, é que o analista seja capturado pela lógica da assistência, tornando-se mais um agente de adaptação e apagando aquilo que justamente deveria sustentar: o lugar do sujeito dividido.

Contudo, Figueiredo sustenta que é precisamente no manejo dessas imperfeições – e não apesar delas – que pode surgir um gesto analítico. Ela afirma que “não é preciso esperar as condições ideais para que algo da ordem da psicanálise aconteça; é no entrecruzamento de falhas, ruídos e tropeços que o sujeito pode aparecer” (Figueiredo, 2004, p.5). Isso implica que o obstáculo institucional não deve ser tomado apenas como impedimento, mas também como material clínico a ser trabalhado, desde que o analista mantenha sua posição ética e recuse ocupar o lugar de quem sabe o que o sujeito deve fazer.

O sujeito, nessa escuta, é convidado a inventar, a partir de seu sintoma, uma nova posição frente ao desejo. Esse movimento, ao mesmo tempo subjetivo e político, desestabiliza a lógica médico-capitalista, que reduz o sofrimento a um déficit, e recoloca o sujeito no centro do cuidado. O sintoma, então, passa de obstáculo a via de acesso à singularidade; de ruído a linguagem; de patologia a potência de elaboração.

É nesse ponto que se abre caminho para a transferência e, com ela, para a possibilidade do ato analítico. A escuta psicanalítica, nesse sentido, se posiciona como resistência. Ao invés de fechar o sintoma em um nome, ela o abre à interpretação. Em lugar de apagar o mal-estar, ela o sustenta, interrogando-o em sua lógica. E assim, devolve ao sujeito a possibilidade de falar a partir de si, de construir um saber sobre seu próprio sofrimento – e não apenas ser objeto do saber do Outro.

Nesse processo, o analista não atua como técnico que aplica intervenções, mas como alguém que sustenta uma escuta radical, permitindo que algo de novo possa surgir do próprio sujeito. O sintoma, então, deixa de ser um “problema” a ser eliminado e passa a ser o ponto de partida para a invenção de um novo modo de estar no mundo. E essa operação – clínica, ética e política – é o que torna possível o ato analítico dentro do espaço institucional.

O sujeito e o sintoma

Se o sintoma, na perspectiva psicanalítica, é entendido como uma formação do inconsciente, ele não pode ser concebido sem o sujeito que o sustenta. Diferente da lógica

biomédica, que trata o sintoma como algo que ocorre no corpo e que deve ser extirpado, a psicanálise considera o sintoma como uma forma de enunciação do sujeito – ou seja, o modo como ele se apresenta no mundo e ao Outro. Como diz Freud (1905/1996, p.104), “os sintomas são substitutos de satisfações pulsionais que não se realizaram”. Eles aparecem, portanto, onde o desejo encontra barreiras, e são expressões de um saber inconsciente condensado em forma de mal-estar.

Lacan, retomando essa concepção, afirma no *Seminário II* que “o sintoma é uma metáfora, é uma substituição significativa” (Lacan, 1964/1985, p.258). Trata-se de uma construção simbólica, que revela – por meio de seu enigma – a posição do sujeito frente ao desejo, à castração e ao gozo. O sintoma, portanto, não é exterior ao sujeito, mas constituinte de sua subjetividade. Ele não é um invasor, mas uma forma de habitar o próprio mal-estar, uma resposta singular ao impasse estrutural que constitui o sujeito dividido.

Por isso, podemos afirmar que o sintoma não é apenas algo que o sujeito tem, mas é algo que o sujeito é. Ou melhor, ele é o modo como o sujeito se engaja com o desejo e com o Outro, na tentativa de dar conta de sua falta-a-ser. Essa é uma diferença fundamental em relação ao paradigma médico: enquanto a medicina tende a localizar o sintoma como algo a ser separado e eliminado, a psicanálise convida o sujeito a se implicar naquilo que sofre, a assumir uma posição frente a seu sintoma.

Como destaca Sadala (2023, p.42), “a escuta psicanalítica permite ao sujeito reconhecer-se em seu sintoma, ou seja, encontrar nele algo de sua própria verdade, que escapa ao saber técnico e objetivo das práticas clínicas normativas”. O sofrimento, nessa perspectiva, deixa de ser um erro a corrigir e passa a ser uma via de saber – uma possibilidade de subjetivação.

Essa virada ética é essencial para compreender a prática psicanalítica na clínica pública. O sujeito que chega à UBS frequentemente já vem marcado por múltiplas definições: “depressivo”, “ansioso”, “borderline”, “bipolar”, entre outras. Cada nome carrega consigo um saber sobre ele, um enquadre que o antecede e que muitas vezes o impede de falar em nome próprio. Ele já está inserido em um campo de significação que o captura como objeto de conhecimento e intervenção.

A escuta analítica parte da hipótese de que há um sujeito dividido, cindido entre o que diz e o que escapa à sua própria fala. A aposta está em possibilitar que esse sujeito possa escutar algo de si mesmo a partir de seu sintoma. O analista não interpreta o sujeito, não lhe diz quem ele é, mas sustenta um lugar em que o sujeito possa produzir um saber inédito sobre si.

Freud (1912/1996, p. 114) já apontava esse movimento ao dizer que “o analista deve deixar que o paciente fale livremente, e apenas assim poderá descobrir o sentido inconsciente que o sintoma encobre”. Esse dispositivo – da associação livre – implica uma escuta que não organiza a fala a partir de categorias predefinidas, mas permite que a singularidade de cada sujeito emergja, mesmo quando atravessada por múltiplas determinações sociais, institucionais e discursivas.

Nas UBS, essa escuta encontra inúmeros obstáculos: O usuário, antes de qualquer coisa, na maioria dos casos, espera por orientação e significados. O analista, ao se colocar nesta posição de recusa dessas demandas, coloca-se também como operador de uma quebra, que produz uma série de consequências, desde o abandono do tratamento, até mesmo a entrada do paciente em análise, com todas as idiossincrasias nunca desconsideradas quando se trata deste entrecruzamento: psicanálise e clínica



institucional. Portanto o tratamento não se dá apesar desta recusa, mas justamente por ela, operando uma ruptura com o esperado, fazendo furo no estabelecido.

Vale ressaltar que neste caminho estamos indo em direção ao conceito de transferência com sua característica de ser, a uma só vez, resistência e possibilidade de existência do inconsciente.

As decorrências dessas condições configuram um importante desafio no cotidiano desse cuidado. Para além do abandono precoce do tratamento, destaca-se ainda uma tensão constante entre, de um lado, a demanda dos usuários por diagnósticos, laudos e soluções – expressão de um modo de se conceber objetificado, dissociado, tanto quanto possível, do singular, do complexo e do sofrimento subjetivo, como efeito do discurso vigente – e, de outro, a posição do analista, que se sustenta em não ocupar o lugar de detentor de um saber.

Essa tensão, que se manifesta no dia a dia dos atendimentos, frequentemente assume a forma de cobrança – por vezes até ostensiva – dirigida ao analista, diante da busca insistente do usuário por uma resposta ao seu sofrimento, por uma nomeação, por um sentido.

O tempo limitado, as demandas assistenciais, a alta rotatividade de profissionais, os fluxos burocráticos e a forte presença do discurso normativo dificultam o acolhimento da fala em sua dimensão mais radical. Entretanto, é justamente nesse cenário que a escuta psicanalítica adquire sua potência. Como escreve Sadala (2023, p.47), “é no avesso da comunicação habitual, no ponto em que o sentido falha, que a psicanálise escuta”. E essa escuta não precisa de muito tempo, nem de muitas sessões: precisa, antes, de uma posição ética.

O sujeito, nessa escuta, não é convidado a se adaptar à norma, mas a inventar, a partir de seu sintoma, uma nova posição frente ao desejo. Esse movimento, ao mesmo tempo subjetivo e político, desestabiliza a lógica médico-capitalista, que reduz o sofrimento a um déficit, e recoloca o sujeito no centro do cuidado. O sintoma, então, passa de obstáculo a via de acesso à singularidade; de ruído a linguagem; de patologia a potência de elaboração.

É nesse ponto que se abre caminho para a transferência e, com ela, para a possibilidade do ato analítico – temas que serão aprofundados na próxima seção.

A transferência e o lugar do analista

No interior da experiência psicanalítica, a transferência ocupa uma posição absolutamente central. Freud, ao longo de sua obra, destacou que a transferência não apenas acompanha o tratamento, mas constitui o eixo em torno do qual a psicanálise se estrutura. Como ele afirma, “a transferência é o mais poderoso instrumento do tratamento” (Freud, 1912/1996, p. 125). Ainda que inicialmente fosse vista como um obstáculo – um “falso vínculo” que o analisante estabelece com o analista ao reeditar figuras parentais – Freud logo reconheceu nela um campo fecundo de intervenção clínica. É justamente por meio da transferência que o desejo inconsciente se apresenta, permitindo que o sujeito fale de si mesmo de forma deslocada, endereçando ao analista o que antes era recalcado ou interditado.

Lacan, ao retomar e reformular esse conceito, oferece uma contribuição decisiva. Em seu *Seminário II*, define a transferência como a “atualização da realidade do inconsciente”, sublinhando que ela não é apenas um fenômeno afetivo, mas uma estrutura lógica da experiência analítica (Lacan, 1964/1985, p. 146). A transferência permite que o sujeito suponha ao analista um saber – o Sujeito Suposto Saber – que sustenta sua fala e organiza seu laço com o inconsciente. A partir dessa suposição, o sujeito se autoriza a dizer, deslocando algo de seu desejo para a cena analítica.

Essa suposição, no entanto, não pode ser confirmada pelo analista sem comprometer o funcionamento do dispositivo. Ao contrário, o analista, ao sustentar o lugar vazio do saber, opera um trabalho de escuta que se diferencia radicalmente da escuta técnica, pericial ou mesmo compreensiva. Trata-se de escutar o que escapa à significação habitual, aquilo que se apresenta

como resto, equívoco ou banal. O analista, portanto, se posiciona como objeto *a*, causa de desejo do sujeito, e não como mestre do saber ou agente terapêutico.

Essa posição do analista exige uma ética rigorosa, pois implica o risco constante de capturar o sujeito no circuito da alienação, ocupando o lugar de quem diz o que ele é. Por isso, o analista não deve interpretar de forma sugestiva, aconselhar ou normatizar, mas operar cortes que desestabilizem o discurso do sujeito e o façam confrontar-se com aquilo que nele escapa ao controle. Como destaca Quinet (2004), a transferência é uma das quatro (+1) condições da análise, pois sem ela não há trabalho analítico possível. Mas ela deve ser manejada com o objetivo de conduzir o sujeito a uma mudança de posição frente ao seu próprio sintoma e à sua verdade inconsciente.

No contexto das instituições públicas de saúde, como os ambulatorios de Unidades Básicas de Saúde (UBS), a transferência se instala sob condições complexas. O laço transferencial pode ser atravessado por múltiplas determinações institucionais – fichas, tempo curto, burocracia, fluxos, encaminhamentos – que interferem na relação entre sujeito e analista. A demanda de cura ou de adaptação, muitas vezes imposta pela lógica biomédica, coloca o analista diante do desafio de sustentar sua prática sem se deixar capturar por esse discurso.

Ainda assim, mesmo nesse contexto, a transferência pode ocorrer. Podemos sustentar o argumento de que o que define o espaço analítico não é necessariamente o local físico ou o vínculo institucional, mas a posição subjetiva daquele que escuta. Quando o analista recusa o lugar de saber e sustenta o campo da falta, abrindo espaço para que o sujeito fale, há a possibilidade de emergência da transferência e, com ela, do ato analítico.

Nesse sentido, a transferência funciona como ponto de resistência à normatização do sofrimento e à sua transformação em etiqueta diagnóstica. Ao invés de enquadrar o sujeito dentro de categorias universais, o trabalho transferencial permite que ele se confronte com a singularidade de sua posição desejante. A transferência é, assim, um campo de invenção – e é nela que se inscreve a possibilidade de deslocamentos subjetivos significativos, mesmo no interior das práticas clínicas institucionalizadas.

Para além disso, é importante reconhecer que a transferência, no âmbito institucional, não se estabelece em terreno neutro. Como observa Ana Cristina Figueiredo (2004), o analista que atua na saúde pública encontra-se constantemente atravessado por demandas que não lhe dizem respeito diretamente – convocações para cumprir metas, registrar evoluções padronizadas, responder a equipes, justificar tecnicamente seus atos. Segundo a autora, “a instituição solicita do analista que ele se identifique à função terapêutica esperada, apagando a singularidade de sua escuta” (Figueiredo, 2004, p.78). O risco, portanto, é que o analista se torne mais um operador de ajustamento, respondendo à transferência com orientações, conselhos ou encaminhamentos, ao invés de sustentá-la como campo de deslocamento subjetivo.

No entanto, Figueiredo também aponta que é justamente nesse tensionamento que a psicanálise pode inventar novas formas de presença clínica. Em vez de se colocar contra a instituição ou submeter-se inteiramente a ela, trata-se de construir um “entre”, um espaço de borda, onde nem se recusa a estrutura institucional nem se abdica da ética da escuta. Como escreve a autora, “o trabalho analítico na instituição exige uma posição de borda: suficientemente dentro para escutar, suficientemente fora para não capturar” (Figueiredo, 2004, p.82). Essa posição é o que permite que a transferência não se confunda com adesão, mas se sustente como abertura para a diferença.

Dessa forma, o manejo transferencial no âmbito das UBS não consiste em recriar os moldes da clínica privada, mas em reconhecer os impasses institucionais como parte da cena analítica. A burocracia, o tempo escasso, as múltiplas demandas – em vez de inviabilizarem o trabalho – podem ser tomados como elementos que atravessam a fala do sujeito e, portanto, também devem ser escutados. A transferência, assim, não se instala apesar da instituição, mas

através dela, quando o analista, ao invés de se posicionar como técnico, sustenta o enigma e convoca o sujeito a falar para além da função que lhe foi atribuída

O ato analítico e a clínica institucional

Se a transferência é o campo que possibilita a emergência do desejo e a escuta do sujeito, o ato analítico é o que marca, dentro desse campo, uma virada. Não se trata de uma simples intervenção interpretativa, mas de um gesto ético e pontual, que convoca o sujeito à responsabilidade por sua fala e por sua posição frente ao próprio gozo. O ato analítico não é produzido pelo analista a partir de uma decisão técnica ou protocolar, mas resulta de um manejo clínico que sustenta a transferência sem capturá-la, criando as condições para que o sujeito possa se surpreender com o que diz – e, ao escutar-se, deslocar-se de seu lugar habitual.

Lacan foi preciso ao definir o ato analítico como aquele que produz um antes e um depois na posição do sujeito frente ao seu sintoma. Trata-se de uma operação simbólica que rompe com a repetição e reconfigura a posição subjetiva. Para que isso ocorra, é preciso que o analista não apenas escute, mas consinta a não saber, recusando a posição de mestre e sustentando o vazio, recusando-se constantemente a completar, atestar, explicar ou dar sentido de um modo geral. Desocupando essa posição imaginária que lhe é colocada.

Sadala (2023), em *Um escultor da palavra no avesso da comunicação*, propõe que o ato analítico ocorre quando há um instante em que o sujeito se surpreende em sua própria fala, captando algo de si que até então permanecia recalcado ou deslocado. Esse momento não é previsível nem mensurável, pois depende do percurso transferencial e da abertura subjetiva que o analisante consegue sustentar. Sadala ressalta que esse ato não é de ordem técnica, mas ética: ele desorganiza o saber instituído e abre uma nova via de enunciação.

No contexto das Unidades Básicas de Saúde, onde o tempo é curto, os protocolos são rígidos e o sofrimento é, muitas vezes, tratado como objeto de intervenção técnica, a possibilidade do ato analítico é tensionada ao limite. As condições institucionais não são propícias à espera, à escuta demorada ou à criação de um espaço consistente. O sujeito chega muitas vezes já diagnosticado, medicalizado e interpelado por múltiplos especialistas que, ainda que bem-intencionados, podem contribuir para a fragmentação da sua experiência de sofrimento.

Contudo, como aponta o próprio Lacan, não é o cenário institucional em si que impede o ato, mas a posição do analista frente ao discurso dominante. O discurso do analista se distingue justamente por não se deixar capturar pela lógica do saber técnico, do ideal de cura ou da eficácia. Quando o analista, mesmo no interior de uma instituição médica, sustenta o vazio de saber e aposta no sujeito como produtor de um saber próprio, algo do ato analítico pode emergir.

Essa emergência exige um manejo fino: é preciso, muitas vezes, resistir às pressões por resultados rápidos, recusar a tentação de responder à angústia com diagnósticos prontos, e manter viva a escuta da singularidade. O ato, nesse contexto, tem relação direta com o que é trazido pela clínica do um a um, no dia a dia da escuta, com cada caso e cada analisando inaugurando uma nova psicanálise. Portanto, estamos reiterando os argumentos de Freud e sua crucial coemergência entre teoria e clínica, uma jamais apartada da outra, na direção de um não definido, não todo, não estabelecido, e, por isso, uma abertura ao novo.

A clínica institucional, então, não inviabiliza a psicanálise, mas exige que esta se afirme como prática ética. Como já indicado anteriormente, o analista, nesse espaço, precisa se reinventar continuamente, encontrando brechas na rotina institucional, criando intervalos na lógica da produtividade e sustentando uma presença que não responda imediatamente à demanda, mas que acolha o que nela escapa.

O ato analítico, nesse cenário, torna-se não apenas um gesto clínico, mas um gesto político: ele afirma que há um sujeito para além do diagnóstico, há um saber que escapa à

medicina, e há um modo de sofrimento que não se reduz à déficits e disfunções. Produzir esse espaço, ainda que precário, é o que permite à psicanálise resistir – e existir – dentro da clínica pública.

Considerações Finais

Este artigo buscou refletir sobre a possibilidade de a psicanálise operar no interior das instituições públicas de saúde, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, a partir da escuta do sujeito em sua singularidade, sustentada pelos pilares da transferência e do ato analítico. Diante de um cenário atravessado pelo discurso biomédico, técnico e normativo – que tende a reduzir o sofrimento a um objeto de intervenção e o sujeito a um portador de sintomas –, a psicanálise reafirma sua posição ética ao escutar o que escapa à linguagem padronizada do saber médico.

Mostrou-se que o sintoma, longe de ser um erro a ser corrigido, é um modo singular de existência, uma forma do sujeito se apresentar no mundo. E é justamente por meio da transferência – condição imprescindível ao tratamento analítico – que esse sintoma pode ser escutado em sua dimensão subjetiva. O discurso do analista, ao recusar a posição de mestre e ao sustentar o não saber, permite que o sujeito fale a partir de si, não mais como objeto de um saber externo, mas como enunciação própria.

A escuta analítica, mesmo em meio às limitações institucionais, pode criar brechas onde o ato analítico se torne possível. Esse ato, por sua vez, é desvio onde algo se desloca na posição do sujeito frente ao seu sofrimento e ao saber que o constitui. Mais do que um gesto técnico, o ato analítico é uma decisão ética, um corte que desestabiliza o saber estabelecido e convida o sujeito a se responsabilizar por sua fala e por seu desejo.

Entendemos que sustentar essa posição na clínica pública é um desafio que exige coragem ética e inventividade clínica. Não se trata de adaptar a psicanálise ao modelo institucional vigente, mas de manter viva sua aposta no sujeito, mesmo em contextos adversos. A experiência clínica compartilhada neste trabalho mostra que, ainda que a instituição imponha limites, há sempre a possibilidade de sustentar um espaço de escuta que acolha o sujeito em sua diferença, que não apague o sintoma, mas o escute como forma de dizer.

A psicanálise, assim, afirma sua potência como prática de resistência frente ao silenciamento promovido pela lógica médico-capitalista. Ao não ceder ao ideal de completude, ao não se dobrar às exigências de normatização, ela preserva a possibilidade de um tratamento que considera o sujeito e o desejo como centrais. E, nesse gesto, mantém viva sua vocação ética e política: escutar o que em cada um resiste ao apagamento e, com isso, abrir a possibilidade de novas formas de existência.

Referências:

- Figueiredo, A. C. (2024). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro, RJ: Relume Dumará.
- Freud, S. (1996). A dinâmica da transferência. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 12). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Obra original publicada em 1912)
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Obra original publicada em 1905)
- Lacan, J. (1985). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1964)
- Lacan, J. (2007). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1969-1970)

- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1972-1973)
- Laurent, É. (2018). A lógica do sintoma na civilização. In J. Nasio (Org.), *Como trabalha um psicanalista* (pp.109-126). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Quinet, A. (2004). *As quatro + uma condições da análise*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Sadala, G., & Barbosa dos Santos, K. (2022). A psicanálise como possibilidade de escuta do mal-estar na contemporaneidade. *Estilos da Clínica*, 27(2).
- Sadala, G. (2023). *Um escultor da palavra no avesso da comunicação: psicanálise e saúde mental*. São Paulo, SP: Escuta.

Citação/Citation: Ehlermann, V. W. M. (2026). *Do silenciamento ao ato: a psicanálise como ética e estratégia de cuidado na unidade básica de saúde*. *Trivium: Estudos Interdisciplinares* (Ano XVIII, no.1), pp. 17-26.

Recebido em: 25/04/2026
Aprovado em: 07/06/2026