

A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA

THE PSYCHOANALYTICAL CLINIC UNDER PUBLIC HEALTH

Ana Maria Moreno de Oliveira¹
Luanna Barreiros Stormowski²
Gabrielle da Motta³

OLIVEIRA, A. M. M. de; STORMOWSKI, L. B.; MOTTA, G. da. A clínica psicanalítica no âmbito da saúde pública. **Akrópolis**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 69-80, jan./jun. 2014.

RESUMO: Este artigo tem por finalidade mostrar a viabilidade de inserção da clínica psicanalítica no ambiente da saúde pública. Trata-se de uma pesquisa teórica, em que será priorizada a discussão fundamentada nos estudos de Sigmund Freud, fazendo uma reconstituição dos caminhos que a psicanálise trilhou para se tornar um campo da ciência, evidenciando seus fundamentos e propósitos. Fazendo uso de afirmações e pesquisa de diversos autores, buscar-se-á contextualizar o processo histórico da dita evolução do sistema de saúde pública no Brasil. O objetivo é discutir dentro dessa ótica a necessidade de uma execução integral do direito à assistência que é garantida pelo Estado e de direito da população. Buscar-se-á a contextualização da inserção psicanalítica no ambiente da saúde pública, desconstituindo as barreiras de estrutura, que, apesar de serem análogas ao setting de consultório, são viáveis. Será evidenciado que o lugar do psicanalista no âmbito da saúde pública depende fundamentalmente do seu próprio trabalho, do seu rigor ético, da clareza de seus propósitos e de sua função, cabendo a esse profissional a adaptação da técnica.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; Saúde pública; Sistema único de saúde; Possibilidades; Desafios.

ABSTRACT: This article aims to show the insertion viability of the psychoanalytical clinic in the public health system. It consists in a theoretical research, where will be prioritized the discussions based on the works of Sigmund Freud, analyzing the trails of psychoanalysis in order to become a scientific field, focusing on its purposes. Through several researches, this article tries to show the historical process of evolution of the public health system in Brazil. The objective is to discuss the need of the whole execution of the right to assistance, which is granted by the State and it is a right of the population as well. It shows the insertion of psychoanalysis in the public health system, breaking the structural basis that, though being similar to the clinical setting, is feasible. It is emphasized that the role of the psychoanalyst in the public health system depends basically on own work, ethical practice, and the clearness of purposes and functions, being responsibility the adaptation of the technique.

KEYWORDS: Psychoanalysis; Public health; Public health system; Possibility; Challenges.

¹Professora Orientadora. Psicóloga. Docente do curso de Psicologia da Universidade Paranaense – Unipar. anamaria@unipar.brEnd: Rua Vicente Machado, 1350.

²Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Paranaense – Unipar. lustormowski@gmail.comEnd: Rua Jorge Lacerda, 855.

³Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Paranaense – Unipar. gabrielle_motta@hotmail.comEnd: Rua Belo Horizonte, 1874.

INTRODUÇÃO

Os serviços de psicologia prestados nos diversos ambientes da saúde pública são consequências diretas das mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro a partir da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, tendo como ápice a criação do Sistema Único de Saúde. Serão apresentados argumentos que serviram de elementos constituintes de uma abordagem crítica, a forma a qual atualmente a saúde pública utiliza os protocolos de atendimentos psicológicos aos usuários do sistema único de saúde. Objetiva-se discutir as possibilidades de que o analista dispõe para adaptar a técnica para que esse serviço seja realizado, buscando desconstruir a ideia preconceituosa de que esse tratamento psicanalítico seria inviável no SUS.

O legado deixado pela obra de Freud e a releitura feita por Lacan fornecem respostas para os impasses encontrados na subjetividade de cada sujeito. A psicanálise, mais do que nunca, vem sendo praticada em vários contextos. Neste trabalho objetiva-se repensar a psicanálise no âmbito da saúde pública, sem perder de vista seu rigor ético e específico da clínica psicanalítica. Este estudo é uma pesquisa teórica, em que as principais referências são as concepções da obra de Sigmund Freud e do ensino de Jacques Lacan. Ao longo do trabalho, recorre-se também a alguns autores contemporâneos renomados na área, que apresentam ideias importantes para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Conforme será apresentado neste artigo, Freud afirma seu desejo de extensão da psicanálise em vários momentos de sua obra, no entanto, ele não chega teorizar a inserção da psicanálise fora dos consultórios. Freud (1919[1918]/1996), preocupado em abrir os caminhos para a psicanálise, previu que futuramente seriam criadas instituições onde os psicanalistas seriam designados a tratar uma considerável massa da população, para isso seria necessário ao analista adaptar as técnicas às novas condições, mas enfatizava que os princípios psicanalíticos deveriam ser mantidos.

Pautada nessa ideia de Freud, este estudo tratará das possibilidades de inserção de que o psicanalista dispõe para oferecer uma escuta analítica a toda população. Sendo essa que será atendida no âmbito da saúde pública. Diante disso, reinventar a psicanálise para além do consultório é algo preciso e demandado pela

sociedade, por isso são necessárias mudanças no setting psicanalítico e comprometimento dos profissionais que se propõem a essa prática.

A CLÍNICA PSICANALÍTICA

Historicamente, sabe-se que foi no interior de seu consultório que Freud pôde fundamentar suas hipóteses teóricas a partir das observações clínicas que ali aconteceram. Desde então a psicanálise foi se desenvolvendo, se aprimorando, trilhando novos caminhos e passando por releituras.

Com base nesses fundamentos, precisa-se, nesse primeiro momento, considerarmos estudos no século XIX, para se apropriar de forma sucinta de como se deu o início da psicanálise, seus fundamentos e propósitos.

Foi nesse século que a loucura foi descoberta pela razão, e é justamente quando essa ideia de “um homem determinado pela primazia da razão” e, portanto, da consciência, que chega a seu limite, que se vê surgir à psicanálise (e o inconsciente). Segundo Garcia-Roza, em “Freud e o Inconsciente” (2009), “Sem dúvida alguma, a psicanálise produziu uma derrubada da razão e da consciência do lugar sagrado em que se encontravam. Ao fazer da consciência um mero efeito de superfície do Inconsciente (...)”. (p. 20).

É preciso se debruçar nesse momento sobre a transição entre o que se identifica como pré-psicanálise e a psicanálise propriamente dita, pois a partir dos insucessos da hipnose, casos em que o método não parecia surtir os efeitos desejáveis, em vez de rejeitados, foram os pontos de sustentação que conduziram ao surgimento da clínica psicanalítica.

É nesse período que se situa Charcot, que a princípio influenciou Freud. Ao começar escutar as históricas, Freud aprendera com Charcot que, nessas pacientes, os sintomas se produziam e se dissolviam apenas pelo efeito da palavra. O método que eles usavam para eliminar os sintomas consistia em dar às pacientes, sob hipnose, uma sugestão que removeria o distúrbio. Esse procedimento, porém, apenas eliminava o sintoma, mas não removia a causa, já que os sintomas quase sempre reapareciam, além do fato de não ser aplicável às pessoas que não conseguiam ser hipnotizadas.

Nesses estudos clínicos com as históricas, Freud constatou que existia uma realidade muito particular, e que isso se expressava

por meio dos sintomas que apareciam no corpo de suas pacientes. Essa realidade, que ele denominou fantasias, instigou o rumo de suas investigações. Já em 1914, quando Freud escreveu “A História do Movimento Psicanalítico” (1914/1996), ele deu uma ideia mais elaborada do que seriam essas fantasias, “(...) essas fantasias destinavam-se a encobrir a atividade autoerótica dos primeiros anos de infância, embelezá-la e elevá-la a um plano mais alto. E agora, de detrás das fantasias, toda a gama da vida sexual da criança vinha à luz.” (p. 27).

Na busca incessante pela origem dos sintomas, Freud realizou a primeira modificação no método hipnótico, pois ele propôs, então, que se empregasse o método catártico de Breuer, “o método catártico foi o precursor imediato da psicanálise” (Freud, 1924 [1923]/1996, p. 220), que consistia em conduzir a atenção do paciente diretamente para a cena traumática na qual o sintoma surgiria e assim descobrir o conflito mental envolvido naquela cena, liberando a emoção nela reprimida, (Freud, 1914/1996, p. 20). Ainda nesse texto, “A história do movimento psicanalítico” (1914/1996), Freud conta como ele e Breuer, ao usar o método catártico, foram conduzidos a uma regressão que cada vez mais os levava para a infância.

[...] fracasso e pontos que continuavam inexplicáveis levavam o trabalho analítico ainda mais para trás, até os anos da infância que até então permaneciam inacessíveis a qualquer espécie de exploração. Era como se a Psicanálise não pudesse explicar nenhum aspecto do presente sem se referir a algo do passado. (p. 21).

Mas Freud não estava satisfeito com a hipnose e logo acabou abandonando-a. Embora a técnica se mostrasse aparentemente eficaz no alívio ou na eliminação de alguns sintomas, raramente proporcionava cura prolongada. Muitos pacientes retornavam com novas queixas.

Se abandonei tão cedo a técnica da sugestão, e com ela, a hipnose, foi porque não tinha esperança de tornar a sugestão tão forte e sólida quanto seria necessário para obter a cura permanente. Em todos os casos graves, vi a sugestão introduzida voltar e desmoronar, e então reaparecia a doença ou um substituto dela. (Freud, 1905 [1904]/1996, p. 247).

No texto “Cinco lições de psicanálise”, (1990a/1996), Freud faz uma retrospectiva do nascimento do saber psicanalítico, a partir do relato do atendimento de Ana O. Devido aos insucessos da hipnose, método que empregara nesse momento pré-psicanalítico, as conclusões a que chegou, em parceria com Breuer, é que tal origem tem a ver com as reminiscências, restos simbólicos de experiências carregadas de carga afetiva. Assim, se há um sintoma, há um desconhecimento em sua causa: um não saber. “Onde existe um sintoma, existe também uma amnésia, uma lacuna da memória, cujo preenchimento suprime as condições que conduzem à produção do sintoma.” (Freud, 1910a/1996, p. 36).

Freud prossegue dizendo que os doentes sabiam de que se tratavam tais reminiscências e, uma vez abandonado o método hipnótico, só precisavam dizer, descoberta que fez por meio de Anna O. Esse famoso caso influenciou enormemente a criação da nova técnica de investigação e tratamento da histeria, a associação livre. “A própria paciente deu a esse novo gênero de tratamento o nome de ‘talking cure’ (cura de conversação) qualificando-o também, por gracejo, de ‘chimmeysweeping’ (limpeza da chaminé).” (Freud, 1910a/1996, p. 30).

Freud sentia que o método de livre associação nem sempre funcionava, de fato, livremente. Cedo ou tarde os pacientes chegavam a um ponto das recordações que os fazia se sentirem incapacitados ou indispostos a continuar. Freud pensava que essas resistências indicavam que os pacientes teriam trazido à tona lembranças vergonhosas demais para as encarem. Desse modo, a resistência seria uma espécie de proteção contra a angústia. A simples presença do sofrimento, no entanto, indicava que o processo de análise estava próximo da origem do problema e o analista devia prosseguir naquela linha de investigação.

“(...) as recordações esquecidas não se haviam perdido. Jaziam em poder do doente e pronto a ressurgir em associação com os fatos ainda sabidos, mas alguma força as detinha, obrigando-as a permanecer inconscientes” (Freud, 1910a/1996, p. 39).

A essa força que detinha os desejos violentos do paciente, Freud (1910/1996) deu o nome de recalque. Segundo Garcia-Roza (2009, p. 37);

Freud só teve acesso ao fenômeno da defe-

sa quando abandonou a técnica da hipnose. Até então, uma série de indícios poderiam sugerir-lhe a existência de algo que lhe era vedado pelo próprio método que empregava, mas esses indícios só se transformariam em evidência após o abandono desse método.

No entanto, tais processos seriam incapazes de aniquilar os desejos violentos, e seu substituto (o sintoma), bem como a ideia recalçada também traria consigo um tipo de sofrimento quando lançada à consciência. Assim, Freud concluiu que a psicanálise desvendaria o trajeto, partindo do sintoma, reconduzindo-o para a ideia recalçada.

Em “A História do Movimento Psicanalítico” (1914/1996, p. 26), afirma Freud:

A teoria do recalque é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise. É a parte mais essencial dela e, todavia nada mais é senão a formulação teórica de um fenômeno que pode ser observado quantas vezes se desejar se se empreende a análise de um neurótico sem recorrer à hipnose. Em tais casos encontra-se uma resistência que se opõe ao trabalho de análise e, a fim de frustrá-lo, alega falha de memória. O uso da hipnose ocultava essa resistência; por conseguinte, a história da psicanálise propriamente dita só começa com a nota técnica que dispensa a hipnose.

Desse modo, para a psicanálise, existem conteúdos recalçados, não sabidos, na vida mental do indivíduo. Esses conteúdos podem aparecer por meio da livre associação, método que desenvolveu em substituição à hipnose e que possibilitou a mudança do momento pré-psicanalítico para a psicanálise propriamente dita. Freud afirma que o sujeito sabe do seu sintoma “apenas não sabe que sabe, e por esse motivo pensa que não sabe” (Freud, 1916[1915-16]/1996, p.106). O analista deve ajudar o paciente a trazer esse material recalçado para o consciente a fim de enfrentá-lo e aprender a lidar com ele. Freud (1940 [1938]/1996, p. 187), escreve:

O paciente deve dizer-nos não apenas o que pode dizer intencionalmente e de boa vontade, coisa que lhe proporcionará alívio semelhante ao de uma confissão, mas também tudo o que sua auto-observação lhe fornece, tudo o que lhe vem à cabeça, mesmo que lhe seja desagradável dizê-lo, mesmo que lhe pareça sem importância ou realmente absur-

do. Se depois dessa injunção, conseguir pôr sua autocrítica fora de ação, nos apresentará uma massa de material – pensamentos, ideias, lembranças – que já estão sujeitos à influência do inconsciente, (...)

Em “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912/1996), Freud atribui à livre associação a função de preceito único do qual parte a técnica psicanalítica. Nesse texto, também afirma que se deixar abandonar à memória inconsciente não é tarefa apenas do paciente, mas do analista, situando aí a implicação daquele que se propõe a essa práxis, contrapartida essencial ao início de toda análise. Afinal, a comunicação que ocorre entre o inconsciente do analista e do paciente permite a reconstrução das associações livres em conteúdos significantes.

Diante disso, se percebe a importância e a preocupação de Freud com a formação do analista, formação essa que deve começar com análise pessoal, pois somente ela prepara alguém para superar as próprias resistências, de modo a não permitir que elas interfiram no processo analítico. Em “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalista”, (1910b/1996), ele saliente:

(...) nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas; e, em consequência, requeremos que ele deva iniciar sua atividade por uma auto-análise e levá-la, de modo contínuo, cada vez mais profundamente, enquanto esteja realizando suas observações sobre seus pacientes. (FREUD, 1910/1996, p. 150)

Para esse autor, a possibilidade da análise se dá exatamente nesse lugar de escuta que se opera na relação transferencial entre médico e paciente, a qual chamou de “atenção flutuante”. Essa condição particular do estado mental exigido tanto do paciente em livre associação quanto do analista em atenção flutuante tornou-se a essência do contato psicanalítico que, desde seus primórdios, objetivou alcançar o inconsciente.

O indivíduo dotado de olhos para ver e ouvidos para escutar pode convencer-se da incapacidade de qualquer mortal de manter um segredo. Se os lábios estão silenciosos, ele conversa com as próprias pontas dos dedos;

a traição esvai-se por todos os poros. E assim a tarefa de tornar consciente as reentrâncias mais ocultas da mente é provavelmente exequível. (Freud, 1905[1901]/1996, p. 79).

Afirma Freud (1917 [1916-17]/1996, p. 439): “Ao procurar assim o recalque, ao revelar as resistências, ao assinalar o que está recalcado, conseguimos, com efeito, cumprir nossa tarefa – isto é, vencer as resistências, remover o recalque e transformar o material inconsciente em material consciente.”

No texto “Cinco Lições de Psicanálise” (1910a/1996), especificamente na quinta lição, Freud relata que a transferência não foi criada pela psicanálise, que esta sempre esteve presente em todas as relações humanas, do mesmo jeito que está presente na relação analista-paciente. “(...) É ela, em geral, o verdadeiro veículo da ação terapêutica, agindo tanto mais fortemente quanto menos se pensa em sua existência. A psicanálise portanto não a cria; apenas a desvenda à consciência e dela se apossa a fim de encaminha-la ao termo desejado.” (p. 63).

Ainda nesse texto, Freud (1910/1996, p. 62), salientou o fato de que,

todas as vezes que tratamos psicanaliticamente um paciente neurótico, surge nele o estranho fenômeno chamado ‘transferência’, isto é, o doente consagra ao médico uma série de sentimentos afetuosos, mesclados muitas vezes de hostilidade, não justificados em relações reais e que, pelas suas particularidades, devem provir de antigas fantasias tornadas inconsciente.

Os sentimentos sexuais cuja lembrança o analisando não conseguia ter justamente eram vividos nas relações com o analista: eram prontamente dirigidos ao analista.

De acordo com Quinet (1991), a transferência é um fenômeno necessário para que a análise se inicie e o analista deve saber utilizá-la, pois o surgimento do sujeito sob transferência é o que dá a garantia de entrada em análise.

Se a transferência é a condição de possibilidade de entrada no discurso analítico e sustenta seu processo, desde o início, ela se torna a arma mais forte da resistência. Quando o paciente passa a se interessar por tudo o que se relaciona com a figura do médico, atribuindo a isso por vezes maior importância do que a que demonstra por suas próprias questões, parece

se desviar de sua própria doença. Estamos, então, diante de uma relação transferencial.

A importância e a compreensão da sexualidade também têm por base o Caso Anna O., apesar de já ser bastante tematizada por vários campos de discurso do século XIX.

O que havia escapado a Breuer até então, era exatamente esse componente sexual que havia estado presente o tempo todo na sua relação com Anna O., mas que era rejeitado por ambos. Segundo o relato que fez de sua paciente, ela era uma pessoa assexual e que nunca, durante o tratamento, havia feito alusões a questões sexuais. Quando a evidência do fato se tornou irrecusável, Breuer abandonou horrorizado a cliente e fugiu. Nesse momento, segundo Freud, Breuer deixou cair a chave que poderia decifrar o grande segredo oculto das neuroses. (GARCIA-ROZA, 2009, p. 40).

Empregando a técnica da livre associação, Freud descobriu que as lembranças dos seus pacientes remetiam à infância e muitas das experiências recalçadas das quais se lembravam estavam relacionadas a questões sexuais.

Inicialmente, o pouco de auto-análise que tive de fazer me confirmou, que as fantasias eram produtos de épocas mais tardias que, partindo do presente, encontram-se atiradas para trás, em direção à primeira infância. E encontrei o caminho pelo qual isso se realizará: é novamente por associação verbal. À questão: “O que aconteceu na primeira infância?”, respondemos: “Nada”, mas existia um germe de excitação sexual. (FREUD, 1950 [1892–1899]/1987, p. 379).

Em “Dois verbetes de enciclopédia” (1923 [1922]), Freud afirma:

A pressuposição de existirem processos mentais inconscientes, o reconhecimento da teoria da resistência e repressão, a apreciação da importância da sexualidade e do complexo de Édipo constituem o principal tema da psicanálise e os fundamentos de sua teoria. Aquele que não possa aceitá-los a todos não deve considerar-se a si mesmo como psicanalista. (p. 258).

A partir do trecho supracitado, vemos Freud apresentar seu posicionamento quanto aos conceitos que considera fundamentais. O

analista, segundo Freud, deve admitir a psicanálise como um todo, em que uma parte estrutura a outra e, sem qualquer uma delas, não se faz psicanálise.

Em “Explicações, aplicações e orientações” (1933 [1932]/1996, p. 137), Freud retoma os conceitos fundamentais e a impossibilidade de se abrir mão deles no que diz respeito à psicanálise. “Embora a estrutura da psicanálise esteja inacabada, ela apresenta [...] uma unidade da qual, elementos componentes não podem ser separados ao capricho de qualquer um”.

Quanto ao conceito de cura para a psicanálise, Freud (1925 [1924]/1996, p. 46) afirma que “(...) a descoberta da resistência, contudo, constitui o primeiro passo no sentido de superá-la. Assim, o trabalho de análise implica uma arte de interpretação, cujo manuseio bem-sucedido pode exigir tato e prática, mas que não é difícil de adquirir”.

Ele ainda ressalta, “Comparada com outros procedimentos psicoterapêuticos, a psicanálise é, fora de dúvida, o mais eficiente”. (Freud, 1933 [1932]/1996, p.150).

Figueiredo (1997, p. 161) articula essa noção de cura. Após mencionar que essa é uma questão controversa da psicanálise, a autora introduz a pergunta:

De que o sujeito se cura afinal? (...) Talvez se possa transformar essa pergunta em outra: do que o sujeito padece? (...) Se respondemos que ‘ele padece dos acontecimentos da vida com uma intensidade incapacitante’, concluímos que ‘capacitá-lo para enfrentar a vida’ já seria satisfatório. E esta não deixa de ser uma solução prática considerada tanto por Freud quanto por Lacan.

Em “O mal-estar na civilização” (1930 [1929]/1996), Freud dá a essa figura, o mal-estar, um status de condição humana, expressa pelo conflito irremediável entre, de um lado, as exigências da pulsão e, de outro, as restrições impostas pela civilização.

Freud (1912/1996) já havia alertado os psicanalistas quanto às suas ambições terapêuticas de alcançar a cura e enfatizado a importância de trabalhar com o desejo do sujeito. A psicanálise não visa a um modelo ideal a ser alcançado nem propõe ajustar o paciente a um padrão de normalidade.

Dando continuidade a este trabalho acerca da posição do analista, será tratado no pró-

ximo capítulo, sobre as possibilidades que se apresentam aos psicanalistas que atuam no âmbito da saúde pública.

A EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA

O conceito de saúde pública no Brasil começou com o movimento sanitário por volta de 1970, nascendo como uma luta contra a ditadura. Nesse movimento, surgiu a crítica à mercantilização da saúde, a compreensão da saúde como resultante das condições de vida, que deve ser garantida pelo Estado. A saúde precisava ser reformulada e repensada, com isso começaram a cogitar e a amadurecer algumas ideias e diretrizes que mais tarde foram implantadas na sua consolidação (GUARESCHI, 2010).

A consolidação, por sua vez, ocorreu na VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi a primeira vez da qual a comunidade e técnicos participavam, aprovando então, por unanimidade, em 1988, a saúde como um direito de todos e dever do Estado, conforme a Lei 8.080/1988 no artigo 7, que segue integralmente abaixo:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível

executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; eXIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Dentro da vigência dessa lei estruturou-se o SUS como uma rede de atendimento, que se organiza em três campos, atenção primária que comporta a atenção básica, em que é ofertado ao sujeito o primeiro contato que servirá como avaliação com o objetivo de encaminhá-lo para o atendimento devido. Decorrente do parecer do profissional o indivíduo é encaminhado para a atenção secundária, em que atende média complexidade e atenção terciária que seria alta complexidade. Nesse o sujeito deverá ser atendido de forma urgente e/ou com estrutura hospitalar. A partir da atenção básica pode-se encaminhar o sujeito para a rede adequada. O psicólogo está inserido na secundária e terciária, onde pode ser feito o acompanhamento adequado ao indivíduo.

Historicamente, o hospital não tinha função curativa, era um local de assistência e isolamento, no qual o indivíduo estava apenas para morrer. Tinha, portanto, função de exclusão, onde pessoas diagnosticadas como loucas eram destinadas a passar o resto dos seus dias. Os pobres, por sua vez, também tinham lugar nesse espaço, o que o separava da sociedade. Esse ambiente tinha como intuito separar esses sujeitos da sociedade, de maneira em que não se misturassem com os demais, a fim de evitar contato e possível contágio. De maneira a ser apenas assistencialista não tinha função médica, eram pessoas leigas ou religiosas que executavam o trabalho dentro da instituição.

Por volta de 1780, o hospital apareceu com um programa de reforma e construção, destinado agora a curar. Buscou-se reorganizar as instituições, visando perceber e analisar quais eram os pontos negativos para excluí-los, pois ainda não era com um propósito de medicalizar, mas sim de melhorar. O estopim teriam sido os hospitais marítimos onde havia uma grande desordem econômica, tráfico de mercadoria, traficantes fingindo estarem doentes, o que neces-

sitava que esses fossem verificados.(VELOSO, 2005).

Após essa reforma hospitalar surgiram hospitais destinados apenas à saúde mental, que tinha como intenção internar pacientes com transtornos mentais e, possivelmente, curá-los. Eram os hospitais psiquiátricos. Acreditavam que deveriam internar e deixar isolados tais pacientes, como se a loucura fosse contagiosa. Esse local era comumente exemplo de prisões e tortura, onde eram aplicados vários testes e maneiras perturbadoras de conter os pacientes. Apenas o médico tinha o poder de decidir se o paciente estava em estado de loucura ou não. “Os poderes de decisão são entregues ao juízo médico: apenas ele nos introduz no mundo da loucura. Apenas ele permite que se distingam o normal do insano, o criminoso do alienado irresponsável” (FOUCAULT, 2003, p. 127).

Foucault, a partir de seu livro “A história da loucura” e outras obras, influenciou muitos movimentos da reforma psiquiátrica pelo mundo. Muitos psiquiatras e psicólogos se movimentaram em favor a partir das escritas de Foucault, pois eles desencadearam toda essa mudança na saúde mental que mais tarde foi referência no Brasil. Entre alguns deles se destacam Franco Basaglia na Itália, Alfredo Moffatt na Argentina e David Cooper e Ronald Laing na Inglaterra. Franco Basaglia lutava contra estigmatização e discriminação à saúde mental e queria provar que a loucura não era perigosa e que teria sim recuperação.

Para muitos, ele era sonhador, utópico e vivia de fantasias. No entanto, seu trabalho foi mais tarde considerado referência mundial para reformulação de hospitais psiquiátricos e para saúde mental. Ele acreditava que era preciso separar o que era de responsabilidade da instituição e o que era da doença, que o problema por vezes não era a doença, mas sim estar institucionalizado. Falava muito sobre a individualidade do sujeito, que não ocorria dentro dos manicômios, pois eram tratados como seres aprisionados, vigiados, obrigados a usarem as mesmas roupas, terem hora para sair do quarto, grades nas janelas, camisas de força, por isso era preciso tirá-los desse local de exclusão e tratá-los como cidadãos.(AMARANTE, 1994).

Moffatt em seu livro “Psicoterapia do oprimido” fala desses sujeitos do próprio manicômio que, além de excluí-los, transforma-os em seres passivos, obrigados a cumprir a disciplina

imposta no local e transformados em “coisificado”, termo que o autor utiliza para falta de humanização aos internados e pelo descaso com o seu ser, ou seja, tratados como objetos. Fala que é preciso acolhê-los individualmente, resgatar sua historicidade, sua cultura e olhá-los de maneira singular, pois não se pode generalizar a loucura. Que há necessidade de estímulos sociais e afetivos para que possa haver uma readaptação, pois dentro dos hospitais psiquiátricos todos os estímulos lhes são negados, “a manipulação manicomial reforça, em vez de corrigir, esta sensação de inexistência, de ser coisa em vez de pessoa” (MOFFATT, 1986, p. 22).

Cooper e Laing não tinham a visão radical do italiano Basaglia de acabar com os hospitais psiquiátricos, defendiam uma reorganização dentro dos próprios hospitais, pretendiam mudar a maneira de atendimento aos internados e propor outros serviços. Para eles a doença se manifestava nas relações e não ao fato de estarem isolados dentro dos hospitais, criticavam a maneira de tratar apenas o indivíduo, sem levar em conta a convivência e o vínculo. O termo “antipsiquiatria” foi usado por Cooper para questionar a maneira como a psiquiatria vinha tratando seus pacientes, o alto uso de medicalização, a internação compulsória e a veracidade sobre “loucura”.

Dois eventos no Brasil, por volta de 1978, foram muito significativos na reforma psiquiátrica, foram eles: o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (Congresso de abertura, como ficou conhecido) e o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI). Ao IBRAPSI vieram muitas pessoas de outros países que também apoiavam a reforma, dentre eles Basaglia, que ministrou muitas palestras em várias instituições e universidades.

Mais tarde veio a consolidação do SUS, como citado anteriormente, que serviria de base para as novas propostas dentro do sistema de saúde. Com isso começaram a desconstruir os hospitais psiquiátricos e manicômios e começaram serviços de assistência como hospitais-dia, programas de inclusão, de atenção psicossocial, locais para assistir os doentes mentais que saíam dos hospitais e por alguma razão não tinham para onde ir, os chamados “lares abrigados”.

Ainda um pouco antes da criação do SUS, em 1987, foi criado o centro de atenção Psicossocial, o CAPS, que vinha com uma proposta de atender de maneira intensiva os pacientes

com quadros mais severos. Por volta de 1992 começou a ser possível o atendimento de serviços psicossociais chamados de CAPS e NAPS (Núcleos de Assistência Psicossocial). Ele era um serviço interligado com as demais políticas e era realizado em locais como hospitais-dia, instituições, etc.

Já em 2002 não usavam mais a sigla NAPS e adotaram apenas o CAPS, que veio com o objetivo de funcionar em rede e não apenas na instituição, com toda a rede de políticas públicas que o município oferece e também com a própria comunidade. Ele proporciona ao usuário atendimentos individuais, atendimentos em grupo, visitas domiciliares, atendimento à família, oficinas de arte, oficinas de trabalho, reinserção social, dentre outros. A equipe mínima é constituída por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior, podendo ser esse um psicólogo seguindo a linha teórica psicanalítica e quatro profissionais de nível médio.

A INSERÇÃO DA CLÍNICA PSICANALÍTICA NO TERRITÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA

Neste capítulo se discutirá sobre as possibilidades e dificuldades que a clínica psicanalítica enfrenta quando inclusa no âmbito da saúde pública.

Com o objetivo de avançar na discussão sobre a inserção da psicanálise na saúde pública, serão retomadas algumas questões da obra de Freud que autorizam o psicanalista a sair dos consultórios e atuar nos ambientes públicos. Essas questões se relacionam com o desejo do autor de reconhecimento da psicanálise e sua difusão nos diversos campos do saber.

Freud já havia previsto a presença da psicanálise no ambiente público, em “Linha de progresso na terapia psicanalítica” (1919[1918]/1996, p. 180). Ele salienta: “(...) É possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente quanto o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia (...)”.

Ainda nesse texto, vemos a preocupação de Freud (1919[1918]/1996, p. 181), em abrir os caminhos para a psicanálise. Àquela época, ele disse que, futuramente, seriam criadas instituições que designariam psicanalistas para tratar uma considerável massa da população. Para

isso, seria necessário o trabalho do analista de adaptar as técnicas às novas condições, mas enfatizava que os princípios psicanalíticos deveriam ser mantidos. Talvez fosse necessário adaptar a técnica às novas condições,

no entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, o seu ingrediente mais efetivo e mais importante continuará a ser, certamente, aquele tomado à psicanálise estrita e não tendenciosa.

É importante lembrar que a prática da psicanálise começou sendo de acesso restrito aos burgueses, “as nossas necessidades de sobrevivência limitam o nosso trabalho às classes mais abastadas” (1919/1996, p. 180). No entanto, hoje, o atendimento psicológico é de direito para o público em geral, que foi efetivado na VIII Conferência, na qual o Estado passa a se responsabilizar e a disponibilizar o atendimento à saúde a toda a população, sem nenhum tipo de distinção e fornecendo o atendimento necessário, inclusive à saúde mental.

O que irá nortear será sempre essa convicção freudiana de que o sofrimento que a miséria neurótica traz ao sujeito, independe das condições econômicas, sociais ou de escolaridade. Dessa forma, é preciso oferecer a escuta analítica a toda a população, não importando sua classe social e devemos entender, que não existem duas psicanálises, uma para a clínica e outra para a saúde pública.

Uma das críticas feitas frequentemente ao ambulatório, especialmente pelos ideólogos da saúde mental, é que sua estrutura e modo de funcionamento são análogos aos do consultório, como se esta prática, com seu caráter privado, fosse indevidamente transposta para o serviço público. Penso justamente o contrário. O ambulatório não é um simulacro do consultório; é o próprio consultório tornado público. (FIGUEIREDO, 1997, p. 11).

Cabe, portanto, aos psicanalistas a construção do seu lugar na instituição pública de saúde, a partir de seu próprio trabalho.

Moretto (2001) afirmou:

O que um analista pode num hospital, concluo, não é mais nem menos do que ele pode em qualquer lugar. O que um analista pode

fazer se aproxima bastante daquele que ele deve fazer, daquilo que é sua função (...) ciente da sua função e dos seus limites, é bem provável que ele consiga fazer um trabalho rico e eficaz. (p. 207).

A partir daí, vemos que a aplicação da psicanálise para além dos consultórios privados é viável, mas depende fundamentalmente do psicanalista, de seu rigor ético, da clareza de seus propósitos e de sua função. No entanto, no contexto público, ele é obrigado a lidar com variáveis que não se encontram no consultório particular. Muitas vezes faltam salas para o atendimento, e o divã é algo praticamente inacessível, mas os atendimentos podem ocorrer em qualquer lugar. O analista precisa lidar com as situações particulares desses locais, ou seja, ele precisa criar o seu lugar a cada dia.

“A psicanálise ultrapassa as fronteiras de um consultório particular bem mobiliado” (Moretto, 2001, p. 101), tendo em vista que o sujeito do inconsciente não está situado num lugar físico, mas num psíquico, de onde fala o sujeito. É justamente nesse lugar que se situa a ética do bem dizer, que é a ética do sujeito, ou seja, a palavra que produz efeito no tratamento. Segundo Rosa e Rosa (2009m p. 02), a Ética na psicanálise “considera o inconsciente e toda sua verdade. Verdade inaceitável para aqueles que consideram apenas o campo da consciência. A verdade do sujeito é a de que há um mal inerente à condição humana”. Ética do bem dizer é uma expressão lacaniana, sobre ela Rosa e Rosa (2009, p. 03), explicam:

Ela significa que o paciente precisa dizer a verdade sobre o que causa seus sintomas. Essa verdade sobre o sintoma está no inconsciente, e aparece de forma enigmática, pois o paciente não sabe por que está sofrendo, ele desconhece a causa inconsciente de seu sintoma. Na prática clínica, a Ética do bem dizer aparece a partir das construções que o paciente faz a partir da livre associação, do seu conteúdo inconsciente, sobre si mesmo. Nas palavras de Lacan (1997, p.35), “para a Psicanálise, não há outro bem senão o que pode servir para pagar o preço do acesso ao desejo”.

Outra questão importante, e que muitas vezes é tratada como uma barreira para os psicanalistas é a questão do tempo das sessões e o término da análise. Devido à imensa demanda

de atendimento e a insuficiência de profissionais, impõem-se metas de muitos atendimentos por dia e sempre no mais curto tempo possível.

Em "Análise terminável e interminável" (1937/1996, p. 229), Freud no início do texto afirma: "A experiência nos ensinou que a terapia psicanalítica - a libertação de alguém de seus sintomas, inibições e anormalidades de caráter neurótico - é um assunto que consome tempo". Isso porque o inconsciente é atemporal, ou seja, os processos inconscientes não sofrem a ação do tempo, não se alteram com a passagem do tempo.

Nas instituições públicas, Moretto (2001) alerta que se for levado em consideração apenas o tempo cronológico, pode-se dizer que realmente não há tempo suficiente para o andamento de uma análise, mas se for falado de um tempo diferente, o tempo do inconsciente (e sua atemporalidade), é possível oferecer uma escuta analítica (se houver demanda), mesmo que futuramente ela possa ser interrompida. O importante é que mesmo nas entrevistas preliminares o paciente possa se sentir sobre um efeito analítico.

Mas para se pensar em tempo no atendimento da saúde pública, deve-se recorrer a Lacan, em "O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada", na qual ele traz o tempo operador da análise, que decorre da atemporalidade do sujeito do inconsciente e tem como referência a concepção de que cada sessão é única, ou seja, cada sessão terá um final de análise.

Quanto à posição do analista frente a essa questão, Lacan considerou que: "Uma análise não deve ser levada muito longe. Quando o analisando pensa que está feliz em viver, é o bastante." (1975, p. 11).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazer uma contextualização da psicanálise inserida no âmbito da saúde pública foi uma tarefa árdua, pois a principal referência dessa pesquisa, Freud, não teoriza a inserção da psicanálise nas instituições, no entanto, o legado desse autor e também os ensinamentos de Lacan foram essenciais para desenvolver este artigo e prosseguir nas discussões sugeridas. Das propostas dos autores contemporâneos estudados, destaca-se Figueiredo (1997, p. 11), pois ela desenvolve seu trabalho pautado na própria experiência de atuação dentro de ambulatórios

públicos e afirma: "O ambulatório não é um simulacro do consultório; é o próprio consultório tornado público."

Diante disso, busca-se desconstituir a ideia de que a prática psicanalítica seria inviável ao sistema de saúde pública, pois muitas foram as ideias preconceituosas encontradas de que a psicanálise é restrita ao consultório, devido a questão de tempo, estrutura, falta do divã e a exigência de que o profissional tenha de se adaptar as normas da instituição, causando assim e impossibilidade da prática psicanalítica nesse âmbito.

Nesse percurso, foi privilegiada a recomendação freudiana de não distorcer os princípios da psicanálise diante da extensão da clínica psicanalítica para além dos consultórios. Tendo por base esse princípio, e com a intenção de oferecer a escuta analítica a toda população, não importando sua classe social, foi mostrado que a psicanálise é viável sim, a qualquer ambiente. Obviamente que as dificuldades são inúmeras, os desafios se apresentam constantemente aos psicanalistas inseridos nesse campo. Mas foi sempre assim, a psicanálise sempre enfrentou desconfianças, resistências e críticas, e sempre resistiu, porque seu discurso é efetivo e transformador. E isso pode ser alcançado nas instituições públicas. No entanto, esse sistema se tornou um clichê de que saúde pública é para "pobres" e sua clientela possuir um baixo nível cultural, sérios problemas econômicos e serem "envolvidas" pelos ideais contemporâneos de medicalização do sofrimento e terapias breves para aliviar os seus sintomas. Dessa forma, a presença do discurso analítico é fundamental, pois a "miséria neurótica" existe, e independe da classe social do sujeito. E é nesse fato que a psicanálise se apoia para afirmar sua importância nos tempos atuais, mas cabe fundamentalmente ao profissional construir seu lugar, sua função, adaptando a técnica às novas exigências, afinal a ética da psicanálise que é a ética do bem-dizer é para quem se compromete com a fala, não tendo interferência os meios e condições onde essa técnica possa se dar.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. **Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar a atuação do psicólogo em hospitais.** São Paulo: EPU, 1995.

CONSTANTINO, E. P. **Educação e saúde: realidade e utopias.** São Paulo: Arte & Ciência, 2003.

COSTA N. R. et al. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

COSTA, J. F. **Saúde mental produto da educação.** Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da loucura.** São Paulo: Graal, 1997.

FREUD, S. Cinco lições de psicanálise. 1910a. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago: 1996. v. 11.

_____. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. 1919 (1918). In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 17.

_____. A história do movimento psicanalítico. 1914. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14.

_____. Novas conferências Introdutórias sobre psicanálise. 1933 (1932). In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 22.

_____. Sobre a psicoterapia. 1905 (1904). In: _____. **Obras psicológicas completas de**

Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago: 1996. v. 7.

_____. O mal-estar na civilização. 1930 (1929). In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21.

_____. Análise terminável e interminável. 1937. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 23.

_____. O inconsciente. 1915. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

_____. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. 1910b. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VXI.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. 1912. In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12.

_____. Dois verbetes da enciclopédia. 1923 (1922). In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 18.

_____. Fragmentos da análise de um caso de histeria. 1905 (1901). In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 7.

_____. Conferências introdutórias sobre a psicanálise (parte III). 1917 (1916-17). In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago: 1996. v. 16.

_____. Uma breve descrição da psicanálise. 1924 (1923). In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19.

_____. Conferências introdutórias sobre a psicanálise. 1916 (1915-16). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XV.** Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Esboço de psicanálise. 1940 (1938).

In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 23.

_____. Explicações, aplicações e orientações. 1933 (1932). In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 22.

_____. Um estudo autobiográfico. 1925 (1924). In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 20.

_____. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. 1919 (1918). In: _____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 17.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2009.

GIOVANELLA, L. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GUARESCHI, N. M. F. et al. Currículo de psicologia, a psicologia social e a formação para a saúde coletiva. Rio Grande do Sul: **Revista Psicologia e Saúde**, vol. 2, n. 2, jul.-dez. 2010.

LACAN, J. O Tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. 1966. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro. J. Zahar, 1998.

_____. **Conferência aos estudantes**. Cidade: Yale University Press, 1975.

MAIA, A. H. N. et al. **Senhoras e senhores gestores da saúde, como a psicologia pode contribuir para o avanço do SUS**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia - CREPOP, 2011.

MOFFATT, A. **Psicoterapia do oprimido**. São Paulo: Cortez, 1986.

MORETTO, M. L. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PASSOS, I. C. F. **Reforma psiquiátrica: as experiências Francesa e Italiana**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

QUINET, A. **As 4+1 condições da análise**. Rio

de Janeiro: J. Zahar, 1991.

ROSA, M. I. P. D.; ROSA, A. C. A ética na psicanálise. **Akrópolis**, Umuarama, v. 17, n. 1, p. 41-44, jan./mar. 2009.

VELOSO, C. L. **A clínica geral da nova psicanálise: uma contribuição para o campo da saúde coletiva**. Rio de Janeiro: NESC, 2005.

LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA

RESUMEN: Este artículo ha tenido por finalidad señalar la viabilidad de inserción de la clínica psicoanalítica en el ambiente de la salud pública. Se trata de una investigación teórica, en que será priorizada la discusión fundamentada en los estudios de Sigmund Freud, haciendo una reconstitución de los caminos que el psicoanálisis pasó para convertirse en un campo de la ciencia, evidenciando sus fundamentos y propósitos. Haciendo uso de afirmaciones e investigaciones de diversos autores, se buscará contextualizar el proceso histórico de la dicha evolución del sistema de salud pública en Brasil. El objetivo es discutir dentro de esa óptica la necesidad de una ejecución integral del derecho a la asistencia que es garantizada por el Estado y de derecho de la población. Se investigará la contextualización de la inserción psicoanalítica en el ambiente de la salud pública, desconstituyendo las barreras de estructura, que, a pesar de ser análogas al setting de consultorio, son viables. Será evidenciado que el lugar del psicoanalista en el ámbito de la salud pública depende fundamentalmente de su propio trabajo, de su rigor ético, de la claridad de sus propósitos y de su función, tocando a ese profesional la adaptación de la técnica.

PALABRAS CLAVE: Psicoanálisis; Salud pública; Sistema Único de Salud; Posibilidades; Retos.