

WELKER MARCELO MOURA

**O ANALISTA-MATRICI(A)DOR:
contribuições da clínica psicanalítica para o cuidado em saúde na Atenção Básica**

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2023

WELKER MARCELO MOURA

**O ANALISTA-MATRICI(A)DOR:
contribuições da clínica psicanalítica para o cuidado em saúde na Atenção Básica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Fundamentos teóricos e filosóficos da Psicologia

Orientador: Dr. Pedro Sobrino Laureano

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2023

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M929a Moura, Welker Marcelo .
O ANALISTA-MATRIZ(A)DOR: : contribuições da
clínica psicanalítica para o cuidado em saúde na
Atenção Básica / Welker Marcelo Moura ; orientador
Pedro Laureano. -- São João del-Rei, 2023.
105 p.

Dissertação (Mestrado - Psicologia) --
Universidade Federal de São João del-Rei, 2023.

1. Saúde Mental. 2. Psicanálise. 3. Apoio
Matricial. 4. Atenção Básica. 5. SUS. I. Laureano,
Pedro, orient. II. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 46 / 2023 - PPGPSI (13.24)

Nº do Protocolo: 23122.028987/2023-41

São João del-Rei-MG, 26 de julho de 2023.

A Dissertação **O "ANALISTA-MATRICI(A)DOR": contribuições da clínica psicanalítica para o cuidado em saúde na Atenção Básica**

elaborada por **Welker Marcelo Moura**

e aprovado por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Cláudia Aparecida de Oliveira Leite (UEMG)
Assinado por concordância com ata de defesa realizada por videoconferência

(Assinado digitalmente em 26/07/2023 12:45)
FUAD KYRILLOS NETO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DPSIC (12.25)
Matrícula: 1802906

(Assinado digitalmente em 26/07/2023 12:49)
PEDRO SOBRINO LAURÉANO
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 093.381.277-96

Para verificar a autenticidade deste documento entre em
<https://sipac.ufsj.edu.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **46**, ano:
2023, tipo: **ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**, data de emissão: **26/07/2023** e o código de
verificação: **36df648f00**

Dedico este trabalho, *in memoriam*, à tia Fatinha e aos
meus avós Quinca Marques e Lia.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Agradeço ao meu orientador Pedro Sobrino Laureano, por acolher o meu projeto e aceitar as mudanças propostas ao longo do percurso. Muito obrigado por compreender minhas dificuldades durante a escrita e por ter me auxiliado para que eu pudesse superá-las.

Ao professor Fuad Kyrillos Neto, pelas aulas inspiradoras e por aceitar o convite em participar deste momento valioso.

À professora Cláudia Aparecida Oliveira Leite, que me inspira desde a graduação e hoje se faz presente em mais um momento importante do meu percurso acadêmico.

À Nadja Cristiane Lappann Botti, pela acolhida em seus projetos grandiosos e por ter me ensinado sobre o verdadeiro valor da vida.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).

Aos meus pais, Silvania e Sebastião, por sempre se fazerem presentes e acreditarem em mim.

Ao meu irmão Diego, pela parceria de sempre.

Aos meus avós Maurília e Antônio, pelo apoio e orações.

Aos amigos Ana Paula, Dirlene, Lidiani, Márcio, Matheus, Saulo, Tati, Uéslei e Wender.

À Adriana, pela escuta atenta e ética.

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde, em especial ao Gutemberg Antônio Dias, por confiar no meu trabalho junto à gestão.

À Rosana Aparecida Gondim Diniz, pelo seu exemplo de dedicação e amor ao Sistema Único de Saúde (SUS) e por, também, abraçar a Saúde Mental.

Agradecimento, em especial, à equipe do Centro de Convivência e Cultura (CCC), Cleusa, Gicélia, Maciel, Matheus e Wender, por apostar junto comigo no potencial transformador da arte e da (com)vivência. A finalização deste trabalho de pesquisa coincide com a implantação do CCC, sendo o primeiro serviço substitutivo em saúde mental inaugurado no município, fruto de muitas apostas e desejo de um analista-matricizador.

“Mestre não é sempre quem ensina, mas quem de repente aprende.” (Rosa, 1985).

RESUMO

O presente estudo propõe uma reflexão sobre a prática do analista no Apoio Matricial (AM) às equipes de saúde da Atenção Básica (AB). Para tanto, dispomos da psicanálise aplicada associada à pesquisa bibliográfica como metodologia de trabalho. De início, analisamos o processo de inserção da psicanálise no campo da saúde pública brasileira, evidenciando a sua participação no movimento da Reforma Psiquiátrica (RP), e contextualizamos o surgimento do matriciamento enquanto metodologia de trabalho e suporte às equipes de saúde. Posteriormente, discorremos sobre a inserção do psicanalista nas instituições de saúde, destacamos a predominância do saber biomédico nas práticas de saúde e ressaltamos a importância de o analista não responder à demanda institucional, a fim de evitar o apagamento da singularidade do sujeito. Na tentativa de estabelecer uma aproximação entre os preceitos éticos da psicanálise e o dispositivo do AM, apresentamos a construção do caso clínico em psicanálise como método, que pode auxiliar as equipes de saúde na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Assim, destacamos o PTS como um potente instrumento para organizar e transformar as práticas de saúde no campo da AB, uma vez que visa à singularidade e à implicação do sujeito, além de promover a corresponsabilização da equipe no cuidado compartilhado. A partir de vinhetas clínicas, apresentamos alguns impasses sobre o cuidado de saúde mental, destacando as contribuições do analista-matriciador para a superação destes. Por fim, concluímos que o matriciamento é um processo, que, assim como a construção do lugar do psicanalista na equipe de AM, aponta para a construção de um trabalho contínuo e que, portanto, necessita ser constantemente reinventado e reconstruído.

Palavras-chave: Saúde Mental; Psicanálise; Apoio Matricial; Atenção Básica.

ABSTRACT

The present study proposes a reflection on the analyst's practice in Matrix Support to Primary Care health teams. For this purpose, we have applied psychoanalysis associated with bibliographical research as a work methodology. Initially, we analyze the process of insertion of psychoanalysis in the field of Brazilian public health, highlighting its participation in the psychiatric reform movement, and contextualize the emergence of matrix support as a work methodology and support for health teams. Subsequently, we discussed the insertion of the psychoanalyst in health institutions, highlighting the predominance of biomedical knowledge in health practices and highlighting the importance of the analyst not responding to institutional demand, in order to avoid erasing the subject's uniqueness. In an attempt to establish an approximation between the ethical precepts of psychoanalysis and the BF device, we present the construction of the clinical case in psychoanalysis as a method that can help health teams in the construction of the Singular Therapeutic Project. Thus, we highlight the PTS as a powerful instrument to organize and transform health practices in the field of AB, since it aims at the uniqueness and involvement of the subject, in addition to promoting the co-responsibility of the team in shared care. Based on clinical vignettes, we present some impasses about mental health care, highlighting the contributions of the matrix analyst to overcome these. Finally, we conclude that matrix support is a process and, like the construction of the psychoanalyst's place in the AM team, points to the construction of continuous work and, therefore, needs to be constantly reinvented and reconstructed.

Keywords: Mental Health; Psychoanalysis; Matrix Support; Basic Attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitária de Saúde
AM – Apoio Matricial
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CCC – Centro de Convivência e Cultura
ESF – Estratégia Saúde da Família
IPA – *International Psychoanalytical Association*
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNH – Política Nacional de Humanização
PSF – Programa Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RP – Reforma Psiquiátrica
RS – Reforma Sanitária
SF – Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
UFSJ – Universidade Federal de São João del-Rei
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CAMINHOS QUE LEVAM A PSICANÁLISE AO CAMPO DA ATENÇÃO BÁSICA..	18
2.1 Breves notas sobre o movimento psicanalítico no Brasil	18
2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira	21
2.3 Do manicômio ao território: a saúde mental na Atenção Básica	28
2.4 Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica	32
2.5 A psicanálise na transformação da clínica	36
3 A PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE	39
3.1 Psicanálise e medicina	40
3.2 A clínica da “invenção”	43
3.3 A “prática entre vários”: o lugar do psicanalista na equipe	51
4 A PSICANÁLISE E O APOIO MATRICIAL: UMA INTERSECÇÃO POSSÍVEL?	62
4.1 O analista-matriciador e a clínica da extensão	62
4.2 A construção do Caso Clínico em Psicanálise e o PTS: aproximações	66
4.3 O analista-matriciador e o trabalho em rede: a “circulação do caso”	75
4.4 O desejo do analista no trabalho coletivo	79
5 VINHETAS CLÍNICAS	82
5.1 O touro bravo	82
5.1.1 <i>Comentários</i>	83
5.2 Francisco	85
5.2.1 <i>Comentários</i>	86
5.3 Açaí(das)	88
5.3.1 <i>Comentários</i>	89
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
7 REFERÊNCIAS	96

1 INTRODUÇÃO

“É por isso que é preferível que o analista, que felizmente não faz parte de toda a ação, saiba o que ele faz. Saber o que ele faz, isso quer dizer, saberem qual discurso ele está tomado porque é isso que condiciona a ordem do fazer de que ele é capaz.” (Lacan, 1973/1974).

Criada pelo médico neurologista Sigmund Freud no final do século XIX, a psicanálise, desde o seu início, preocupou-se em compreender a singularidade das expressões humanas. Foi a partir dos estudos com pacientes histéricos que Freud construiu a teoria psicanalítica. Esses sujeitos apresentavam sintomas caracterizados por alterações resultantes de inibições ou excitações sensoriais e motoras, tais como: desmaios, tremores, cegueiras, paralisias e afonias, que, não necessariamente, tinham uma causalidade biológica ou que, ainda, não encontravam resposta satisfatória aos tratamentos convencionais da época.

A partir da escuta de seus pacientes, Freud elaborou o conceito de inconsciente, atribuindo grande importância deste para o psiquismo humano na origem dessas manifestações clínicas. Nessa ocasião, podemos dizer que o nascimento da psicanálise provocou uma ruptura epistemológica com o discurso médico-biológico predominante da época, uma vez que o corpo também passa a ser compreendido através de mecanismos que escapam à consciência. No livro “Freud e o inconsciente”, Garcia-Roza (2009) destaca: “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, Freud operou uma inversão do cartesianismo que dificilmente pode ser negada.” (p. 20).

Garcia-Roza (2009) enfatiza que a psicanálise, ao promover uma fenda com o saber vigente, constituiu o seu próprio lugar dentro da ciência, já que, do ponto de vista epistemológico, “ela não se encontra em continuidade com saber algum, apesar de arqueologicamente estar ligada a todo um conjunto de saberes sobre o homem” (p. 22). Ainda, o referido autor aponta a relevância que o conceito de inconsciente trouxe para a teoria freudiana ao promover uma verdadeira “clivagem da subjetividade”. A partir de então,

a subjetividade deixa de ser entendida como um todo unitário, identificado com a consciência e sob o domínio da razão, para ser uma realidade dividida em dois grandes sistemas – o Inconsciente e o Consciente – e dominada por uma luta interna em relação à qual a razão é apenas um efeito de superfície. (Garcia-Roza, 2009, p. 22).

A história nos mostra que, por muito tempo, a prática psicanalítica foi restrita aos consultórios privados sem a necessidade de formação universitária e de órgãos oficiais de reconhecimento da profissão para exercerem a sua clínica. Com isso, por muitas vezes, a psicanálise foi duramente criticada em relação ao seu alcance, eficiência e valor terapêutico. O modelo hegemônico de consultório particular foi, por muito tempo, reproduzido em nome de uma psicanálise *standard*, o que fortaleceu a disseminação das críticas sobre o modelo elitista e antissocial.

Sobre esse último ponto, Elia (2018) diz que é habitual essa visão que considera a psicanálise como “uma prática privada, e do privado” (s.p.), e que o lugar em que a exercemos é chamado de “consultório privado, ou particular.” (s.p.). Contudo, ressalta que é extremamente necessário distinguir o privado do íntimo, uma vez que entende que a “nossa práxis é do e com o íntimo, mas não do e com o privado.” (s.p.). Sob essa perspectiva, o autor conclui que é uma atribuição do psicanalista “inocular o íntimo no público, destituindo o mito de que só no espaço privado é que podemos fazer a práxis do íntimo” (s.p.).

Podemos conceber que a psicanálise não se ordena com o discurso de poder (Fink, 1998). Portanto, ela permite ser empregada em diversos contextos e formatos de atendimento, e pode sustentar seu compromisso com o social se levarmos em consideração que as expressões da subjetividade e do sofrimento são consubstanciais à cultura na qual elas são produzidas.

A psicanálise é uma prática social, ela obviamente opera em ambientes sociais e políticos que contêm discursos rivais e muitas vezes antagônicos: o discurso médico que promove as bases e os tratamentos fisiológicos de “desordens” mentais, os discursos “científicos” e filosóficos que procuram minar as fundações teóricas e clínicas da psicanálise, os discursos políticos e econômicos que buscam reduzir a extensão e o custo da terapia psicanalítica, o discurso psicológico que busca atrair pacientes como adeptos e assim por diante. (Fink, 1998, pp. 167-168).

Nas últimas décadas, observamos que a psicanálise expandiu suas fronteiras para além dos seus espaços tradicionais, como em núcleos de ensino e pesquisa universitários e serviços e movimentos psiquiátricos e de saúde mental, dividindo-se em várias correntes e em diversas associações e escolas psicanalíticas. O percurso da disciplina psicanalítica nos mostra que vários desafios foram impostos à psicanálise, dentre estes a necessidade de problematizar os campos de intervenção possíveis. Nesse sentido,

é fundamental a reflexão a respeito dos recursos teóricos e técnicos cunhados pela Psicanálise e que podem atender a uma diversidade de situações próprias ao humano. Essa reflexão deve estar sustentada na especificidade dos elementos que definem a Psicanálise como teoria, método e técnica, e que têm no sujeito de Inconsciente seu principal objeto de investigação. É inquestionável, portanto, que esse sujeito e suas produções estão em todos os lugares nos quais o humano marque presença. (Silva et al., 2016, s.p.).

No texto “Caminhos da terapia psicanalítica”, apresentado na ocasião do V Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Budapeste, em 1918, Freud (1919/2010) já alertava sobre a necessidade de revisão dos procedimentos terapêuticos e do processo inacabado de construção do conhecimento psicanalítico. Nas palavras do autor, faz-se necessário “admitir as imperfeições de nosso conhecimento, aprender novas coisas e mudar em nossos procedimentos o que puder ser melhorado.” (p. 210).

É nesse texto que Freud também irá manifestar a sua preocupação com o pequeno alcance terapêutico da psicanálise para com os sujeitos pertencentes às classes abastadas frente ao excesso “de miséria neurótica que há no mundo” (Freud, 1919/2010, p. 217). Nessa ocasião, o autor cogitou a possibilidade de que as neuroses seriam, no futuro, uma preocupação do Estado, não menos importantes de serem tratadas do que outras doenças biológicas.

Pode-se prever que em algum momento a consciência da sociedade despertará, advertindo-a de que o pobre tem tanto o direito a auxílio psíquico quanto hoje em dia já tem a cirurgias vitais. E que as neuroses não afetam menos a saúde do povo do que a tuberculose, e assim como esta não podem ser deixadas ao impotente cuidado do indivíduo (...) Esses tratamentos serão gratuitos. Talvez demore muito até que o Estado sinta como urgentes esses deveres. (Freud, 1919/2010, p. 217).

Atentos a essa passagem de Freud, destacamos aqui a experiência das primeiras Clínicas Públicas¹, que surgiram nos meados dos anos 1930, com propósitos de levar a psicanálise às

¹ Danto (2019) indica que, entre os anos 1920 e 1938, ocorreram criações de centros de tratamentos gratuitos de psicanálise em sete países e dez cidades, destacando o papel ativista assumido pelos analistas fundadores. Em 1920, Max Eitingon fundou, com Karl Abraham e Ernst Simmel, o Instituto de Psicanálise de Berlim, sendo considerada a primeira clínica pública consonante com os propósitos freudianos (Elia, 2018). Posteriormente,

classes mais vulneráveis economicamente. Elizabeth Ann Danto (2019), no seu livro “As Clínicas Públicas de Freud – Psicanálise e Justiça Social, 1918-1938”, originalmente publicado em 2005, destaca que essas primeiras iniciativas foram pouco mencionadas na história da psicanálise. Do mesmo modo, Elia (2018), ao discutir sobre a relação da psicanálise com o campo público, também salienta o quanto essas experiências foram veladas na história do movimento psicanalítico “sob um certo véu de recalque” (s.p.). No entanto, Elia (2018) elucida que, assim como acontece com tudo que é recalçado, as iniciativas de se levar a psicanálise a populações menos favorecidas socioeconomicamente estão longe de serem consideradas como inexistentes.

Diante do exposto, podemos dizer que, de algum modo, Freud já previa a inserção da psicanálise no campo da Saúde Pública² diante da preocupação das autoridades públicas para com o sofrimento humano e suas múltiplas vertentes de manifestação. Desse modo, verificamos que a psicanálise tem contribuído significativamente para a transformação das condições de tratamento e da problematização referente ao lugar que o sujeito ocupa nos diversos dispositivos ofertados pela rede de saúde pública. Todavia, para que o discurso psicanalítico opere nos serviços de saúde, é preciso que o analista faça uma reflexão cuidadosa sobre a sua práxis, isto é, “saber o que ele faz” tal como nos adverte Lacan (1973-1974). De modo geral, consideramos ser de suma importância esta reflexão não só no campo da saúde pública, mas em qualquer outro campo das políticas públicas, em que o analista é convocado a ocupar lugares e a exercer funções distintas daquelas que possa estar habituado. Por isso, cabe ao analista refletir sobre a sua prática nesse campo, tendo em vista que a universalidade das ações nas políticas públicas marcada pelo ideal do que é melhor para todos se opõe à singularidade inscrita na experiência da clínica psicanalítica.

Diante do exposto, o interesse pela presente pesquisa surge a partir de inquietações decorrentes da nossa prática enquanto “analista-matricizador” inserido em um serviço de saúde pública, a saber o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)³.

surgiram outras sociedades psicanalíticas com projetos concretizados, e outros não, de implementação de clínicas gratuitas em Zagreb, Moscou, Frankfurt, Nova York, Trieste e Paris. Danto (2019) destaca a fundação da clínica gratuita *Ambulatorium* por intermédio de psicanalistas vienenses e endossadas financeiramente, com muita frequência, por Freud.

² Adotamos neste trabalho o conceito de Saúde Pública a partir da perspectiva de Pain e Filho (2008), que a definem enquanto uma ciência, que visa a prevenir a doença e a incapacidade, com intenções de prolongar a vida e promover a saúde física e mental da população, a partir de articulações entre a comunidade e o Estado.

³ O Ministério da Saúde (MS) criou o NASF-AB, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, instituindo-o como uma estratégia inovadora, que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica (AB)/Saúde da Família (SF) por meio da oferta do Apoio Matricial (AM) às equipes de referência. Podemos dizer que esse dispositivo surgiu em decorrência do movimento da Reforma

Consideramos que esse campo de atuação é relativamente novo para o psicanalista. Então, endereçamos esta pesquisa ao campo universitário na tentativa de construir um saber/fazer que oriente a prática. Por vezes, deparamo-nos com a universalização das ações de saúde e do cumprimento de protocolos, que excluem a singularidade nos dispositivos de saúde. Frente a isso, indagamos: como instrumentalizar as equipes de saúde para um saber fazer que valorize a dimensão singular dos sujeitos atendidos e ao mesmo os responsabilize no seu processo de saúde-doença-cuidado? Quais as aproximações e as distinções entre a clínica psicanalítica e a prática do matriciamento? Quais contribuições o campo em questão pode trazer para o avanço do conhecimento psicanalítico?

Acreditamos que é possível uma interseção entre psicanálise e Saúde Pública. Assim, esta pesquisa visa a problematizar sobre a práxis analítica sob a perspectiva do Apoio Matricial (AM) às equipes de saúde que atuam na Atenção Básica (AB). Nosso trabalho tem como objetivos específicos: investigar e discutir sobre a inserção da psicanálise no contexto da saúde pública brasileira; apresentar os elementos teórico-técnicos da psicanálise, que contribuem para a efetiva atenção à saúde; e discutir sobre o trabalho do analista-matricador junto às equipes de saúde da AB. Dessa forma, a nossa pesquisa consiste em atualizar os pressupostos psicanalíticos frente às exigências impostas pelo campo na tentativa de “adaptar a nossa técnica às novas condições” tal como Freud (1919/2010, p. 217) nos orientou.

Justifica-se a importância deste estudo por ser o NASF-AB um campo de atuação relativamente novo para o psicanalista e que, portanto, há uma escassa produção científica sobre as relações desse campo com a psicanálise, ao passo que há muitos trabalhos teóricos discutindo a relação da psicanálise na saúde pública no contexto da atenção especializada e hospitalar. Nesse contexto, acreditamos que os achados desta pesquisa contribuirão para a prática do psicanalista na reinvenção de uma clínica em extensão. Não obstante, também apostamos nos efeitos que esta pesquisa possa produzir para o campo ao questionar a oferta do cuidado de saúde dos sujeitos, que são atendidos no SUS, além de colaborar com o trabalho desenvolvido pelas equipes matriciadas, que, muitas vezes, se angustiam frente à tarefa de cuidar do outro. Não pretendemos alcançar um saber total ou uma generalização dos resultados. O que valorizamos nesta pesquisa é “o olhar contínuo para aquilo que é singular e que se transforma permanentemente: o inconsciente.” (Moreira, Oliveira, & Costa, 2018, p. 138).

Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, quando o Estado brasileiro tomou iniciativas com propósitos de ampliar os serviços substitutivos de atenção à Saúde Mental e fortalecer as ações de prevenção e promoção à saúde no âmbito da AB.

Para a realização desta pesquisa, utilizamos como método a psicanálise aplicada associada à revisão bibliográfica. Desse modo, trata-se de um estudo qualitativo. Lacan (1967/2003) nomeia o *setting* tradicional da clínica de “psicanálise em intensão”, caracteriza de “psicanálise em extensão” aquela que presentifica “a psicanálise no mundo” (p. 251) e considera que a clínica psicanalítica em intensão – a pura – prepara operadores para a psicanálise em extensão – a aplicada. Destacamos a importância da revisão bibliográfica na pesquisa acadêmica em psicanálise, pois “a consulta aos trabalhos escritos (...) é crucial para que se reescreva dado conceito ou se acompanhem as formulações com vistas a julgar sua pertinência ou sua mais rigorosa aproximação das questões (...)” (Lo Bianco, 2003, p. 121).

Diniz (2018) compreende que a pesquisa acadêmica, que leva em consideração o método clínico sem desprezar a relação entre o pesquisador e seu objeto, é o que permite acessar os fenômenos subjetivos, que perpassam todo o processo de pesquisa, e que se deve incluir a transferência como uma condição fundamental para a estruturação da pesquisa. Elia (1999) considera que a transferência é uma condição estruturante na pesquisa em psicanálise. Ele aponta que “o saber com que lidamos em psicanálise, sendo o saber do inconsciente exige, (...) a transferência como modo de acesso.” (p. 5). De acordo com Moreira et al. (2018), é pela via da transferência que “o trabalho do pesquisador se aproxima do trabalho do analisante ao supor no Outro um saber que pode auxiliá-lo a bordejar o enigma que lhe afronta.” (p. 129). É importante destacarmos que o autor desta pesquisa possui relação direta com o campo da pesquisa. Assim, justifica-se a inclusão do fenômeno da transferência neste trabalho, pois há o entrelaçamento entre o pesquisador e seu objeto de pesquisa. Portanto, podemos nos debruçar sobre o nosso problema, uma vez que a pesquisa em psicanálise só é possível via transferência, já que exige do pesquisador, antes de tudo, um sujeito do inconsciente.

Apresentaremos, no primeiro capítulo desta pesquisa, uma breve contextualização sobre os caminhos que levaram à possibilidade de inserção da psicanálise no campo da saúde pública brasileira, especialmente no contexto da AB a partir do NASF-AB. Conforme já pontuamos, a inserção do psicanalista nesse dispositivo de saúde pública ocorre através da ampliação dos serviços substitutivos de Saúde Mental e do fortalecimento das ações de prevenção e promoção da saúde no nível da AB, que foram possíveis graças à Reforma Sanitária e à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Portanto, neste capítulo, também contextualizaremos o surgimento do NASF-AB e a proposta metodológica de AM.

Já no segundo capítulo, será realizada uma revisão de literatura a partir de referenciais freudo-lacanianos, que versam sobre conceitos fundamentais da clínica psicanalítica, como sintoma, transferência, inconsciente e pulsão, e de trabalhos anteriores, que já promovem o

diálogo entre a psicanálise e o campo da saúde pública. Conforme apontam alguns autores (Moraes, 2016; Victor & Aguiar, 2011), a entrada da psicanálise nos serviços públicos de saúde mental é respeitada por esta avaliar que o tratamento deve considerar a responsabilização do usuário sobre sua própria vida. Partindo da premissa de que nos serviços de saúde pública ainda há um predomínio do discurso médico sobre o sofrimento do sujeito, destacaremos, neste capítulo, o papel do sujeito frente ao seu sintoma. Para tanto, debateremos sobre as terapêuticas ofertadas pelos modelos biomédico e psicossocial: enquanto o primeiro apresenta o ideal de cura e o último o ideal de inserção social, ambos partem do princípio de que o sujeito deseja fundamentalmente o próprio bem. Entretanto, a psicanálise supõe que o sujeito possui uma relação problemática com o bem e que ele, muitas vezes, pode, inclusive, em casos extremos, desejar sua própria destruição, como Freud procurou compreender através da introdução, em 1920, do conceito de pulsão de morte.

Ainda, destacaremos neste capítulo a importância da ética em psicanálise, posto que esta é que torna viável o trabalho do psicanalista em um terreno epistemologicamente distinto do seu, permitindo-lhe operar com o discurso analítico no ambiente dos serviços na saúde pública (Victor & Aguiar, 2011). Por isso, sinalizaremos a adoção do discurso analítico como alternativa para a direção do tratamento, já que este considera o “sujeito na sua diferença radical para que ele mesmo trace o caminho possível para a sustentação do seu desejo e de seu lugar no mundo.” (Rinaldi & Bursztyn, 2008, s.p.).

Por fim, no terceiro capítulo, debruçar-nos-emos sobre as articulações possíveis entre a clínica psicanalítica e a prática do matriciamento na AB. Para tanto, apresentaremos fragmentos recordativos provenientes da nossa prática nesse campo, a fim de fomentar as discussões teóricas propostas nesta pesquisa bem como permitir a emergência de novos significados sobre o trabalho do psicanalista na função de analista-matriciador. Justificamos, a seguir, o uso de fragmentos recordativos como método nesta pesquisa, pressupondo que estes auxiliarão na manifestação dos aspectos inconscientes, que envolvem o nosso objeto de estudo.

Freud (1937/2006), no texto “Construções em análise”, pontua que cabe ao analista transmitir as construções e explicações que a acompanham e completar aquilo que foi esquecido. Por sua vez, Dunker (1996) esclarece que a investigação a partir da psicanálise aplicada exige condições do método para a construção de evidências clínicas; logo, “um método para a construção de evidências clínicas deveria conter, em linhas gerais, aquilo que se espera de um discurso do analisante” (s.p.). O autor destaca três características principais: recordação, implicação e transferência. A primeira diz respeito ao discurso guiado pela história e às contingências que ela implica; a segunda diz de um discurso, que interroga eticamente o

estranhamento com o qual o pesquisador se depara; e a terceira pressupõe a suposição de saber. Após elencar essas características, Dunker (1996) pontua que estas “fazem da psicanálise aplicada e do discurso analisante a ela ligado um método de invenção, um método de descoberta.” (s.p.).

Freud (1919/2010) foi atento às necessidades futuras de aplicação da técnica desenvolvida por ele e sugeriu que adaptações fossem feitas na psicanálise, para que funcionasse como uma terapia de massas. O autor diz:

É também muito provável que na aplicação em massa de nossa terapia sejamos obrigados a fundir o puro ouro da análise com o cobre da sugestão direta, e mesmo a influência hipnótica poderia ter aí seu lugar, como teve no tratamento dos neuróticos de guerra. Mas, como quer que se configure essa psicoterapia para o povo, quaisquer que sejam os elementos que a componham, suas partes mais eficientes e mais importantes continuarão a ser aquelas tomadas da psicanálise rigorosa e não tendenciosa. (Freud, 1919/2010, p. 219).

Sendo assim, frente à exigência de uma política de “saúde para todos”, como pode o psicanalista atuar nesse campo sem perder de vista o “ouro” da análise? Conforme destaca Holck (2011), “saúde para todos” é o *slogan* daqueles que prometem garantir o máximo alcançável de bem-estar físico e mental por meio de “uma política das burocracias sanitárias baseadas nas classificações e avaliações que pretende deixar de fora o sintoma.” (p. 119).

Para responder a essa pergunta, julgamos ser necessário elucidar os aspectos históricos, que deram subsídios para a chegada da psicanálise na saúde pública brasileira, especificamente no programa NASF-AB, a fim de promover uma discussão sobre os elementos, que permitem caracterizá-la como rigorosa e não tendenciosa.

2 CAMINHOS QUE LEVAM A PSICANÁLISE AO CAMPO DA ATENÇÃO BÁSICA

“Acreditar no ideal de saúde mental é desconhecer que a linguagem desnaturaliza o homem e compromete a pretensa harmonia na relação com a natureza e seus pares.” (Gurgel, 2011, p.212).

2.1 Breves notas sobre o movimento psicanalítico no Brasil

A psicanálise no Brasil tem sua história fortemente ligada à psiquiatria, tendo as suas ideias sido, em um primeiro momento, disseminadas pelos mesmos médicos, que trabalharam ativamente na construção do sistema psiquiátrico asilar brasileiro. Observamos que os primeiros registros sobre a introdução das ideias psicanalíticas no Brasil ocorreram no ano de 1899, quando o psiquiatra Juliano Moreira (1873-1933) inseriu as ideias freudianas em sua disciplina de psiquiatria na Faculdade de Medicina da Bahia: “Neste cenário a psicanálise aparece como um substrato ideológico no contexto da autonomização da psiquiatria brasileira.” (Dunker, 2002, p. 2).

Com o advento da abolição da escravidão e a implantação da República, o país passou por um movimento de reformulação das ideias e concepções a respeito do Brasil e de seu povo. Desse modo, a ciência médica, sob a perspectiva sanitária, se deparou com a necessidade de regulação e organização do funcionamento social frente ao processo de modernização no país. A partir de então, passou a tratar não só do corpo doente do sujeito, mas do corpo social, supervisionando a saúde da população com o intuito primordial de garantir a segurança e a prosperidade da nação. Foi também nesse cenário que a comunidade médica e científica se empenhou na construção de um projeto civilizatório-educativo na Primeira República. Tratava-se de educar a população a partir de uma concepção mais ampla de pedagogia moral e cívica: educar o povo indisciplinado, inculto e de maus hábitos. Conforme aponta Dunker (2002),

Por um lado, a serviço do projeto desenvolvimentista, a psicanálise era um útil instrumento ideológico para subsidiar a política de distribuição de saúde mental, educação e progresso, assim como servia para os que viam com distanciamento e crítica os efeitos assistencialistas e patriarcalistas de tal proposta. (p. 2).

Foi somente a partir das décadas iniciais do século XX que as ideias freudianas ganharam espaço no campo do saber médico no Brasil e na nossa cultura literária e artística, despertando representações diversas acerca das descobertas freudianas (Torquato, 2015). Nesse contexto, a psicanálise surgiu como uma ideia inovadora ao se aproximar de várias áreas do conhecimento científico, não sendo percebida apenas como “um recurso técnico voltado ao tratamento da doença mental, mais do que isto, os autores brasileiros dedicados ao tema entendiam a psicanálise como um arcabouço teórico passível de ser aplicado a diferentes áreas do conhecimento como a educação, a literatura e a psiquiatria.” (Abrão, 2011, p. 124).

No ano de 1920, notamos a expansão da psicanálise no país, “ganhando expressão em diferentes dimensões da vida cultural e científica em desenvolvimento nos grandes centros urbanos, notadamente São Paulo e Rio de Janeiro.” (Abrão, 2011, p. 124). No Rio de Janeiro, o principal precursor da psicanálise foi o médico Júlio Pires Porto-Carrero (1887-1937), que esteve enquanto coordenador do serviço de Psicanálise na Liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1926 e considerada como uma das primeiras iniciativas de aplicação terapêutica psicanalítica no país. Porto-Carrero ganhou particular destaque devido à condição privilegiada que ocupou no Rio de Janeiro ao promover uma aproximação entre educação e psicanálise, circunscrevendo as noções de uma psicanálise de crianças no Brasil. Percebemos, em seus trabalhos, a “divulgação assídua e mesmo apaixonada das ideias freudianas entre seus conterrâneos e pela iniciativa bastante precoce na aplicação terapêutica do método psicanalítico” (p. 125).

Em 1924, logo após formar-se na Faculdade de Medicina de São Paulo, o psiquiatra Durval Marcondes (1899-1981) introduziu as ideias freudianas na atividade clínica, equivalendo-se a “um herói solitário, um Dom Quixote que contraventos e moinhos fundam esse saber [psicanalítico] num universo psiquiátrico hostil e marginalizado pela intelligentsia médica.” (Oliveira, 2002, p. 147).

Em 1927, [Durval Marcondes] escreve a Freud, comunicando a fundação, junto com Franco da Rocha, da Sociedade Brasileira de Psicanálise, a primeira da América Latina, que renasce como Grupo Psicanalítico de São Paulo em junho de 1944 e, em 1951, no Congresso da International Psychoanalytical Association – IPA, em Amsterdã, torna-se a Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo – SBPSP, presidida por Durval nas gestões 1944/1949, 1955/1956 e 1967/1969. (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400014)

Durante um bom tempo, os movimentos de implantação do saber psicanalítico no Brasil estiveram restritos aos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre. Em vista disso, é importante destacarmos que esse processo se desenvolveu de modo fragmentado e diversificado, posto que a apropriação das ideias psicanalíticas não ocorreu de forma unificada no país (Oliveira, 2006). Isso se deu por diversos motivos. Dentre alguns, destacamos: as particularidades do processo de urbanização de cada região, as diferentes filiações culturais dos intelectuais da época e o fato de que, por muito tempo, as ideias freudianas circularam apenas nos Estados ora citados. Desse modo, podemos dizer que só é possível adotarmos a ideia de uma história da implantação da psicanálise no Brasil se levarmos em conta que cada região se apropriou desse saber de modo *sui generis* a partir da interposição das suas próprias características no processo de absorção do conhecimento psicanalítico. Em São Paulo, por exemplo, o movimento modernista favoreceu a inserção da psicanálise ao passo que, no Rio de Janeiro, sua principal via de difusão foi a partir da psiquiatria.

A historiografia do movimento psicanalítico no Brasil ainda apresenta uma outra característica imprescindível. Como aponta Sagawa (1994), a implantação de dispositivos de formação psicanalítica, consoante com os padrões da *International Psychoanalytical Association* (IPA) – a saber: realização da análise didática, supervisão de dois casos clínicos e cursos técnicos teóricos, ocorreu de forma tardia no país. E mesmo quando ela teve início, restringiu-se a São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, expandindo-se para outras regiões somente no início da década de 1970 (Oliveira, 2002). Consequentemente, tal circunstância fez com que a psicanálise se mantivesse como uma questão interna a campos do saber, como a psiquiatria, a literatura ou a pedagogia por aproximadamente 40 anos (Mokrejs, 1992).

Então, foi somente partir dos anos 1970 que a psicanálise começou a se expandir para outras regiões do país com o nascimento de outras escolas e tendências e a emergência da psicologia no âmbito das universidades brasileiras (Oliveira, 2002). Ainda que nessa época os grupos psicanalíticos estivessem fortemente ligados à psiquiatria, a chegada da psicanálise lacaniana no Brasil apontou possibilidades para disseminação do saber psicanalítico em outras áreas de formação (não médicas), encontrando espaço privilegiado no meio acadêmico. Nesse período, diversos psicólogos e psicanalistas (argentinos e franceses) vieram para o Brasil com o objetivo de difundir 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 por algumas organizações mais ortodoxas.

De acordo com Celes (2010), foi nos anos 1980 que a psicanálise lacaniana se introduziu de modo mais enfático no solo brasileiro. As primeiras leituras sistemáticas de Lacan e os primeiros comentaristas e divulgadores de sua obra começaram a surgir nessa década: “No Brasil, a Psicanálise entra nos hospitais, nas varas judiciárias da infância e da família, no atendimento a jovens que cumprem medidas sócio-educativas [*sic*], no acompanhamento terapêutico (...) A maior parte dessas situações engloba participações multidisciplinares do psicanalista.” (p. 76).

Também foi na década de 1980 que surgiram no país os movimentos políticos e sociais, que culminaram na Reforma Psiquiátrica (RP) e na Reforma Sanitária (RS). Segundo Figueiredo (2019), a participação da psicanálise lacaniana nesses movimentos foi notória, tanto que ela passou a orientar o trabalho de alguns serviços e profissionais, que atuam na rede pública de saúde. Nesse contexto, podemos dizer que “a psicanálise ganha um lugar junto a outros saberes, ajudando a compor uma instituição transformada, marcada pela quebra da hegemonia médica e pela introdução da multidisciplinaridade.” (Meyer, 2016, p. 109).

Portanto, a “orientação da psicanálise pode deixar a sua marca e contribuir para uma experiência relevante no cenário da reforma psiquiátrica e das novas políticas que se estabelecem no campo da saúde mental e seu correlato, o da atenção psicossocial.” (Figueiredo, 2019, p. 82).

Conforme apontaremos adiante, mesmo havendo uma tensão entre o campo discursivo da psicanálise e o da atenção psicossocial, observamos que é possível a articulação entre eles se consideramos as distintas concepções de saber, que fundam esses dois campos. Desse modo, contextualizaremos, a seguir, como se deu o movimento da RP no contexto brasileiro para que possamos, *a posteriori*, tecer algumas considerações.

2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

O movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica (RP) surgiu, inicialmente, na década de 1960 nos países europeus, como Inglaterra, Itália e França⁴, chegando ao Brasil nos finais da década de 1970. Como veremos mais à frente, a RP teve como primeira fonte

⁴ As iniciativas de movimentos reformistas antimanicomiais ocorridas nesses países influenciaram altamente a desinstitucionalização no Brasil, a saber: a Reforma Psiquiátrica Italiana (Itália), a Psiquiatria de Setor (Inglaterra) e a Psicoterapia Institucional Francesa (França). Na década de 1980, tais movimentos tiveram significativos reflexos junto à RS no auge do processo de redemocratização do país.

inspiradora as práticas inovadoras de tratamento das pessoas em sofrimento mental implementadas pelo psiquiatra Franco Basaglia nas cidades italianas de Trieste e Gorizia na década de 1960. De modo geral, a RP tinha como proposta, nesses países, a implementação de novas políticas públicas de assistência aos pacientes psiquiátricos e a adoção de tecnologias de cuidado alternativas à internação, cujos desdobramentos se davam a partir da substituição progressiva do hospital psiquiátrico por serviços territoriais.

Tenório (2002) nos lembra que costumamos pensar que “reforma” e “psiquiatria” só se tornaram parceiras recentemente. Contudo,

elas andam juntas desde o próprio nascimento da psiquiatria. Sabemos que foram os “reformadores” da revolução francesa que delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade. (Tenório, 2002, p. 26).

Portanto, temos como características do movimento pela RP a luta contra a exclusão social, a segregação, a violência e o abandono presente nas instituições asilares da época, as quais eram responsáveis pelo “acolhimento” das pessoas em sofrimento mental. Essas instituições ficaram conhecidas como manicômios – espaços destinados ao asilamento de pessoas classificadas como “doentes” pela ciência médica psiquiátrica. No entanto, o que vimos ao longo do tempo é que esses locais se tornaram verdadeiros depósitos de indesejados sociais e de pessoas, que não possuíam lugar para viver e que, por algum motivo (não necessariamente de ordem mental), foram rejeitadas pela família.

Como já dissemos, o processo de reforma ocorrido no solo brasileiro teve forte influência do trabalho iniciado por Franco Basaglia⁵ na Itália, que, por sua vez, constituiu um movimento político e social nomeado como Psiquiatria Democrática Italiana. Em outubro de 1978, Basaglia realizou uma visita importante ao Brasil e fortaleceu ainda mais o movimento em curso de trabalhadores de saúde mental na luta pelos direitos dos chamados doentes mentais após a veiculação na mídia de denúncias de maus-tratos e de violência nos hospitais psiquiátricos.

⁵ Franco Basaglia foi um renomado psiquiatra italiano, que liderou o movimento de repulsa do hospital psiquiátrico na Itália, cujo desfecho se deu através da aprovação da Lei 180, também conhecida como Lei Franco Basaglia. Essa Lei proibia novas internações em manicômios, determinava o seu esvaziamento progressivo e definia a necessidade de criação de estruturas territoriais, que correspondessem à demanda, abolindo a ligação imediata e necessária entre a doença mental e a noção de periculosidade social.

Assim como no Brasil, o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana também questionava o tratamento ofertado pelos hospitais psiquiátricos italianos, uma vez que trazia em seu cerne a violência e a segregação social. Para Basaglia (1985), a violência e a exclusão tão presentes nessas instituições são efeitos do modo como estão estabelecidas as relações na sociedade como um todo, sendo que esta “aparece organizada a partir da divisão radical entre os que têm (os donos no sentido real, concreto) e os que não têm, da qual resulta a subdivisão mistificadora entre o bem e o mal, o são e o doente, o respeitável e o não-respeitável” (p. 101). Dessa forma, podemos dizer que a essência do pensamento basagliano aponta a instituição psiquiátrica como o local privilegiado para a propagação da violência em suas diversas nuances sobre o louco, já que a loucura se torna um objeto de trabalho do campo médico psiquiátrico.

Basaglia (1985) salienta que o problema não é a doença em si, mas sim o tipo de relação que é estabelecida com o doente nessas instituições. Portanto, ele não só faz uma crítica à estrutura do manicômio, mas questiona a objetificação do corpo do paciente como efeito do poder médico. Por mais que as técnicas possam ser modificadas, o psiquiatra trata o paciente enquanto corpo doente, objeto de pesquisa considerado em sua materialidade, cuja diferenciação deve ser catalogada, gerida e anulada pelo saber médico. Dessa maneira, o paciente psiquiátrico, ao ser reduzido pela doença, torna-se um excluído que jamais poderá se opor àqueles que o excluem, pois todos os seus atos serão compreendidos a partir de um quadro psicopatológico e de um código de sintomas (Kyrillos Neto, 2007).

O diagnóstico assume, doravante, o valor de um rótulo que codifica uma passividade dada por irreversível. Tal passividade pode ter, porém, uma outra índole que não sempre e exclusivamente patológica. É exatamente no instante em que é considerada apenas em termos de doença que se confirma a necessidade de sua separação e exclusão, sem que a menor dúvida intervenha no reconhecimento do significado discriminatório do diagnóstico. (Basaglia, 1985, pp. 108-109).

No Brasil, embora já existisse o Hospício de Pedro Segundo⁶, no Rio de Janeiro, foi no início do século XX que os grandes manicômios brasileiros começaram a ser implantados no

⁶ O Hospício de Pedro Segundo foi criado em 18 de julho de 1841 pelo Decreto nº 82, destinado especificamente ao tratamento dos alienados. Recebeu esse nome em homenagem ao jovem imperador, logo após alcançar a maioridade e subir ao trono, tendo sido esse o primeiro ato assinado no dia de sua coroação. O hospício também ficou conhecido como Palácio dos Loucos por ter recebido um grande esmero em seu projeto de construção, conforme mostra documentos e fotografias registradas na instituição (<http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/hospicio.php>).

país. No estado de São Paulo, o Complexo Hospitalar do Juqueri, fundado em 1901 e localizado na cidade de Franco da Rocha, foi um dos maiores hospícios do Estado e chegou a enclausurar aproximadamente 15 mil pessoas (Devera & Costa-Rosa, 2007). Em Minas Gerais, tivemos, no de ano de 1903, a fundação do primeiro hospital psiquiátrico público. Denominado de Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, este atuava na assistência dos “alienados” no mesmo espaço onde foi ocupado anteriormente pelo sanatório particular destinado ao tratamento de casos de tuberculose. Diga-se de passagem, esse era o espaço perfeito para os marginalizados da sociedade, já que o hospital se localizava na zona periférica da cidade, no alto de uma montanha.

Como os arquivos históricos nos contam, as denúncias de maus-tratos no interior dos manicômios eram recorrentes. Observamos que, à medida que a psiquiatria foi aumentando o seu poder sobre a loucura, por sua vez os manicômios estavam cada vez mais superlotados, insalubres, com escassez de material básico para sua manutenção e de comida e número insuficiente de profissionais. Após a Segunda Guerra Mundial, ocorreu um relevante movimento internacional pela humanização do tratamento psiquiátrico. Contudo, apesar de o Brasil ter sido duramente criticado por esse movimento, ao se compararem os manicômios brasileiros com os campos de concentração⁷, as críticas ora apresentadas não tiveram grandes efeitos em um primeiro momento (Devera & Costa-Rosa, 2007). O modelo vigente era fortemente influenciado pela visão norte-americana da saúde: o cuidado destinado às pessoas com sofrimento mental era centrado em estabelecimentos hospitalares e no saber médico psiquiátrico.

Em 1964, durante a ditadura militar, iniciou-se pelo país a propagação do financiamento de empresas particulares da saúde na construção de novos hospitais e na manutenção dos existentes, o que favoreceu a construção de vários polos manicomialis com os altos incentivos financeiros. Nessa ocasião, os manicômios particulares receberam vários internos provenientes dos manicômios públicos como medida de descentralização da assistência. Em contrapartida, as medidas adotadas pelos governos militares consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, tendo como efeitos a crescente contratação de leitos e a ampliação do credenciamento de hospitais. Diante da inexistência de outros dispositivos alternativos para

⁷ Os campos de concentração nazistas foram construções desenvolvidas durante a Alemanha nazista, que eram extremamente conhecidas por aprisionar e promover o extermínio de judeus durante a Segunda Guerra Mundial. Relembramos, aqui, a passagem de Franco Basaglia pelo Hospital “Colônia” de Barbacena, no ano de 1979, onde declarou: “Hoje estive em um campo de concentração nazista. Em nenhum lugar vi algo assim” (<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-09-05/barbacena-a-cidade-manicomio-que-sobreviveu-a-morte-atroz-de-60000-brasileiros.html>).

atendimento intensivo, foi nesse contexto que ocorreu um verdadeiro empuxo à internação (Tenório, 2002).

Santana, Conceição e Amarante (2016) relatam que a principal fonte de financiamento da assistência psiquiátrica na época era a assistência social, que, por sua vez, sustentava uma ampla rede hospitalar privada, a qual se beneficiava do lucro gerado pela péssima qualidade da assistência clínica ofertada aos pacientes. Como efeito dessas medidas de financiamento, surgiu um grupo econômico bastante fortalecido no país, a saber, os proprietários dos manicômios, que passaram a se beneficiar de uma riqueza bancada pelo Estado. Tenório (2002) destaca que os documentos oficiais elaborados pelas autoridades sanitárias na década de 1980 descreviam “com propriedade o caráter perverso da relação entre poder público, rede privada e modelo asilar”. (p. 34).

Não obstante, o grande acúmulo de poder econômico e político centrado nas mãos dos donos de manicômios ainda oportunizou fraudes no sistema de financiamento dos serviços psiquiátricos, gerando uma grave crise financeira no Estado o que fomentou a mudança do modelo de cuidado no campo da saúde mental.

As críticas sobre a ineficiência da assistência pública em saúde e ao modelo privatista da política de saúde do governo central permitiram a organização de movimentos sociais em prol da reformulação das políticas públicas voltadas à saúde da população brasileira. Esse movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde ficou conhecido como Reforma Sanitária (RS) e objetivou colocar em destaque o papel do Estado no sistema de saúde. Para Amarante (1995), o movimento da RS incidiu de forma decisiva para o campo da saúde mental, o que, ao seu ver, foi o primeiro momento do processo de reforma psiquiátrica brasileira. Nesse contexto, Tenório (2002) também diz:

A importância é colocada na administração e no planejamento dos serviços e na ampliação do acesso da população à assistência em saúde. Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico. (p. 32).

No Brasil, o movimento pela RP insurgiu no período de redemocratização do país após o declínio da ditadura militar e de intensos questionamentos em relação ao Estado e às instituições, com o objetivo de promover mudanças profundas na sociedade (Amarante, 2010; Tenório, 2002). Desse modo, as argumentações trazidas por esse movimento são balizadas “não

apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização.” (Amarante, 1995, p. 87). Assim como nos países europeus, o movimento brasileiro teceu críticas ao modelo de tratamento ofertado no hospital psiquiátrico, uma vez que estas partem de uma compreensão reducionista na qual o louco é visto como um sujeito incapaz e que, por essa razão, deve ser tutelado.

De acordo com Amarante e Nunes (2018), os primeiros movimentos que dirigiam críticas à assistência psiquiátrica brasileira emergiram quando profissionais recém-formados se depararam com o cenário de degradação e violência, em que muitos pacientes estavam submetidos ao “tratamento” nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Após uma potente mobilização de bolsistas e residentes que atuavam junto à precariedade desses hospitais, uma carta com denúncias e reivindicações foi encaminhada ao Ministério da Saúde (MS), o que gerou um processo de novas denúncias, manifestações e ampla veiculação na imprensa, ocasionando a demissão de aproximadamente 260 funcionários.

A RP tinha como crítica o modelo manicomial de tratar a loucura como um problema estritamente médico, que passou a não se sustentar mais no discurso social, tendo em vista o elevado nível de violação dos Direitos Humanos presente no interior das instituições. O tratamento dispensado nessas instituições tornou-se extremamente segregador e excludente, “que exercia violência concreta, violência não só de constrangimento moral às pessoas que eram detidas, que andavam nuas, abandonadas, desassistidas; assim como a violência de torturas, de abandono, de celas-fortes, de eletrochoque como punição.” (Amarante, 2010, p. 21). Para Amarante e Nunes (2018), a luta específica de Direitos Humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do Estado autocrático “se constituiu o ator social mais importante no processo de reforma psiquiátrica.” (p. 2068).

A partir de 1978, após uma série de episódios e embates, destacou-se a organização e o reconhecimento do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) na luta por melhores condições de trabalho e de assistência no campo da saúde mental (Devera & Costa-Rosa, 2007). Nesse mesmo ano, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro com a participação de Robert Castel, Felix Guattari, Erwin Goffman e Franco Basaglia, naquela ocasião, considerados como os principais nomes da produção crítica na saúde mental e instituições no cenário internacional (Amarante, 1995).

Na década de 1980, assistimos ao surgimento de experiências institucionais inovadoras na oferta de cuidados humanizados em saúde mental; dentre elas, citamos a criação do Centro

de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo. Em 1989, ocorreu a chamada “Revolta de Santos”, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta após a veiculação no noticiário local de denúncias de maus-tratos e até morte de internos nesse estabelecimento. A intervenção da administração municipal de Santos frente a essa situação possibilitou o início de um novo programa de cuidados em saúde mental com a criação inédita dos chamados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (Tenório, 2002).

Nessa mesma década, no de 1987, o MTSM ganhou mais força ao se distanciar da coletividade estatal organizada, associando-se com outros movimentos sociais e associações de usuários e famílias. O Manifesto de Bauru, documento elaborado durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, reafirmou o compromisso dos trabalhadores da saúde na luta pela garantia de direitos e desejo de uma mudança radical na tríade sociedade-louco-loucura. Foi nessa ocasião, a partir do referido manifesto, que surgiu o Movimento da Luta Antimanicomial, com propósitos de transformar as condições, relações e representações sociais da loucura por meio do lema “por uma sociedade sem manicômios”. De acordo com Amarante (1995), a partir de então, os militantes da RP perceberam que era inviável uma mudança apenas institucional “da simples modernização da psiquiatria e suas instituições” (p. 81).

Em 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgaram o documento “A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental”, popularmente conhecido como a “Declaração de Caracas”. A partir dele, direcionaram-se as políticas adotadas pelo governo brasileiro na abordagem da loucura, estabelecendo como norte a reestruturação da rede de atenção à saúde mental. Esta, então, passou a ter seu centro na comunidade. Para além disso, os recursos, cuidados e tratamentos deveriam zelar pela dignidade e os direitos humanos e civis do paciente, propiciando a sua permanência no território. Iniciou-se a “era psicossocial” (Figueiredo, 2019) com o aparecimento de novos serviços, que reformularam a assistência em saúde mental baseada no suporte de uma rede de cuidados, cuja lógica fundamenta-se nas ações comunitárias, territoriais e intersetoriais.

A Lei nº 10.216⁸, aprovada em 06 de abril de 2001, foi um marco institucional para a RP e é considerada um importante instrumento para a transformação da assistência e da

⁸ Também conhecida como Lei da Saúde Mental, Lei da Reforma Psiquiátrica ou, ainda, Lei Paulo Delgado, a sua aprovação aconteceu depois de decorridos 12 anos da apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/89, pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), após o texto passar por várias mudanças. “O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público;

condição das pessoas em sofrimento mental no país, “uma lei progressista, um passo à frente”. (Tenório, 2002, p. 36). A lei mencionada apontou caminhos para a ocorrência de outras transformações, como a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que prevê a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a criação de uma rede de serviços de base territorial.

Com a regulamentação do CAPS a internação deixou de ser o único recurso disponível para o tratamento da loucura e passou a ser um recurso aplicável, indicável, necessário e em alguns casos indispensável desde que articulada a uma rede de cuidados, cuja lógica pautada nas ações comunitárias, territoriais, intersetoriais, não é a lógica da segregação, da exclusão, da internação como exclusão social no próprio seio da sociedade. (Amâncio & Elia, 2017, p. 33).

2.3 Do manicômio ao território: a saúde mental na Atenção Básica

Conforme já apontamos anteriormente, a abertura democrática e as mudanças políticas ocorridas no país no final da década de 1970 incitaram diversas discussões acerca da necessidade da reorganização do sistema público de saúde, tendo em vista que os governos militares buscaram promover a expansão do setor privado de saúde. Como fruto dessas discussões, destacamos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Obedecendo ao artigo 196 da Constituição de 1988, que estabelece a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, esse novo arranjo do sistema de saúde pública passa a ter que garantir atendimento integral, universal e gratuito para toda a população do país.

A partir de então, há uma mudança significativa na orientação dos processos e do cuidado em saúde, já que buscava reverter a visão hospitalocêntrica em favor de iniciativas preventivas com atuação mais próxima aos territórios onde surgem os processos de saúde/doença. É nesse contexto, que o MS, atento aos princípios do SUS⁹ de regionalização e hierarquização, favorece a adoção das ações de saúde no nível primário, instituído a AB como

o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não-manicomial de atendimento; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação.” (Tenório, 2002, p. 36).

⁹ Nesse sistema, os três níveis de governo e o setor privado contratado e conveniado exercem ação conjunta com objetivo único, tendo como princípios a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular. A universalização garante o acesso à saúde a todas as pessoas. A equidade é um princípio de justiça social e busca tratar de maneira específica cada território, com o objetivo de diminuir as desigualdades, levando em consideração as diferenças de necessidades e investindo mais onde a carência é maior. A integralidade

a porta de entrada preferencial ao SUS formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde como o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas. (Ministério da Saúde, 2013, p. 19).

Como vemos, a proposta do MS é que a AB se constitua como porta de entrada para o sistema de saúde, haja vista que este comporta mais dois níveis de atenção à saúde, a saber a média e alta complexidades, ambas compondo uma ampla oferta de serviços com graus diferenciados de especialização e atendimentos nos âmbitos ambulatorial e hospitalar. Espera-se que a AB, diante dos casos a ela referenciados, seja capaz de atingir um índice de resolutividade de 80% dos problemas e agravos à saúde, minimizando os encaminhamentos para os serviços especializados e internações hospitalares.

É primordial mencionarmos que os princípios da AB enfatizam a questão do cuidado, do vínculo e da continuidade embora estes não sejam enfatizados nos princípios do SUS. O princípio do vínculo e da continuidade diz respeito à construção de laços entre os profissionais de saúde e a população usuária do SUS, com o objetivo de garantir a permanência no atendimento deles. Além de dar ênfase no acompanhamento longitudinal dos pacientes com a priorização do cuidado no nível primário, destaca-se a implementação das ações coletivas e colaborativas entre os profissionais de modo a superar a fragmentação do cuidado em consequência do formato de atendimento compartimentalizado.

Temos como principal marco na política de implementação da AB, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, no intuito de reestruturar o modelo assistencial de atenção à saúde, com enfoque nos cuidados primários de saúde, priorizando suas ações no eixo territorial, ou seja, na oferta de um cuidado, que não seja exclusivamente aos moldes hospitalares. Dessa maneira, o PSF é definido como “campo de práticas e produção de novos modos de cuidado, aqui entendidos como cuidados culturais – cuidados que o profissional de saúde deve desenvolver de forma culturalmente sensível, congruentes e

implica em considerar a pessoa como um todo, integrando ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A descentralização e a participação popular são formas de concretizar o SUS na prática.

competentes e que considerem sempre a integralidade e a territorialidade.” (Romagnoli, 2009, pp. 526-527).

Em 2006, o PSF deixou de ser programa e passou a ser reconhecido como uma estratégia permanente na AB, por meio da atenção básica em saúde, partindo do pressuposto de que programa possui tempo determinado e estratégia caracteriza-se pela permanência e continuidade das ações. Desse modo, a partir de então, o PSF passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família¹⁰ (ESF) pelo MS, a fim de favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB (Brasil, 2012).

No ano de 2008, temos a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, posteriormente rebatizado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), no ano de 2017, com a republicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹¹.

O NASF-AB foi criado tendo como principal objetivo para apoiar a inserção da ESF nas Redes de Atenção à Saúde¹² (RAS), além de ampliar a sua abrangência e o escopo das ações da AB, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. É essencial destacarmos que o NASF-AB, portanto, não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim retaguarda especializada para as equipes de SF. Assim, a equipe multiprofissional que compõe o NASF-AB deve atuar em conjunto com os profissionais das ESF no compartilhamento do cuidado nos territórios, que estão sob responsabilidade destas.

Diferentes profissionais podem vir a compor as equipes do NASF-AB, a saber: psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e educadores físicos dentre outros. O que gostaríamos de destacar aqui é que o psicanalista não consta nesse rol, todavia a sua inserção é possível por intermédio dos

¹⁰ A Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (<https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>).

¹¹ Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

¹² Apesar dos avanços alcançados pelo SUS, o MS admite a "dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual" (Portaria nº 4.279/2010). Assim, a portaria do MS nº 4.279/2010 determina diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Dessa forma, a RAS foi criada como estratégia que supere essa fragmentação, a qual ocorre na atenção e na gestão da saúde, propondo regiões de saúde, que realizem um conjunto de ações e serviços efetivos e eficientes, com o objetivo de oferecer atenção de qualidade aos usuários do SUS (<https://aps.saude.gov.br/smp/smpras>).

profissionais psi, que têm a abordagem psicanalítica como eixo condutor da sua práxis nesse campo. Desse modo, concordamos com Prado (2016) que, *a priori*, a inserção do psicanalista não está garantida pelos meios formais de contratação, por isso é um lugar que precisa ser construído e reinventado em diversos momentos. Portanto, a nossa pesquisa se debruçará em torno dessa problemática na tentativa de compreender o lugar do analista dentro das equipes matriciadoras.

Nesse contexto, enfatizamos que o NASF-AB, ao prever na sua composição de equipe os profissionais psi, estes surgem como colaboradores para auxiliar a ESF no atendimento das demandas relacionadas às da Saúde Mental. Na publicação das “Diretrizes do NASF”, um manual técnico que orienta o trabalho dos profissionais no NASF e das equipes de SF, o Ministério da Saúde (2009a) cita a Saúde Mental como uma das nove áreas estratégicas¹³, que compõem a estrutura do programa. A referida publicação, ao trazer detalhes relativos às suas diretrizes e principais ações a serem desenvolvidas em cada área estratégica, esclarece que “tais áreas (...) não se remetem à atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional.” (p. 31).

No que se refere ao eixo estratégico Saúde Mental, o Ministério da Saúde (2009a) apresenta que é fundamental a inclusão “nas políticas de expansão, formulação e avaliação da APS [Atenção Primária à Saúde], as ações de saúde mental que, com potencial transversal, devem ajudar as equipes a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico.” (p. 37). A publicação ressalta, ainda, a importância do trabalho articulado entre as equipes de Saúde da Família (SF) e de Saúde Mental, considerando que estas possuem princípios comuns de atuação a partir do contexto familiar, continuidade do cuidado, organização em rede e que, portanto, podem se associar para produzir cuidados em saúde mental no território.

As equipes de Saúde da Família precisam ter o apoio e trabalharem próximas aos profissionais e serviços de saúde mental. O trabalho integrado das equipes de SF e Saúde Mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. (Ministério da Saúde, 2009a, p. 37).

Notamos que a atenção à saúde mental no SUS esteve mais presente, principalmente como especialidade de maior complexidade, dentro dos hospitais, ambulatórios ou CAPS,

¹³ São elas: Saúde da Criança/do Adolescente e do Jovem; Saúde Mental; Reabilitação/Saúde Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição; Serviço Social; Saúde da Mulher; Assistência Farmacêutica; Atividade Física/Práticas Corporais; Práticas Integrativas e Complementares.

sendo, portanto, ainda muito incipiente a sua consolidação no âmbito da AB. Lancetti (2007) propõe uma releitura do conceito de complexidade quando se trata de saúde mental. O autor evidencia que, ao contrário do que ocorre com as diversas ações de cuidado em saúde ofertadas na rede hierarquizada do SUS, quanto mais distante de seu território, há maior tendência na simplificação do cuidado em saúde mental conforme pode se ver no caso dos hospitais psiquiátricos. O autor conclui: “as ações de saúde mental que ocorrem no território geográfico e existencial, onde o sujeito vive, em combinação com os diversos componentes da subjetividade, sejam eles universos culturais locais, de culturas originárias, mídias, religiões etc., são ações complexas.” (p. 108).

Com o objetivo de fortalecer as ações de saúde mental no SUS, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instaurada a partir da noção de rede de modo que os diversos serviços trabalhariam integrados. A Portaria do Ministério da Saúde, nº 3.088/2011, institui a RAPS “para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.” Observamos que, apesar de essa Portaria enfatizar as questões do crack, do álcool e de outras drogas, também abrange as outras ações em Saúde Mental, integrando, inclusive, as que estão no contexto da AB.

Desde a implementação do serviço de saúde em rede até meados de 2018, vimos o MS, através das políticas de ampliação da AB, defender o desenvolvimento das ações de saúde mental na atenção primária por sua proximidade com a comunidade, valendo-se das equipes de SF como ferramenta estratégica para o cuidado das diversas formas de sofrimento psíquico.

2.4 Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica

Como vimos, a articulação das ações de saúde no âmbito da AB foi uma estratégia adotada pelo movimento sanitário para impulsionar as mudanças propostas pelo SUS, uma solução que adveio de uma lógica discursiva de cuidado para além do enfoque na doença, permitindo a inclusão de dimensões sociais e singulares do processo de adoecimento que escapam à formalização protocolar, uma vez que tem a ver com os encontros e desencontros com a sua história individual, com seu território e com o profissional.

No entanto, percebemos que, na prática, constata-se uma “falta de comunicação” ou “pouco diálogo” sempre presente no discurso das equipes de saúde, o que dificulta o trabalho interdisciplinar. Para Campos e Cunha (2011), esse é um desafio, que se repete nas instituições de saúde, abrangendo tanto o campo da assistência quanto o da gestão. Desse modo, a divisão

dos serviços de saúde por saberes em departamento é o que, muitas das vezes, fragmenta o trabalho em saúde ao dificultar o vínculo entre os trabalhadores e entre trabalhadores-gestores, promovendo um distanciamento entre as equipes.

No que se refere às ações de saúde mental no cotidiano da AB, vários desafios são interpostos, como a baixa integração das redes de saúde, a dificuldade na identificação e o manejo dos casos “leves”, além da sobrecarga dos serviços especializados, convocando maior integração entre os serviços especializados e as equipes de saúde. Todavia, o “Caderno da Atenção Básica” (2013) verifica que essa ampliação do cuidado ainda provoca muitas dúvidas e angústias nos profissionais de saúde ao tentarem incluir práticas de cuidado em saúde mental no cotidiano.

É nesse contexto que o AM tem sua origem no Brasil como uma das diretrizes para inclusão das ações de saúde mental na AB (Campos, 1998). Trata-se de uma metodologia de gestão do cuidado inserida, inicialmente, na Saúde Mental e na AB, e, só em outro momento, é ampliada para outras áreas da rede de saúde de Campinas, no estado de São Paulo.

O AM foi um conceito elaborado pelo médico sanitário Gastão Wagner de Sousa Campos a partir do Projeto Paidéia de Saúde da Família¹⁴, que foi desenvolvido no início da década de 2000, o qual tinha como diretrizes: clínica ampliada, acolhimento e responsabilização, apoio matricial, sistema de cogestão, cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à equipe local de referência e capacitação.

Para Campos (1999), era imprescindível a reformulação e a ampliação da clínica, tendo em vista as novas práticas de atenção integral à saúde voltadas para a criação de novas formas de relacionamento entre o sujeito/clínico e o sujeito/enfermo. Dessa forma, todos os serviços de saúde necessitariam ser reorganizados por meio da equipe de referência multiprofissional, a qual ficaria responsável por “elaborar projetos terapêuticos individuais conforme cada caso e a disponibilidade de recursos” (Campos, 1999, p. 396).

O AM tem como principal objetivo “assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde” (Campos & Domitti, 2007, p. 399). Dessa maneira, a principal função do apoio especializado é ampliar o conhecimento da

¹⁴ O Projeto Paidéia tinha pontos de semelhança com o PSF tradicional, mas se destacava pelas diferenças. Ampliava-se a equipe clássica, composta pelo médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista e agente comunitário, outros médicos que atuavam apoiando o generalista e às vezes a mais de uma equipe. Além disso, trazia para a equipe o desafio da clínica ampliada, a diretriz de construção de projetos terapêuticos singulares com a participação da pessoa ou família nessa definição e a ênfase no trabalho multiprofissional, no qual a responsabilidade pela saúde das famílias e do território era de todos, e não centrada em um único profissional (https://saude.campinas.sp.gov.br/saude/ou/artigo_carminha.htm).

equipe de referência, contribuindo com práticas, que aumentem a capacidade para resolução de problemas. O AM caracteriza-se pelo compromisso com a construção de instituições e de relações de trabalho democráticas, permitindo a distribuição do poder entre os diferentes atores envolvidos no processo de matriciamento.

Como já pontuamos anteriormente, são de responsabilidade do CAPS a aproximação e o mapeamento dos recursos comunitários, gestão e compartilhamento do cuidado com a AB. Portanto, esse dispositivo tem papel fundamental na articulação e ampliação da rede de modo a colocar em prática as diretrizes da RP, incluindo a dimensão subjetiva na organização do cuidado. Consideramos essa articulação do CAPS com a rede de suma importância, tendo em vista o atual cenário¹⁵ da atenção psicossocial, que tem colaborado para a violação dos direitos humanos através do incentivo da ampliação dos hospitais psiquiátricos, do desmonte da política de drogas e dos desinvestimentos na AB, favorecendo a privatização do sistema de saúde.

Em 2003, o MS aderiu à proposta do matriciamento dos CAPS para as equipes da AB por meio da realização de encontros periódicos e de pactuação de ações conjuntas no território. O MS ainda orienta a execução de ações de supervisão, atendimentos conjuntos e capacitação das equipes, com vistas a favorecer a emergência de novas formas de subjetivação nos trabalhadores de saúde, permitindo novas práticas de cuidado pautadas na integralidade e singularidade dos sujeitos (Prado, 2016). Dessa forma, as equipes de saúde são estimuladas a desenvolver uma visão ampliada do sujeito frente às suas diferentes necessidades de saúde, incorporando em sua práxis as dimensões subjetiva e social do ser humano.

Cabe ressaltarmos ainda a inclusão do AM no Programa Humaniza SUS¹⁶. O conceito de AM é definido na Política Nacional de Humanização (PNH) como:

Nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres

¹⁵ Ver Nota Técnica “Em Defesa da Desinstitucionalização – Não aos Manicômios” (https://www.abramd.org/download/download?ID_DOWNLOAD=115).

¹⁶ A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Promover a comunicação entre esses três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças, que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus>).

já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes (Brasil, 2010 p. 43).

Recomendado pelo MS, o AM é o arranjo para integração entre NASF-AB e ESF, caracterizado como uma proposta democrática e dialógica com relação horizontal entre os diferentes profissionais, visando a qualificar as ações da AB através de duas dimensões: técnico-pedagógica e assistencial.

A dimensão técnico-pedagógica envolve ações de desenvolvimento de competências e Educação Permanente junto às equipes da ESF. Na prática, essas ações configuram-se como momentos de trocas de saberes, que podem ocorrer em reuniões de equipe, reuniões na comunidade, discussões de casos e temas, atividades conjuntas em grupos ou atendimentos individuais em conjunto, caracterizando-se como uma possibilidade de ampliação do campo de conhecimento da ESF a partir do núcleo de saber de cada profissional de apoio.

A dimensão assistencial envolve ações clínicas diretas do NASF-AB com usuários. Isto é, em determinadas situações, haverá a necessidade de uma ação específica do profissional de apoio, seja ela realizada individualmente ou em grupos. Porém, nessas situações, deve-se manter a coordenação do cuidado pela equipe de referência, o que significa que, sendo necessária uma intervenção direta do profissional do NASF-AB, tal ação deve ser regulada e pactuada, uma vez que a equipe de referência tem a responsabilidade de conduzir o caso individual, familiar ou comunitário, com o objetivo de ampliar a construção de vínculo entre profissionais e usuário: “O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica” (Campos & Domitti, 2007, p. 400).

Sobre a organização dos processos de trabalho no NASF, o MS orienta:

Deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. Intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes de SF com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso. Tal atendimento

direto e individualizado pelo NASF ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias (Ministério da Saúde, 2009a, pp. 7-8).

Desse modo, essa nova forma de trabalho através do AM junto à equipe de referência é, ao mesmo tempo, uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde e um arranjo organizacional, com vistas a construir possibilidades de integração entre as diferentes especialidades e saberes, promovendo a chamada clínica ampliada: “Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários.” (Campos & Domitti, 2007, p. 400).

2.5 A psicanálise na transformação da clínica

Moraes (2016) aponta que a RP, além de revelar a inseparabilidade entre as dimensões física, mental e social nas condições de adoecimento mental, reforçou a necessidade de humanização nos atendimentos em saúde. A autora assinala que “a inclusão dos aspectos psíquicos nas definições de saúde demarca a transição do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial, o que pressupõe a construção de uma interface entre diversos campos do saber.” (p. 90). Assim, não se trata de excluir o saber médico e os avanços tecnológicos no campo da saúde, mas sim considerar a importância da dimensão subjetiva nesse cenário. Podemos dizer que negligenciar a singularidade do sujeito exclui a condição de uma assistência abrangente, que enxergue a dimensão inerente à condição humana. Portanto, “destaca-se a contribuição da Psicanálise para a compressão da especificidade do humano, à medida que o sujeito é por ela considerado em sua singularidade e a partir de suas relações intersubjetivas.” (p. 91).

Esse contexto histórico caracterizou-se pela luta da garantia dos direitos sociais da pessoa em sofrimento mental. Todos esses movimentos possibilitaram a desinstitucionalização da loucura e a implementação do modelo psicossocial no setor público de saúde, com a criação de dispositivos substitutivos aos manicômios de caráter comunitário e que favorecessem o exercício da cidadania. Desse modo, “a luta pela cidadania do louco constitui-se como a principal bandeira da reforma, dando a este movimento um caráter político que orienta as reformulações, seja no âmbito das instituições e das políticas públicas, seja no âmbito da clínica propriamente dita.” (Rinaldi & Bursztyn, 2008, p. 34).

A reforma psiquiátrica brasileira reconfigurou o quadro da assistência em saúde mental no país, ao colocar em questão os tradicionais dispositivos de tratamento da loucura, construindo novos dispositivos de assistência. Ao problematizar a hegemonia do saber médico nesse campo, ela abriu espaço para a construção de novas formas de abordar o sofrimento psíquico, propondo um trabalho multidisciplinar que reorienta a prática clínica nos serviços públicos de saúde. A luta pela cidadania do louco constitui-se como a sua principal bandeira, dando a este movimento um caráter político que marca as reformulações no âmbito das políticas públicas e das instituições, tendo seus efeitos sobre a clínica propriamente dita. O campo da atenção psicossocial caracteriza-se por diferentes orientações, desde aquelas que, oriundas da psiquiatria democrática italiana, privilegiam a dimensão política, propondo uma supressão da clínica em prol do cuidado, até aquelas que retomam a clínica, seja incorporando os procedimentos de atenção psicossocial, passando a designá-la como *clínica ampliada*, *clínica do cotidiano* e *clínica do sujeito*, onde se faz notar, nesta última, a presença do discurso psicanalítico. (Rinaldi & Alberti, 2009, p. 540, grifo dos autores).

Nessa perspectiva, considerar sujeito do direito e sujeito do inconsciente é o desafio que se interpõe ao analista que escolheu exercer seu ofício no campo da atenção psicossocial, uma vez que os serviços vivenciam o impasse de operar com uma clínica singular (Tenório, 2007; Dunker & Kyrillos Neto, 2015). Isso ocorre por que os princípios norteadores do movimento antimanicomial, em especial a antítese exclusão/inclusão, desconsideram a noção de clínica no contexto prático dos serviços substitutivos da atenção psicossocial. A clínica diz respeito ao caso tomado em sua singularidade, enquanto o modelo psicossocial preocupa-se com as ações políticas e eticamente orientadas para as peculiaridades de um certo grupo.

Dunker e Kyrillos Neto (2015) afirmam que, de algum modo, a RP havia substituído a clínica, tendo em vista que

(...) nunca chegou a se estabelecer como um dispositivo pleno de atenção geral à população, por algo que se poderia chamar de política de *gestão do mal-estar*. A reforma, ao baratear as práticas de saúde mental, pela progressiva desinternação, investiu fortemente em uma clínica reduzida à distribuição de medicação e uma terapêutica reduzida a intervenções de socialização. Com isso, a escuta, o acompanhamento circunstanciado do sofrimento, biograficamente delimitado, em

contexto de fala em primeira pessoa, via-se substituída por outra coisa. (p. 17, grifo dos autores).

De acordo com Tenório (2002), isso acontece por que a RP tem em sua origem o questionamento da clínica, indicando uma vertente, a qual considera que uma prática só pode ser efetivamente transformadora se estiver atenta à superação do paradigma da clínica. Os pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana, que balizaram os preceitos da RP brasileira, afirmam que a inclusão social do louco seria possível a partir da negação da lógica manicomial, de uma política assistencial de concessão de benefícios, da participação em movimentos sociais e do retorno do universo do trabalho. Conseqüentemente, esse raciocínio transmite a ideia de “doença mental como negativo da razão e como desvio em relação a um padrão normal de subjetividade; a clínica impõe necessariamente ao louco um lugar de negatividade.” (Tenório, 2002, p. 28).

Nesse contexto, Figueiredo (2019) destaca a participação da psicanálise na transformação da clínica ao questionar os preceitos da psiquiatria tradicional até as novas práticas, que surgem em consequência da reforma, constituindo o campo da atenção psicossocial. Tal contribuição vem sendo possibilitada através da discussão permanente sobre a clínica ao se reinventar diante dos atravessamentos institucionais e dos discursos que aí circulam.

Dessa forma, considerar “o que os pacientes falam” nos espaços ofertados pela atenção psicossocial permite que essa nova clínica revele “a sua dimensão política, mas abre espaço para que se considere o dizer e a escolha do sujeito, para além das discussões institucionais, como indicativo para a direção do tratamento.” (Rinaldi & Bursztyn, 2008, pp. 37-38).

3 A PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE

“A psicanálise está em toda parte, e os psicanalistas em outro lugar.” (Lacan, 1964/2003).

Na atualidade, ainda é um grande desafio para a psicanálise, enquanto um campo teórico e clínico, sustentar a sua prática nas instituições públicas de saúde como modalidade de tratamento. O trabalho do psicanalista nesses espaços se torna mais complexo ao considerarmos que cada instituição produz o seu próprio saber, a partir de seus diversos atores, com a realidade sócio-histórica dos sujeitos atendidos e do propósito institucional (Romanini & Roso, 2012).

Conforme já apresentamos no primeiro capítulo, as equipes de saúde que compõem os serviços da AB são constituídas por profissionais, que têm suas ações subsidiadas a partir de diferentes saberes e, portanto, são regidos por uma ética que lhes é própria. Ao adentrar nesse campo, a psicanálise, também, é convocada a assumir as especificidades de seu saber e de sua ética.

Notamos que o campo da saúde pública incentiva o trabalho em equipe sem desvalorizar nenhuma abordagem disciplinar. Ao compreendermos a complexidade do trabalho em saúde nesse campo, buscamos integrar as várias abordagens disciplinares com o objetivo de possibilitar um manejo mais eficaz diante dos casos atendidos. Mesmo não havendo uma solução ideal diante da complexidade de alguns casos, apostamos que a intervenção de forma compartilhada pode ser mais potente do que uma abordagem pontual e isolada (Ministério da Saúde, 2009a).

No entanto, ainda que o MS incentive políticas de saúde, que consolidem a implementação de uma clínica ampliada, a qual considera a pluralidade de saberes, ainda se observa a predominância do saber biomédico na orientação da prática clínica de equipes, que atuam na AB. Constatamos que a hegemonia do saber biomédico presente nos serviços de saúde exerce forte influência sob o demais saberes, ocasionando um cuidado fragmentado e especializado, além de dificultar uma intervenção mais ampla no processo saúde-doença da população. Silveira (2014) esclarece que isso se deve ao fato de que a maioria dos profissionais de saúde que compõe a AB tem sua formação predominantemente dentro do discurso biomédico, “atenta para os aspectos biológicos do adoecimento e para a objetividade, em detrimento dos aspectos subjetivos e sociais, bem como ensina a trabalhar na especialização e de forma isolada”. (p. 81).

Percebemos que a rotina de trabalho dos profissionais na AB é focada na doença, privilegiando os procedimentos rotinizados como curativos, vacinas, pedidos de exames, prescrições de medicações etc. Em vista disso, tudo aquilo que foge ao padrão pode não ser considerado como parte da assistência; como exemplo, tudo que diz respeito sobre a singularidade do sujeito. Assim, “em vez de a clínica e de a escuta do sujeito dirigirem as ações em saúde, não sempre, mas muitas vezes, as rotinas padronizadas é que as dirigem.” (Silveira, 2014, p. 81).

Diante disso, interrogaremos neste capítulo: o que pode um analista nesse campo? Há espaço para o seu saber junto às equipes de saúde na prática clínica?

3.1 Psicanálise e medicina

Moretto (2013) aponta que a psicanálise e a medicina remetem a discursos distintos e que, necessariamente, as práticas clínicas são de ordem distintas também. A autora conclui que a relação entre esses dois campos de saber é de antinomia radical, mas que é justamente por esse fato que a interlocução é possível e ao mesmo tempo necessária.

Na ocasião de uma intervenção realizada em um colóquio de medicina, Jacques Lacan (1966/2001), na conferência intitulada “O lugar da psicanálise na medicina”, diz:

Este lugar atualmente é marginal e, como já escrevi em várias ocasiões, extraterritorial. Ele é marginal por causa da posição da medicina em relação à psicanálise – ela admite-a como uma espécie de ajuda exterior, comparável àquela dos psicólogos e dos outros distintos assistentes terapêuticos. Ele é extraterritorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar essa extraterritorialidade. (p. 1).

Para Lacan (1966/2001), é mantendo essa extraterritorialidade com relação ao médico que se consegue operar com o discurso do analista. Isso posto, podemos dizer que o lugar de extraterritorialidade ocupado pela psicanálise na medicina se deu a partir da criação de dispositivos e conceitos próprios, onde o olhar psicanalítico passou a conceber e a tratar o sintoma de modo diferente do que vinha sendo ofertado pela medicina ao longo da história.

De acordo com Foucault (1963/2015), o modelo de clínica médica ocidental, tal como o conhecemos na atualidade, se consagrou quando os dados da doença passaram a ser examinados com maior rigor, demarcando a “soberania do olhar” sobre as patologias. Essa nova abordagem fundamentou uma clínica para a medicina denominada de anátomo-clínica,

convertendo a linguagem dessa área em um discurso estritamente racional, científico e empírico sobre as doenças.

Segundo Foucault (1963/2015), o estabelecimento da medicina enquanto uma ciência moderna ocorreu quando, no início do século XIX, o método anátomo-clínico se consolidou. Por sua vez, esse método se constituiu quando a medicina se esforçou na busca por evidências empíricas para explicar as doenças, tornando-as correspondentes a uma lesão anatomopatológica no corpo: “Daí o aspecto que a anatomia patológica tomou em seu início: o de um fundamento enfim objetivo, real e indubitável da descrição das doenças (...).” (p. 142).

Nesse contexto, para Val et al. (2017), a revolução cartesiana promoveu um marco significativo no campo da medicina ao propor uma rigorosa divisão entre alma e corpo, contribuindo para o distanciamento dos médicos da visão holística do homem ao se concentrarem, exclusivamente, na organicidade de seu corpo. Desse modo, a complexidade do fenômeno saúde-adoecimento foi reduzida à função mecânica, não considerando a influência dos aspectos psicológico, histórico, social e ambiental nesse processo. Os autores, ainda, pontuam que esse paradigma – denominado biomédico – “influenciou a estruturação de cursos de saúde, que priorizam a transmissão técnica de conteúdos focados na doença e na prática da reabilitação curativa individual” (p. 1288).

Para a medicina, portanto, os sintomas do paciente passaram a representar um sinal, que indica a presença ou a possibilidade de uma doença localizável no organismo por meio do método anátomo-clínico, permitindo investigar o quadro clínico, formular o diagnóstico e direcionar o tratamento. A medicina compreende o sintoma como sinal de uma disfunção orgânica, que deve ser corrigida por meio de sua eliminação, visando à cura da doença (Moretto, 2013).

Quinet (2003) aponta que o saber através do olhar clínico permite ao médico identificar o sujeito em uma determinada classificação apoiada pelos manuais diagnósticos, determinando os aspectos sintomáticos à nomeação de um transtorno. Dessa forma, o autor argumenta que a produção do patológico ocorre entre o ver e o saber, o visível e o enunciável.

Para que haja essa relação entre o sintoma e a doença, ou seja, o estabelecimento de relação do significante com o significado, é necessária a intervenção de um ato que será efetuado pelo olhar médico. Este transforma o sintoma em um significante que significa imediatamente a doença como sua verdade, fazendo assim do sintoma um sinal, um signo mórbido. (...) O ato médico constitui o saber através do *olhar* clínico, da composição do *quadro* clínico em sua minuciosa descrição, fazendo do visível o

enunciado da doença. Ele aproxima assim o ver e o saber, o visível e o enunciável, tendo como resultado a produção da verdade da patologia. (Quinet, 2003, p. 119, grifos do autor).

Por sua vez, a descoberta freudiana do inconsciente e a construção de um novo campo de saber – a psicanálise – subvertem a dissociação promovida pela ordem médica entre o corpo e mente, dando à “clínica” um novo sentido através da suposta existência de uma razão inconsciente e de um envolvimento do sujeito na manutenção do seu sintoma (Rinaldi & Bursztyn, 2008). Assim, seguindo em direção oposta, a psicanálise vai dizer que o sintoma nem sempre corresponde a uma disfunção orgânica e/ou patológica, porém pode ser assimilado como um derivado do inconsciente, que revela uma verdade sobre o sujeito e que não deve ser eliminado, mas sim interpretado.

Ao longo do seu percurso teórico, a psicanálise apresentou várias concepções do sintoma, sempre enfatizando a sua função de estabilização psíquica. Relembremos Freud, que, num primeiro momento, formula a teoria de que os sintomas neuróticos são manifestações de conflitos entre o Eu e as pulsões sexuais, que, por determinação da cultura, são impedidas de se tornarem conscientes por uma defesa psíquica. Denominado de recalque, esse mecanismo de defesa não consegue deter a pulsão em sua totalidade, permitindo-lhe manifestar por novas vias de satisfação no campo inconsciente. O sintoma é concebido como uma dessas vias, representando um modo substitutivo de satisfação para os desejos sexuais não realizados. Nesse sentido, torna-se evidente o caráter problemático e paradoxal do sintoma: se, por um lado, ele representa uma satisfação; por outro, torna-se motivo de sofrimento para o sujeito (Freud, 1920/2010).

Freud descobriu que trazer esse conflito para o campo da consciência por meio da interpretação seria uma estratégia de liberar as vias psíquicas bloqueadas pelos mecanismos de defesa, possibilitando, assim, a dissolução do sintoma. Todavia, em sua prática clínica, Freud constatou que só a interpretação era insuficiente para direcionar o tratamento, identificando algo na estrutura psíquica que não era regido somente pelo princípio do prazer, isto é, aquilo que orienta a nossa existência em prol da vida e da convivência em sociedade. Desse modo, Freud aproximou a satisfação encontrada na repetição, no sofrimento e no desprazer dos sintomas a algo muito peculiar do ser humano, associado à predisposição à agressividade e à autodestruição: a pulsão de morte (Freud, 1920/2010).

A pulsão de morte era entendida por Freud como “uma tendência que levaria à eliminação da estimulação do organismo. Assim, o trabalho dessa pulsão teria como objetivo

a descarga, a falta do novo, a falta de vida, ou seja, a morte.” (Azevedo & Mello Neto, 2015, p. 70). Dessa maneira, ao estabelecer a sua segunda dualidade pulsional, Freud observou que esse elemento, que rege o aparelho psíquico em direção ao retorno de um estado inanimado, não é totalmente apreendido pela linguagem e, em função disso, se fundamenta em um núcleo suscetível de interpretação do sintoma.

3.2 A clínica da “invenção”

Por sua vez, ao retomar os conceitos freudianos a partir da linguística estrutural, Lacan (1998) inaugurou o aforismo do inconsciente estruturado como linguagem. Em um primeiro momento de seu ensino, a elaboração do conceito de sintoma é influenciada pela prevalência do simbólico. Partindo da ideia de que “é o mundo das palavras que cria o mundo das coisas” (Lacan, 1998, p. 277), ele designa o homem como um ser simbólico, atravessado pela linguagem e que, portanto, é submetido a ela. O inconsciente torna-se uma estrutura, que pode ser apreensível por meio das palavras; logo, o sentido que porta o sintoma pode ser desvelado a partir da mensagem endereçada ao Outro (Maia, Medeiros, & Fontes, 2012).

Ao retomar as formulações freudianas em “Além do princípio do prazer” para dizer sobre a persistência do sintoma e seu caráter de satisfação paradoxal, Lacan inaugurou o conceito de gozo, situando, tal como Freud fez com o conceito de pulsão de morte, esse componente opaco, que escapa ao sentido, que ora se serve do prazer, ora do desprazer. É diante desse desconforto que o sujeito busca formas de tratamento para dar conta da opacidade de seu gozo. Entretanto, muitas das vezes, ele se torna refém de uma produção interminável de sentidos, que sempre serão insuficientes. Dessa forma, o sintoma passa a ser compreendido a partir das formulações lacanianas como uma defesa diante do gozo em excesso, que estrutura a nossa existência (Val et al., 2017).

Nesse cenário, a direção do tratamento analítico deixa de ter como foco as estratégias interpretativas, que podiam fazer com que o sujeito se relançasse em uma produção ilimitada de sentidos. A partir de então, o objetivo não era mais dissolver o excesso do gozo, mas restituí-lo a partir das soluções singulares encontradas por cada sujeito. Para tal propósito, “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 denunciase a impossibilidade de o campo simbólico abarcar completamente o gozo.” (Val et al., 2017, p. 1293).

Esse modo de intervir, quando bem-sucedido, seria capaz de fazer com que o sujeito se implicasse nesse instante de sua experiência analítica, sendo protagonista na produção de saídas inéditas, que possibilitassem algum contorno dessa impossibilidade. Assim, o sujeito seria convocado a construir um saber singular sobre a verdade do seu gozo, que, mesmo não se inscrevendo em uma lógica válida para todos, poderia trazer um certo alívio para seu mal-estar.

A verdade do sintoma é uma verdade construída. Numa análise busca-se, portanto, que a palavra plena surja por meio da transferência e do trabalho de retificação subjetiva, no qual o sujeito pode se implicar com aquilo mesmo que o faz sofrer, se dando conta de sua parte em seu sintoma, assumindo sua história. (...) Não caberia nem seria possível ao analista revelar ao sujeito o significado desse recalco que retorna, mas é possível, ao sujeito, construir sua verdade num processo analítico. (Maia et al., 2012, p. 54).

“A orientação analítica de nossa clínica requer que estejamos permanentemente atentos à invenção. Nossa tarefa não é a de interpretar ao infinito, mas de estar prontos para ouvir a surpresa.” (Stevens, 2003, p. 81). Em vista disso, a clínica psicanalítica não compreende o sintoma como algo a ser abolido, atenuado ou até mesmo curado, mas como um sintoma a ser assumido, inventado ou até mesmo construído pelo sujeito. Portanto,

com Lacan avançamos nesta concepção [sobre o sintoma] a partir de uma elaboração teórica precisa que distingue o sintoma “patológico” do qual se queixa o sujeito neurótico e o *sinthoma* como solução inventada pelo sujeito para lidar com o irreduzível do real do sintoma. Trata-se de uma nova proposta para a clínica do sintoma cuja direção visa localizar no sujeito o seu ponto de incurável e uma nova solução frente ao manejo do gozo. Orientar-se pelo sintoma seria, então, um modo de lidar com o sintoma, não tentando dele se desembaraçar, mas identificando-o como sua maneira de gozar. (Bursztyn & Figueiredo, 2012, p. 142).

Nessa perspectiva, Eidelberg et al., 2009), citados por Val et al. (2017), dizem que, se consideramos na prática o sintoma como a solução encontrada pelo sujeito, precisamos compreender a sua função e avaliar com cuidado as consequências de sua remoção. Val et al. (2017), ao convocarem para uma reflexão sobre esse ponto, sugerem, como exemplo, um sujeito, que se queixa do excesso de peso. Para o conhecimento médico-científico, esse excesso de peso pode gerar danos à saúde, o que nos permite fazer uma associação direta entre

obesidade e doença. Por conseguinte, a intervenção dos profissionais consistirá em prescrever orientações dietéticas e comportamentais, o que, na prática, não traz grandes resultados. Os autores, também, apontam que é comum que esse mesmo sujeito seja encaminhado ao atendimento psicológico para que o sentido do seu comportamento seja desvendado. Contudo, ressaltam que as manobras de interpretação pouco contribuem para um reposicionamento do sujeito. Como resultado, tende-se a associar a obesidade à preguiça e à falta de força de vontade, indicando intervenções mais extremas, tais como as cirurgias bariátricas.

Val et al. (2017) alertam sobre os efeitos nocivos para o sujeito, como os altos índices de depressão, suicídio e outros sintomas psíquicos, determinados pela extinção do sintoma ao desconsiderar o intervalo necessário para as elaborações subjetivas e construções de novas saídas. E seguem dizendo que o real escancarado do gozo é, sem dúvida, fonte de angústia para os profissionais. Todavia, devemos lembrar que esse elemento impossível pode tanto apresentar um potencial destrutivo quanto pode, também, impulsionar os sujeitos a se movimentarem na construção de 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 (...). 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. (Val et al., 2017, p. 1294).

Quinet (2009) aponta que a direção do tratamento analítico deve incluir o sujeito em duas vertentes, as quais devem caminhar juntas, sendo por um lado a inclusão do sujeito do inconsciente com sua fala, sua história; e, por outro, o acolhimento dos sintomas, manifestações da sua singularidade. Para o autor:

Isso significa incluir o sujeito no saber sobre sua patologia, seu *pathos*, seu padecimento. Por outro lado, incluir o sujeito no tratamento é fazê-lo corresponsável por ele, solicitando do sujeito seu comprometimento, a começar pelo reconhecimento da “escolha” de sua patologia. Essa inclusão se opõe a paternalizá-lo ou prestar-lhe cuidados de maternagem. (Quinet, 2009, p. 49).

A prática psicanalítica se sustenta na relação que o sujeito estabelece com o seu analista a partir da repetição de vivências primitivas com o campo da alteridade, o que Freud chamou de transferência. Essa relação constitui-se de modo essencial para a formulação do diagnóstico bem como para o direcionamento do tratamento. Desse modo, ao reconhecermos a importância da apreensão desse conceito para a prática analítica, faremos um breve retorno à obra freudiana sobre a transferência.

Vemos que o aparecimento da noção de transferência é concomitante ao surgimento da psicanálise. Freud trata, desde o início da sua obra, do surgimento e da dinâmica da transferência, destacando tanto a sua importância quanto os embaraços, que ela pode ocasionar durante o tratamento.

Freud (1895), no início de seus estudos sobre as neuroses, escreveu “Estudos sobre a histeria” em parceria com Breuer, em que discutem o caso de Bertha Pappenheim, conhecida no meio psicanalítico pelo pseudônimo de Anna O. Esta foi uma paciente de Breuer submetida à hipnose, que teve seu tratamento encerrado precocemente por iniciativa do médico. Segundo Freud, a interrupção precoce do caso ocorreu devido ao choque produzido em Breuer pela manifestação da transferência da paciente. Diante dos efeitos da transferência e da contratransferência em sua vida privada, Breuer abandonou o caso e deu a paciente por curada. Porém, diante da decisão do médico, a paciente apresentou uma gravidez nervosa diante do impacto causado pela interrupção abrupta do tratamento, reagindo com a produção de um sintoma neurótico.

A partir desse caso relatado por Breuer, Freud começou a compreender que há uma relação entre a sintomatologia produzida e o rompimento prematuro do vínculo afetivo entre Anna O. e o seu médico. A tentativa de sedução, através da emergência do sintoma neurótico, nada mais é do que a emergência do desejo de ser ouvida e, com isso, demonstra que não somente a repetição dos acontecimentos traumáticos, mas a fala de modo geral, pode proporcionar resultados terapêuticos. Dessa forma, Freud conclui que a intervenção do médico tem a capacidade de influenciar, alterar e, até mesmo, produzir novos sintomas no paciente.

Foi no ano de 1905 que Freud testemunhou sua primeira experiência negativa com a materialidade da transferência na ocasião da análise de Dora, o que o levou a atestar que o analista desempenha, indubitavelmente, um papel na transferência do analisando. Freud dirigiu esse caso clínico a partir dos referenciais sobre a sexualidade neurótica e da ideia de que a relação transferencial estabelecida entre a paciente e o analista é marcada pela repetição das relações arcaicas de Dora com a figura paterna. Freud, ao se recusar a ser o objeto amoroso de

sua paciente, contrapôs uma resistência, que desencadeou uma transferência negativa por parte de Dora.

A interpretação errônea¹⁷ da transferência de Dora, levou Freud à construção da noção de bissexualidade no complexo de Édipo e de ambivalência inerente ao sentimento transferencial. Diante disso e dos impasses desse caso clínico, Freud constatou as perturbações geradas pela contratransferência na condução do tratamento e alertou para a necessidade de mantê-la sob controle:

A experiência de se deixar levar um pouco por sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente sem perigo. Nosso controle sobre nós mesmos não é tão completo que não possamos subitamente, um dia, ir mais além do que havíamos pretendido. Em minha opinião, portanto, não devemos abandonar a neutralidade para com a paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência. (Freud, 1915/1996, p. 214).

Nesse sentido, a percepção da dinâmica transferencial iria subsidiar o desenvolvimento do conceito de complexo de Édipo, tão essencial para Freud. Em um primeiro momento, as descobertas de Freud sobre o complexo de Édipo coincidem com as formulações sobre a dinâmica da transferência, o que levou o autor a dizer que, no processo terapêutico, o analista será colocado no lugar de uma das imagos primordiais do sujeito. Logo, é diante das relações estabelecidas entre o complexo de Édipo e a transferência que se evidenciam os entraves e, ao mesmo tempo, os benefícios da transferência para o tratamento (Lourenço, 2005).

Nos textos “A dinâmica da transferência” (1912/1996) e “Recordar, repetir e elaborar” (1914/1996), Freud articula a relação da transferência com a compulsão à repetição e com a resistência bem como identifica a transferência positiva e a negativa. A partir de então, o pai da psicanálise indica que as transferências são reedições, que ocorrem por meio da reprodução de afetos e experiências vividas no passado com pessoas importantes da vida do sujeito, as quais são deslocadas para a pessoa do analista. Para Freud, a disposição inata e as contingências da história individual vão fazer com que o sujeito adote uma forma específica de experienciar

¹⁷ Como dissemos, sob transferência, o paciente revive os afetos com o analista, que podem ser bons ou ruins. No caso de Dora, vemos que essa transferência foi negativa, levando Freud a admitir que o abandono da paciente do tratamento aconteceu por que ele não interpretou a transferência, impedindo o manejo clínico adequado nesse processo. Freud admite seu erro e aproveita desse mesmo erro para também justificar a publicação do caso, destacando a importância e o cuidado que o psicanalista precisava ter com a relação médico/paciente.

sua vida erótica. Portanto, no decorrer da sua vida, o sujeito irá repetir certos padrões de relacionamento de outrora sem que ele mesmo tenha consciência destes.

Contudo, Freud diz que transferência e a resistência andam juntas do início até o fim do tratamento. A resistência aparece justamente pelo fato de que a lembrança e a associação livre podem levar à emergência do saber inconsciente. Nesse aspecto, o paciente irá repetir sob transferência ao invés de recordar, pois receia que os conteúdos recalçados de suas fantasias sexuais conflitivas possam se atualizar no presente.

Aprendemos que o paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência. Podemos agora perguntar o que é que ele de fato repete ou atua (*acts out*). A resposta é que repete tudo o que já avançou a partir das fontes do reprimido para sua personalidade manifesta – suas inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter. Repete também todos os seus sintomas no decurso do tratamento. (Freud, 1914/1996, p. 94).

No caso específico das neuroses, verificamos que há uma fixação ainda maior de protótipos afetivos, que são dirigidos à figura do médico, uma vez que o conteúdo da transferência é sempre sexual. De acordo com Lourenço (2005), a transferência

não é peculiar a um ou outro tratamento, mas à própria neurose; o sentimento transferencial encontra-se pronto, por antecipação, só aguardando a oportunidade de dirigir-se à figura do médico, a qual, por sua vez, ocupa na transferência o lugar de algum personagem importante na história do paciente. (p. 143).

Val et al. (2017) destacam a importância da transferência para a prática psicanalítica:

Essa relação [entre sujeito e analista] é fundamental para a formulação não só do diagnóstico, mas também do tratamento. O sujeito, nesse 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 seu sintoma. (p. 1296).

Figueiredo (2002) apresenta, em seu livro “Vastas confusões e atendimentos imperfeitos”, alguns requisitos necessários para que uma prática possa ser chamada de

psicanálise. A primeira diz respeito ao campo com o qual o psicanalista trabalha, a saber: o que Freud denominou de realidade psíquica. Como sabemos, a realidade psíquica é uma forma de existência do sujeito, que se difere da realidade material, tendo em vista que ela é regida pela fantasia e pelo desejo¹⁸ no terreno do inconsciente.

Não compete ao trabalho analítico definir se as manifestações são verdadeiras ou provenientes da realidade psíquica, mas sim de compreender o que o sujeito faz com aquilo que o perturba, pois “Trata-se da única realidade que diz respeito e interessa ao sujeito, a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha; enfim, se põe no mundo e, até mesmo, se desconhece.” (Figueiredo, 2002, p. 127). Portanto, só é possível tratar o sofrimento psíquico a partir daquilo que é expresso em palavras pelo sujeito dessa realidade psíquica.

A segunda condição mencionada pela autora para que ocorra o trabalho analítico é a dinâmica da transferência. Figueiredo (2002) esclarece que o uso da palavra como recurso terapêutico não é exclusivo da psicanálise. No entanto, aponta que a sua especificidade está “em ater-se radicalmente às produções de fala dos sujeitos como indicações dessa realidade. O pacto analítico é um pacto de fala” (p. 124). Desse modo, o dispositivo analítico se estabelecerá a partir do “binômio fala-escuta”, circunscrevendo um modo de fala através da transferência.

Fala-se para um outro que, num primeiro momento, é aquele que atende. Há aí um deslocamento da fala como desabafo, queixa, pedido de alívio etc. para um plano que podemos chamar de reflexivo ou indagativo. É preciso, em algum momento, querer saber sobre o que se diz. E o que se diz vem carregado de intenções, afetos, contradições que podemos definir como variações da transferência. Isso pode acontecer como que acidentalmente para uns, ou depender mais diretamente da ação do analista. Não há como prever nem como garantir que os que procuram atendimento se envolvam nessa empreitada. Ao analista cabe manter a oferta a seu modo, sem coação, é óbvio, mas com clareza de seu propósito e, sabendo esperar, dar tempo ao sujeito. (Figueiredo, 2002, p. 125).

Figueiredo (2002) segue dizendo que, para o sujeito, de início, aquele que o atende deve possuir o saber/poder de cura do seu mal-estar, porém o analista não promete a cura e realiza

¹⁸ Para Jacques Lacan (1958-1959/2016), a estruturação do desejo “é a aventura primordial do que se passou em torno do desejo infantil, do desejo essencial, que é o desejo do Outro, ou o desejo de ser desejado.” (p. 282). Para melhor compreensão do conceito de desejo em Lacan, sugere-se consultar o “Seminário Livro 6”, no qual o autor faz uma explanação mais ampliada.

uma aposta ao firmar um pacto, um convite a pensar, para que o sujeito coloque a sua queixa em questão para ele mesmo. Assim, a transferência deixa de ser uma expectativa imediata de cura e transforma-se em transferência analítica.

A atitude do sujeito de demonstrar ao analista algo da sua realidade psíquica através da fala é a transferência. É a partir dessa dinâmica instalada que o analista poderá se servir dela, favorecendo o processo analítico, desde que sustente uma nova modalidade de relação, que permita localizar o saber ao lado do sujeito.

Isso posto, Figueiredo (2002) discorre sobre a terceira condição para a psicanálise, que é o conceito de *a posteriori*, também chamada por ela de “só depois”:

A interpretação é um recurso do analista. O que, como e quando interpretar são questões correntes entre analistas. Porém, o que se impõe aqui como uma terceira condição é uma determinada concepção do tempo que é a mola-mestra da interpretação: *Nachträglichkeit – a posteriori* ou posterioridade, que também podemos chamar de “só depois”. Uma palavra ou ação do analista só tem valor de interpretação, como efeito, num tempo posterior. (p. 125).

Dito isso, a autora esclarece que o tempo para a psicanálise não é linear e que, portanto, o conceito de *a posteriori* não diz respeito à ação passada sobre o presente, e nem sobre um tempo progressivo, que visa à regressão. Ao retomar a Freud, Figueiredo (2002) esclarece que “é uma reorganização, uma reinserção dos traços de memória cujo tempo não é previsível nem controlável.” (p. 126). O trabalho analítico sobre a realidade psíquica só é possível através “da retroação de um tempo atual sobre o anterior, seja no trauma, na constituição da fantasia, no sintoma ou na cena analítica.” (p. 126). Logo, o trabalho de elaboração também ocorre no “só depois” das sessões, por meio de sucessivos deslocamentos ao longo do tratamento analítico, permitindo variar a repetição e a posição do sujeito frente à sua realidade psíquica.

Em suma, a psicanálise não concebe o mal-estar do sujeito como algo que está na ordem do defeito e que deve ser corrigido, mas em um excesso de incômodo do gozo. Nesse sentido, é uma clínica que demanda ao sujeito dizer sobre o seu desejo de que modo ele se satisfaz e quais as consequências disso.

Segundo Val et al. (2017), a psicanálise nos ensina que “o sujeito já chega ao analista com uma resposta – o sintoma – a uma pergunta que ele não sabe exatamente qual é” (p. 1296). A tarefa do analista consiste em acompanhar o sujeito na elaboração de uma pergunta, permitindo-lhe construir um saber singular a partir da sua experiência com a linguagem e com

seu modo de gozo. Para tanto, é necessário dar lugar ao saber do sujeito, para que ele possa associar suas queixas à sua história, de maneira que o seu dito retorne como resposta: “O *saber*, nesse caso, não representa um conhecimento teórico, mas uma experiência singular de responsabilização que permite certo contorno do impossível.” (p. 1296, grifo do autor).

Motta (2013) compreende que, portanto, não cabe a discussão sobre o que seria o melhor para o sujeito: renunciar ou satisfazer-se. Segundo a autora, o psicanalista deve fazer operar uma clínica, que vai contemplar “o retorno de um saber viver, de um desejo que faz viver, e não uma prática clínica moralizadora de identificação do sujeito com o seu gozo e sua culpa.” (p. 34).

3.3 A “prática entre vários¹⁹”: o lugar do psicanalista na equipe

Conforme já apontamos, Freud (1919/2010), de certo modo, já previa a presença da psicanálise nas instituições públicas de saúde ao dizer que, em algum momento, a sociedade despertaria para a necessidade de também ofertar a escuta analítica para toda a população, inclusive os mais pobres. Isso posto, ele mesmo fomentou a criação de instituições gratuitas, onde os pacientes sem condições de bancar o tratamento analítico na clínica privada poderiam acessá-lo de modo gratuito.

Constatamos que, na atualidade, a presença da psicanálise nessas instituições é bem diferente da forma como Freud previu inicialmente: “A inserção do psicanalista aí [nas instituições] traz algumas questões e dificuldades, pois o contexto institucional convoca-o a atuar num campo que o coloca em um lugar diferente, fugindo, muitas vezes, das regras básicas do dispositivo analítico instituído por Freud.” (Meyer, 2016, p. 112). Como pontuam Victor e Aguiar (2011), dois aspectos fundamentais se apresentam:

Em primeiro lugar, as instituições são constituídas por equipes interdisciplinares e não somente por analistas. Em segundo, e mais importante, é que, marcadas pelo discurso médico, essas equipes tendem a preferir terapias psicológicas focadas no ajustamento

¹⁹ “A prática entre vários é uma estratégia clínica inventada por Antonio Di Ciaccia, e sustentada com alguns outros, em sua experiência com a psicanálise aplicada na instituição Antenne 110 na Bélgica, para crianças autistas e psicóticas, a partir de sua decisão de demonstrar um axioma de Lacan, isto é, como as crianças autistas estão inscritas na linguagem. (...) essa prática surgiu a partir dos impasses reconhecidos como tal por Di Ciaccia e alguns outros, em que acontecimentos repetitivos se presentificavam como formas desreguladas de gozo, convocando uma intervenção da equipe.” (Figueiredo et al., 2006, p. 124).

de comportamentos e emoções do paciente, para que este responda de maneira adequada ao tratamento médico ao qual estiver submetido. (p. 43).

Zenoni (2000) traz importantes contribuições para refletir sobre a presença da psicanálise no contexto institucional ao alertar que não podemos simplesmente encaixá-la em um novo *setting*, o que seria, na visão do autor, transferir o consultório do psicanalista para o interior da instituição, fazendo com que esta apareça como apenas um envoltório do consultório do psicanalista. Ele argumenta que, ao pensar a instituição desse modo, estamos ignorando a razão de sua existência e, conseqüentemente, a natureza da clínica, que ela acolhe.

Quando discutimos para saber quando a instituição é compatível com o consultório do analista ou não, desconhecemos a razão da existência da instituição, porque, antes de existir para eventualmente tratar do sujeito, a instituição existe para acolhê-lo, colocá-lo ao abrigo, colocá-lo à distância, assisti-lo. Antes de ter um objetivo terapêutico, a instituição é uma necessidade social, uma resposta social a fenômenos clínicos (...). (Zenoni, 2000, p. 14).

Nessa direção, o autor aponta a necessidade de reconhecemos as diferenças do que vem a ser a proposta de tratamento dessas duas práticas, da psicanálise e da instituição, para que possamos melhor lidar com elas e construir, a partir de cada caso, uma relação que potencialize o trabalho clínico. Assim, não devemos nos ocupar em saber se a psicanálise pode ou não ser aplicada na instituição, mas sim pensarmos de que forma a clínica institucional pode se beneficiar do discurso analítico, permitindo contribuir no tratamento ofertado. Portanto, para Zenoni (2000), “A questão não é de saber qual psicanálise praticar na instituição, mas qual instituição praticar na psicanálise. (...) Colocar o problema nesses termos supõe reconhecer a motivação clínica da instituição.” (p. 16).

Atualmente, a presença do psicanalista nas instituições públicas de saúde é cada vez mais notória. Sua participação nesse campo foi mais efetiva quando, a partir da RS e da criação do SUS, ocorreu a inserção de equipes multidisciplinares nos serviços de saúde (Victor & Aguiar, 2011). É crucial ressaltarmos que a entrada da psicanálise na saúde pública ocorre através do profissional psicólogo, uma vez que não existe, nos quadros funcionais, o cargo de psicanalista.

É através da RP e com o surgimento dos chamados serviços substitutivos em Saúde Mental que foram sendo constituídos novos campos de atuação para profissionais das mais

diversas áreas do saber, possibilitando a formação das equipes multidisciplinares compostas por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e educadores físicos entre outros (Amarante, 2010). Sabemos que, até a época dos movimentos pela RP, a psicanálise estava mais restrita aos psiquiatras e de difícil acesso aos demais profissionais. No entanto, hoje, vem sendo apoiada pela maioria dos profissionais psicólogos (Figueiredo, 2019).

Em um primeiro momento, a iniciativa de criação de novos dispositivos de tratamento da loucura foi, em grande parte, atingida pela RP, instaurando uma rede de serviços substitutivos em todo o país. Entretanto, destacamos a necessidade de uma reflexão sobre os novos modos de acolhimento e tratamento do sofrimento psíquico no campo público, que impõe uma reflexão permanente sobre as práticas clínicas nesse campo, tendo em vista os impasses encontrados.

Observamos que, nas instituições de saúde, predomina o saber dos manuais e dos protocolos, os quais objetivam tamponar a falta presente no cotidiano institucional, ou até mesmo orientam uma prática *a priori*, que desconsidera o caso a caso, comportando a exclusão da singularidade do sujeito. Por sua vez, os profissionais que compõem as equipes multidisciplinares nas instituições de saúde, em sua maioria, são orientados pelo discurso biológico vigente nas ciências da saúde e consolidados pelo saber médico. Por isso, “o discurso médico que atravessa a instituição responde à urgência, inerente ao serviço público, em diagnosticar apressadamente e tratar com medicação e/ou técnicas de adaptação, voltadas a esclarecer, orientar e aplacar a angústia dos pacientes e familiares.” (Nicolau & Barros, 2021, p. 8).

Nesse contexto, Moretto (2019) assevera que o desafio que se impõe ao psicanalista é elaborar, em conjunto com as equipes de saúde, um modelo de atenção orientado por uma outra concepção de saúde, permitindo um novo olhar sobre o sujeito na cena médica. Para tal propósito, Nicolau e Barros (2021) dizem que o psicanalista tem o compromisso ético de apontar a falha no saber com o intuito de abrir espaço para o benefício da dúvida. Contudo, um grande desafio que se institui ao operador da psicanálise é “transpor a barreira da demanda institucional, de que fiquemos no lugar do discurso do mestre, aquele a quem se supõe que tem as respostas” (p. 3). Os mesmos autores ainda discorrem que, ao não responder do lugar de mestre, o analista convoca o sujeito a falar do seu mal-estar, possibilitando que ele mesmo produza seus próprios significantes, que marcaram a sua história e que lhe permitem pontos de ancoragem para os sentidos, os quais atribui aos acontecimentos.

Oliveira (2004) pontua que é fundamental que o analista busque deslocar o olhar corriqueiro sobre a doença para escutar as produções discursivas do paciente a partir do lugar

que ele mesmo o coloca; isto é, na transferência. Do mesmo modo, também, é de suma importância o trabalho com a equipe de saúde com vistas ao desenvolvimento de uma modalidade de transferência, que permita ao psicanalista ocupar um lugar favorável tanto para interrogar as intervenções e condutas dos profissionais quanto para propiciar a interlocução entre os saberes presentes no campo institucional. Nessa perspectiva, Nicolau e Barros (2021) orientam que o psicanalista não deve se ocupar somente do atendimento dos usuários do serviço, tendo em vista que “corremos o risco de entrar na lógica da produção (a do capital) e, por isso, a importância de nos mantermos em uma posição de *extimidade* em relação à equipe” (p. 3, grifo dos autores).

Ao discutirem sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde, Moretto e Prizskulnik (2014) afirmam que o simples fato de ingressar numa instituição não significa que a sua inclusão esteja efetivada assim como o lugar do psicanalista em uma equipe não corresponde a uma vaga no quadro funcional daquela instituição. Portanto, *a priori*, esse lugar não está dado e precisa ser construído para que o psicanalista possa operar. Do mesmo modo, a sua inserção é um processo de construção.

A “inserção” do psicanalista é um processo que tem a ver com o seu ato – o ato do psicanalista. Estamos falando de algo que tem a ver com um posicionamento simbólico, uma localização subjetiva, e que, portanto, leva em conta um processo psíquico que envolve, no mínimo, um “eu”, um “outro” e uma estrutura que os contém e delimita de forma a garantir a qualidade de “dentro/fora” de qualquer que seja o elemento que a constitua. (Moretto & Prizskulnik, 2014, p. 290).

Nesse contexto, o processo de inserção do psicanalista na equipe tem a ver com esse processo psíquico, que implica uma determinada posição em relação ao Outro tal como ocorre na clínica, onde o ato psicanalítico incide sobre a posição do sujeito em seu discurso. A especificidade do fazer analítico na instituição de saúde deve estabelecer como eixo de direção o sujeito e sua palavra, atentando-se para o dizer implícito presente em seu discurso. O manejo da relação transferencial possibilitará ao psicanalista acatar a queixa do paciente ou o pedido da equipe de saúde como elemento para que um trabalho subjetivo aconteça e possa ser realizado pelo sujeito de sua intervenção.

Quando se discute sobre a entrada e a inserção, se o psicanalista está inserido ou não naquela equipe, é preciso uma reflexão sobre o que está em jogo, que nada mais é do que a construção desse lugar chamado psicanalista. Cabe àquele que se aventurou a trabalhar com a

psicanálise a responsabilidade por esse processo de construção, pois “o que define o caráter analítico de uma prática não é o local onde ela se realiza, mas o lugar de onde o operador da Psicanálise faz ato.” (Moretto, 2019, p. 26).

Espera-se que o propósito de um psicanalista inserido na instituição de saúde seja propiciar que algo da ordem do analítico aconteça. Mas, para que isso ocorra, é necessário que o seu corpo seja implicado na cena institucional em função e presença, conforme destacam Prado, Anjos e Estevão (2021):

O corpo do analista aqui está em dois campos: diante da equipe e em relação às pessoas que atende de diversas formas. Em ambos os casos, o analista é suporte da discursividade analítica, sustentando a partir dessa posição as condições e possibilidades de que efeitos analíticos aconteçam. Estando dentro da instituição, faz parte da equipe, mas, sustentando a discursividade, está fora, assinalando a posição que Lacan chama de *extimidade*. (pp. 26-27, grifo do autor).

Jacques Lacan compreende o ato analítico como possibilidade de um não regramento dos comportamentos e formas de intervenção por parte do psicanalista. A teoria lacaniana, portanto, orienta que esse ato deve ser guiado pela ética da psicanálise, que, por sua vez, diz respeito à sustentação da posição do analista enquanto presença²⁰, operador fundamental para que o campo analítico possa se constituir (Prado et al., 2021).

Não basta apenas haver alguém que se disponha a falar do seu mal-estar e outro que disponha a escutar, já que a psicanálise propõe uma escuta ancorada em posição ética. Nesse sentido, o trabalho do psicanalista é permeado por uma ética, que o difere dos demais profissionais de saúde; ética do desejo por diferença à ética do bem, que se deve sustentar sem nenhuma promessa de cura e da imposição do que é considerado como “bom” para o paciente. De acordo com Moretto (2013):

A Ética da Psicanálise não é a Ética do Bem. O psicanalista não se presta a transformar o seu trabalho num trabalho adaptativo, referenciado em padrões de patologia e normalidade que cada vez mais se distanciam da singularidade do desejo de cada um.

²⁰ “A presença do analista, tal como Lacan nos indica, constitui um operador fundamental para o tratamento e encontra, desde sua proposição do desejo do analista, como uma função fundamental para a operação analítica. Trata-se, nesta perspectiva, de tomarmos essa função nos termos do desejo como causa, apoiado da castração como mola propulsora do tratamento.” (Vilanova, 2016, p. 8).

Em Psicanálise existem normas, sem dúvida alguma, mas estas se limitam às normas do desejo de cada um. E se um analista tem de fazer um juízo, é um juízo sobre sua própria ação. (p. 53).

Segundo Silveira (2014) e Michels (2021), a clínica do caso a caso é uma posição ética que a psicanálise pode auxiliar a sustentar na saúde pública, desde que, mesmo sendo convocado a ocupar o lugar de especialista, o psicanalista possa preservar um “não saber” sobre o caso. O reconhecimento de um sujeito desejante em sua falta inconsciente é o que instaura a ética da psicanálise e que, portanto, ao contrário do cogito cartesiano, o sujeito da psicanálise é aquele que existe precisamente no ponto onde não se reconhece.

O psicanalista, enquanto membro de uma equipe multidisciplinar, apresenta-se na posição de um especialista. O rigor desse saber e a especificidade dessa prática trazem à tona um estilo clínico que implica no entendimento acerca do humano como aquele que existe onde não sabe – isto é, ao contrário do cogito cartesiano, o sujeito da Psicanálise é aquele que existe justamente na parte que desconhece de si mesmo: o inconsciente. Portanto, o reconhecimento de um sujeito desejante em sua falta inconsciente é o que inaugura a ética da Psicanálise. (Michels, 2021, p. 10).

Lacan alerta que o analista deve estar atento ao que fazemos no contexto em que atuamos. Em vista disso, esta pesquisa nos interroga sobre o que fazemos junto às equipes multidisciplinares na direção de um resgate daquilo que é da ordem do singular. Então, há de compreendermos, em termos psicanalíticos, o que uma equipe de saúde espera do analista e qual demanda é direcionada a esse profissional.

Moretto (2013), ao discorrer sobre o seu trabalho no hospital, aponta que, comumente, a demanda de uma instituição é da ordem do “acalmar, eliminar qualquer espécie de angústia que estivesse circulando no ar, convencer os pacientes de alguma coisa que ainda não se conseguiu, de socorrer” (p. 21), de modo que o analista é convocado a “tapar um buraco” (p.22). A autora compreende que o psicanalista é convocado pela equipe a dar fórmulas, que eliminem a angústia, e ela só aparece quando não tem significantes, que simbolizem o buraco no real. Portanto, o único caminho para “acabar com a angústia é fazer com que o angustiado fale, signifique o seu buraco” (p. 22).

No que tange ao trabalho com a equipe, é primordial concedermos espaço para a falta, não tamponar esse buraco em relação ao saber, uma vez que tudo saber não é possível.

Advertido disso, o psicanalista deve estar implicado em transformar o atendimento em um lugar de interrogação da teoria, estimulando a equipe a questionar as concepções preestabelecidas e a suportar o não sabido. Moretto (2013) afirma que, em certas situações, é preciso que o analista esteja atento para não dizer nada; praticar o que ela chama de um silêncio responsável; isto é,

no sentido de que ele [o silêncio] é uma resposta a essa demanda, que provoca no ouvinte a suposição de saber. Pois bem, suposto o saber, ou, melhor dizendo, colocado o analista nessa posição de sujeito suposto saber (posição esta imposta pelo próprio analista e que de certa forma não deixa de ser uma impostura necessária para que se faça Psicanálise, onde quer que esteja o profissional) (...). E é só a partir desse lugar que ele pode operar analiticamente. (Moretto, 2013, pp. 22-23).

Entretanto, o fato de o analista não responder à altura do que demanda a equipe não quer dizer que seu trabalho esteja inviabilizado. De outro modo, ao operar o seu trabalho sustentado na ética, facilita o estabelecimento de uma articulação entre a clínica do sujeito e a do cidadão, mas é preciso que o analista esteja atento quanto ao manejo dessas demandas para que os ideais institucionais não se sobreponham ao trabalho clínico.

Nesse sentido, o lugar do analista na equipe de saúde é um lugar de trabalho, mas também de promoção de trabalho, onde a “sua inserção só é possível como consequência, a partir do estabelecimento de um campo de relação transferencial no qual o lugar de onde o psicanalista opera não corresponde, necessariamente, ao lugar no qual a equipe o coloca.” (Moretto & Prizskulnik, 2014, p. 294).

Figueiredo (2005), ao discorrer sobre o trabalho coletivo em equipe, sugere a proposição lacaniana de “transferência de trabalho”²¹, advertindo que não se deve confundir com a ação de transferir o trabalho de um profissional para outro, uma vez que “a transferência que deve operar no trabalho em equipe deve ser norteadada pelo fato de que há um objetivo comum às diferentes profissões, que é uma determinada concepção da clínica pautada no sujeito” (p. 47). Para a autora, essa é uma condição essencial para a instauração de um laço produtivo, que pode ser compartilhado entre os membros da equipe. Figueiredo (2005), ainda,

²¹ “O termo ‘transferência de trabalho’ foi cunhado pelo psicanalista Jaques Lacan para diferenciar da ‘transferência’ vertical que ocorre no tratamento psicanalítico. A ‘transferência de trabalho’ deve ser horizontal e se refere ao cartel, dispositivo de pesquisa de sua Escola que deve reunir pequenos grupos para trabalhar em parceria partilhando responsabilidades.” (Figueiredo, 2019, p. 83).

destaca que o movimento que ocorre na transferência é do sujeito. No entanto, na “transferência de trabalho”, o movimento é de cada um da equipe em direção às atividades, elegendo seus pares como parceiros da clínica. Dessa maneira, as intervenções serão baseadas no que se apresenta do sujeito por meio dos seus endereçamentos à equipe.

Conforme já apontamos até aqui, é evidente que o campo da saúde pública estimula o trabalho em equipe. Podemos denotar que esse novo arranjo faz parte das conquistas do movimento antimanicomial e sanitário, que redirecionaram o modelo de atenção à saúde implantado no país. Contudo, Figueiredo (2019) aponta que esse redirecionamento para a prática de um trabalho em equipe impõe “novos desafios clínicos, teóricos, políticos, e mesmo profissionais” (p. 81). A autora destaca que um desses desafios é a realização do trabalho de equipe. Nesse novo modelo de atenção à saúde, o profissional psi não pode mais trabalhar sozinho, isoladamente, mas deve realizar o seu trabalho em conjunto com outros profissionais.

Moretto e Prizskulnik (2014) afirmam que, quando a equipe exclui a subjetividade como elemento inerente ao espaço institucional, podemos dizer que o psicanalista está operando naquele coletivo de forma isolada, porque compete a ele, por ser uma atribuição do seu trabalho, ser o profissional responsável para acolher os elementos psíquicos, que incomodam e desestabilizam o cotidiano do serviço. Frente a um “não querer saber” por parte da equipe, o trabalho do psicanalista pode se encerrar naquele momento, restando-lhe uma prática distanciada dos pares. Por outro lado, as autoras pontuam que, quando as equipes endereçam ao psicanalista o desejo de retorno sobre os casos, um “querer saber”, essa atitude denota o envolvimento e a interação entre os profissionais comprometidos com a oferta de um trabalho mais efetivo dentro das instituições de saúde. Para Moretto e Prizskulnik (2014), o psicanalista que desenvolve um trabalho clínico isolado revela que sua presença na instituição não é necessária, dado que, ao estar presente na instituição, significa não só assumir as especificidades de seu trabalho enquanto analista, mas também de comprometer-se com os demais profissionais, que nela trabalham.

Nessa perspectiva, se o psicanalista tem a oportunidade de trabalhar tanto com o paciente quanto com a própria equipe, integralizando as ações de modo a tratar dos ruídos e das dificuldades de ambos, podemos afirmar que ele conseguirá promover, de fato, um verdadeiro trabalho em equipe interdisciplinar. Figueiredo (2019) compreende que não é suficiente que o psicanalista tenha apenas um bom convívio com os diferentes profissionais que integram a equipe, sendo preciso construir o trabalho em parceria nas equipes. Nesse sentido, para a autora:

Fala-se em “projeto interdisciplinar” e, mesmo, em uma prática transdisciplinar como modelo para esse trabalho. Seja como for o enlaçamento entre as disciplinas e suas dinâmicas, o profissional “psi”, psicólogo ou psicanalista, deve operar a partir do que recolhe como efeito de suas intervenções, a partir das palavras e ações de cada um dos pacientes/usuários e demais agentes profissionais ou não que estejam envolvidos em cada caso. (Figueiredo, 2019, pp. 81-82).

Abreu (2008) ressalta a “prática entre vários” como possibilidade de manejo da clínica psicanalítica frente às demandas impossíveis, tendo como protagonista, nesse trabalho, o ato do analista. Figueiredo (2005) chama a atenção para o fato de que, mesmo atuando em equipe, o psicanalista deve responsabilizar-se por seu ato, já que este só se situa no um a um: “O ato é solitário, mas nem por isso intransmissível. Pode-se produzir um saber a partir do que deve ser compartilhado. A responsabilidade do ato de cada um também é partilhável e deve ser retomada em determinado momento do trabalho coletivo.” (p. 45). Desse modo, a clínica entre vários corresponde a uma “aposta no sujeito, na capacidade de produção de discurso, atrelada à posição da equipe que pode colaborar nesta direção.” (Abreu, 2008, p. 76).

Abreu (2008) diz que é possível engendrar um discurso, que aposta no sujeito do inconsciente mesmo havendo diferentes abordagens discursivas no campo institucional. O referido autor elenca quatro eixos fundamentais para que essa prática possa se operacionalizar. O primeiro diz respeito à desespecialização: para além do saber de cada profissional que compõe a equipe, é preciso apostar no saber do paciente. O autor ressalta que a condição alienada de identificação a um diagnóstico por parte dos pacientes e o papel reforçador pela equipe podem impedir a sua capacidade inventiva frente ao adoecimento.

A identificação à nomeação advinda do discurso científico conduz à alienação. O sujeito tende a seguir no caminho da repetição, atrelando-se aos ganhos secundários e não produzindo corte em sua cadeia para o surgimento de um novo significante que possa representar melhor sua história. O que se busca numa intervenção é a descoberta, melhor dizendo, invenção de um significante, que faça corte, que produza para o sujeito um sentido outro, que o localize em lugar seguro frente ao gozo que o atormenta. (Abreu, 2008, p. 77).

Nessa direção, aponta como segundo eixo a formação e destaca que o analista não deve se deter apenas ao estudo da teoria psicanalítica, mas também buscar formar-se por outras vias,

como a análise pessoal e a supervisão, para que um trabalho analítico na instituição seja possível.

O autor diz que, em situações de grupo, o analista deve estar atento às invenções do sujeito. Portanto, o terceiro eixo se trata da invenção. Ao citar o caso de um paciente que se nomeia como “cantore do CAPS”, Abreu (2008) conclui que “Numa instituição devemos estar atentos às invenções dos sujeitos. Estamos ali não para criar para ele, mas para dizer sim às suas invenções, para testemunhá-las apenas em alguns casos” (p. 78).

E, por fim, anuncia que o quarto eixo seria a transmissão: é no espaço das reuniões de equipe que o analista traduz em ato o seu lugar, participando da construção coletiva de respostas clínicas e das estratégias para o cotidiano do tratamento. Sobre as reuniões, o autor diz:

É o lugar de esvaziamento do gozo próprio, de circulação da palavra e de construção do caso clínico. Lugar onde a troca de angústias dos técnicos, de olhares singulares e de circulação das construções dos sujeitos por nós assistidos, onde os lugares possam se reinventados a cada caso que se apresenta. (Abreu, 2008, p. 79).

Nicolau e Barros (2021), ao relatarem a experiência de trabalho enquanto psicanalistas na equipe multidisciplinar de um ambulatório hospitalar, serviço que acolhe crianças com autismo e outras síndromes infantis, afirmam que “trocar experiências com a equipe é a única via para instaurar uma transferência de trabalho que torne possível algum efeito junto aos profissionais, capaz de sensibilizá-los para a experiência do inconsciente.” (p. 3). Nessa direção, acreditamos que uma grande contribuição da psicanálise para o trabalho em equipe ocorre nas reuniões, momento em que podemos encontrar profissionais mais abertos e flexíveis para discussão e construção do caso clínico.

Para Figueiredo (2019), as reuniões são de suma importância para redirecionar o cuidado no sentido de traçar um caminho comum para diferentes ações adotadas pelo coletivo. Nesse sentido, a reunião de equipe também é o instante em que “o profissional deve tornar mais ‘pública’ sua experiência e dar maior visibilidade ao que faz, prestando contas de seus atos e compartilhando suas decisões.” (Figueiredo, 2019, p. 81). Na opinião de Prado et al. (2021), é também nesse momento que o psicanalista é convocado a colaborar com a sua escuta clínica. Apoiado na ética da psicanálise, este pode trazer à tona as formações do inconsciente e o posicionamento subjetivo daqueles para quem ofertou sua escuta: “Deve-se levar em conta que haverá, por parte dos demais profissionais, também uma transferência com o analista e com a própria psicanálise. Todas estas questões devem ser levadas em conta e manejadas pelo analista

que se insere em tal esfera”. (Prado et al. 2021, p. 03). Para os autores, as reuniões de equipe são oportunas para o processo de inserção institucional do psicanalista, demarcando o lugar da psicanálise e suas possíveis contribuições frente às diversas circunstâncias, que perpassam o cotidiano dos serviços.

Para além das hierarquias existentes na instituição, o momento da reunião clínica deve ser a oportunidade de enfrentar os impasses e os desafios que a própria clínica coloca a todos, seja qual for a formação de cada um, em que se possa tomar a palavra e sustentá-la a partir de um lugar específico. Não se trata apenas de interlocução, mas de um trabalho em que se enfrenta o real da clínica, a partir da posição de cada um no caso clínico em discussão e da dificuldade com que cada membro da equipe se depara em sua prática. (Rinaldi & Bursztyn, 2008, p. 37).

4 A PSICANÁLISE E O APOIO MATRICIAL: UMA INTERSECÇÃO POSSÍVEL?

“Sertão, – se diz –, o senhor querendo procurar, nunca não encontra. De repente, por si quando a gente não espera, o sertão vem.” (Rosa, 1985,).

4.1 O analista-matriciador e a clínica da extensão

Vimos, no capítulo anterior, que o psicanalista que atua no campo institucional, a partir do seu trabalho com pacientes e equipe, deve se responsabilizar pela transmissão do saber que ali se constrói, visto que essa clínica, ao ocorrer na instituição de saúde, produz efeitos tanto para a clínica quanto para a própria instituição. Logo, uma teoria que advém da prática clínica deve interessar ao psicanalista. Desse modo, é tarefa do psicanalista, que trabalha nas instituições públicas de saúde, presentificar a psicanálise no mundo; em outras palavras, fazer a extensão da psicanálise, tal como propôs Lacan (1967/2003).

Conforme, também, já destacamos até aqui, é de suma importância a escuta do singular do sujeito e das equipes que compõe os serviços de saúde na AB. Prado (2016) enfatiza em sua pesquisa que a AB permanece à margem da atuação do psicanalista, pois se trata de um campo relativamente novo, que precisa ser explorado e valorizado pela comunidade analítica. No que diz respeito à atuação do psicanalista sob a lógica do matriciamento, a autora compreende que esse é um processo e, tal qual a construção do lugar do psicanalista na equipe de AM, “é um trabalho construído diariamente, que necessita ser constantemente reconstruído.” (p. 90). Nesses termos, Prado (2016) destaca que, sobre a necessidade de reinvenção do analista diante das demandas de trabalho, o campo da AB interpõe e destaca, portanto, que é um novo lugar a ser construído pelo “analista cidadão”.

Laurent (1999), ao criticar o modelo de psicanalista padrão, criou o termo analista cidadão. Para o autor, o analista contemporâneo deve atualizar a sua função e tem o dever ético de se ocupar das diversas manifestações do sofrimento humano. Em suas palavras:

Os analistas têm que passar da posição de analista como especialista da desidentificação à de analista cidadão. (...). Os analistas precisam entender que há uma comunidade de interesses entre o discurso analítico e a democracia, mas entendê-lo de verdade! Há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora. (Laurent, 1999, p. 8).

Eric Laurent (1999) adotou o termo analista cidadão com o intuito de desconstruir a postura profissional adotada por muitos psicanalistas entre o final da década de 1970 até a década de 1990. Segundo o autor, nessa época, os psicanalistas assumiram a posição de intelectual crítico com uma prática muito reservada, comportando-se de modo marginal ao contexto social; portanto, alheios às questões sociais. É contra essa posição que o autor se insurge ao promover uma reflexão sobre a atuação do analista no campo social, tendo em vista os interesses da articulação entre o discurso psicanalítico e a democracia.

Elia (2018) adverte que a psicanálise não propõe um modelo de democracia, mas ressalta que a sua sobrevivência só é possível em ambientes democráticos. Para o autor, o autoritarismo e a ditadura são inimigos mortais da psicanálise e afirma que “qualquer forma de regime totalitário não convém à psicanálise.” (s.p.). Por sua vez, Coelho (2021) assegura que se a psicanálise não existe sem a democracia, de modo igual a democracia também não existiria sem a existência da psicanálise, uma vez que não seria possível o trabalho de desconstrução das narrativas mitológicas, que constituem o seu discurso, de tal modo que está em sua ética e sua política. A autora esclarece:

O conceito de democracia com o qual estamos trabalhando requer um sujeito tal como a psicanálise o postula, uma vez que o *status* pulsional e ético do sujeito do inconsciente, por encerrar o conflito, encerra uma potência de subversão discursiva que pode furar a tessitura espessa de regimes políticos que se encarregam de banir o desejo do horizonte subjetivo. (Coelho, 2021, p. 90).

Portanto, no campo da saúde pública, o analista cidadão deve estar atento quanto à efetivação de uma rede democrática de assistência à saúde, na luta pelo respeito e pela garantia dos direitos de cidadania, contribuindo com o fomento de políticas públicas, que incluam a dimensão subjetiva. O analista, juntamente com as equipes de saúde, portanto, “devem incidir nessas questões, tomar partido e, por meio de publicações, por meio de intervenções, manifestar que querem um tipo determinado de saúde mental.” (Laurent, 1999, p. 10). Contudo,

O analista, mais além das paixões narcísicas das diferenças, tem que ajudar, mas com os outros, sem pensar que é o único que está nessa posição. Assim, com os outros, há de ajudar a impedir que, em nome da universalidade ou de qualquer universal, seja

humanista ou anti-humanista, esqueça-se a particularidade de cada um. (Laurent, 1999, p. 9).

Nesse sentido, compreendemos que o trabalho do analista no campo da AB pode possibilitar a criação de um lugar onde a clínica se faz operar e onde o sujeito se faz acolher na sua singularidade, o que “permite uma passagem de uma clínica a dois a uma clínica dita coletiva: uma clínica feita por muito, uma prática entre vários” (Abreu, 2008, p. 76), tal como destacamos no segundo capítulo.

Desde a sua criação, o que caracteriza o AM é a sua originalidade permanente para a construção e a inovação das práticas de saúde. Tendo isso em vista, propomos, neste trabalho, o uso do termo “analista-matriciador”, para caracterizar o psicanalista inserido na AB atuando sob a perspectiva da oferta do matriciamento às equipes de saúde. Assim, elencamos algumas funções e atribuições do analista-matriciador nesse espaço de atuação:

intervir nos processos de trabalho, incentivar a circulação da palavra entre as equipes, colocar em cena os casos considerados difíceis, ampliar as possibilidades de intervenção, a presença de um matriciador que está “dentro-fora”, ordenação do fluxo dos casos, entre outras. (Alves, 2021, p. 57).

Ao extrair a dimensão singular de cada caso, apostamos que o analista-matriciador pode fazer operar o discurso da psicanálise nos serviços da AB, auxiliando as equipes de saúde na condução e direção do tratamento e, ao mesmo tempo, contribuindo para a democratização do acesso à saúde mental no SUS. Ao discorrer sobre o trabalho do psicanalista nas equipes de saúde, Prado (2016) destaca que o AM é uma estratégia potente para que o acesso à saúde mental seja democratizado. Atuando nesse campo, o analista-matriciador “tem antes de qualquer coisa a função de agente de transformação social, e faz isto pela sua escuta, pela sua aposta no sujeito da linguagem, pela sua crença na singularidade, na diferença de cada invenção e na sua concepção de verdade não toda.” (Abreu, 2008, p. 80).

Percebemos que, cada vez mais, o usuário dos serviços de saúde pública tem uma posição privilegiada no próprio tratamento. Logo, a ética da psicanálise apresenta-se como um instrumento, que pode potencializar essa posição de autonomia e responsabilização. Se considerarmos os diversos elementos técnicos que enquadram a atividade clínica do psicanalista, vemos que sua ética é um conceito norteador, o qual pode atravessar os discursos

dos demais e fortalecer a cidadania dos usuários dos serviços de saúde, principalmente os da saúde mental, por meio do matriciamento. (Michels, 2021).

Sabe-se que é através da ética da psicanálise que se torna possível a expansão do universo da falta; isto é, ao superar a suposição do saber e da alienação que mantém o sujeito na posição de assujeitamento. Para Michels (2021), o assujeitamento do usuário no serviço público se dá pela tomada de posições narcísicas de mestria por parte dos profissionais que compõem as equipes de saúde, o que pode ser repensado, segundo o autor, mediante a clínica do cartel²² e a transmissão da ética psicanalítica. Em suas palavras, “Pensar nesses termos não implica ensinar a ética da Psicanálise, ou sua percepção teórica metapsicológica, às equipes multidisciplinares, mas sim transmitir a ética da falta e os limites do saber direcionado ao sujeito.” (Michels, 2021, p. 11). O autor argumenta:

A montagem do cartel em consonância com a presença do mais um é, imagetivamente, compatível com um encontro de matriciamento no qual a Psicanálise se faz presente pela presença de um profissional identificado com ela. O psicanalista, enquanto mais um no dispositivo de matriciamento, torna possível a ampliação do olhar da equipe sobre o caso, inaugurando novas possibilidades ao projeto terapêutico singular (...). Ou seja, não se trata de preencher os limites discursivos dos demais saberes com a selvageria de termos ensimesmados sobre a teoria psicanalítica, mas sim incrementar a atenção e o cuidado em saúde com o reconhecimento da dimensão do desejo. (Michels, 2021, p. 11).

Concordamos com Michels (2021) que o AM e seus dispositivos podem se constituir como ferramentas suscetíveis à difusão da psicanálise, desde que haja a possibilidade de uma psicanálise em extensão, que direciona sua atenção ao desejo próprio do humano: “A ética da Psicanálise, reveladora da existência de um sujeito barrado e desejante, torna-se um elemento balizador das ações multidisciplinares, pois desconstrói discursos institucionalizados e objetualizantes.” (p. 11).

²² “O cartel, na teoria lacaniana, diz respeito à dinâmica de um pequeno grupo que, por meio da função do mais um possibilitaria a transmissão da ética do sujeito do desejo. Nesse sentido, o mais um, como integrante do grupo, é aquele que motiva a produção de um saber e, assim, perpetua o desejo de saber próprio daquele grupo.” (Michels, 2021, p. 11).

Essa é uma posição metodológica, ética e política que a psicanálise sustenta nesse campo: a clínica do um a um. Uma clínica que reconhece a importância da dimensão da política para todos, da “saúde para todos” com suas ferramentas epidemiológicas que evitam agravos à saúde e mortes, não sem a dimensão das necessidades específicas no caso a caso, que demarcamos como singular. (Alves, 2021, p. 58).

Conforme destaca Holck (2011), “saúde para todos” é o *slogan* daqueles que prometem garantir o máximo alcançável de bem-estar físico e mental por meio de “uma política das burocracias sanitárias baseadas nas classificações e avaliações que pretende deixar de fora o sintoma.” (p. 119). Portanto, no contexto da AB, o analista-matricizador é aquele que irá trabalhar numa clínica em extensão²³, isto é, para além da clínica psicanalítica tradicional, extraindo a singularidade de cada caso e de cada equipe, que compõe os serviços de saúde.

De que modo o AM pode ser um veículo de transmissão da ética do desejo para que os profissionais de saúde também possam inventar um saber-fazer para além dos protocolos? Quais as ferramentas metodológicas do matriciamento, que dialogam com a ética psicanalítica?

4.2 A construção do Caso Clínico em Psicanálise e o PTS: aproximações

Tendo em vista a diversidade de arranjos²⁴ de trabalho que o AM pode se subsidiar para a efetivação de sua prática na AB, destacaremos, aqui, a construção do caso clínico por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Encontramos, nesse arranjo de AM, uma proximidade maior com o discurso analítico, pois a noção de protagonismo do usuário ensejada no PTS dialoga com conceitos caros para a psicanálise, a saber: singularidade e implicação do sujeito. Além disso, o PTS estimula a construção de uma rede de cuidados, que é singular para cada sujeito atendido, convocando diferentes profissionais para além de suas convicções técnicas.

Ressaltamos que não objetivamos propor que o PTS se sustente no modelo epistemológico psicanalítico, mas sim possibilitar a abertura de uma perspectiva de entendimento que privilegie a queixa do sujeito, contribuindo, desse modo, para a composição do singular de cada proposta terapêutica (De Luccia et al., 2015).

²³ Clínica em extensão é um conceito adotado por Silveira (2014) para referenciar o trabalho do analista na clínica ampliada, “aquele que trabalha além do *setting* tradicional da clínica e utiliza o referencial psicanalítico como um dos norteadores da intervenção, pode ser tomada como uma psicanálise em extensão.” (p. 80).

²⁴ Relembremos alguns instrumentos do processo do matriciamento: elaboração de PTS, interconsulta, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta, grupos, educação permanente e abordagem familiar entre outros.

Nesse sentido, acreditamos que o analista-matricizador pode contribuir na elaboração do PTS por meio da construção do caso clínico ao escutar as lacunas dos discursos, direcionando os olhares para o resgate da dimensão singular do sujeito e da equipe de saúde responsável pelo cuidado. Os estudos de Prado (2016) e Alves (2021), também, apontam que a construção do caso clínico em psicanálise pode colaborar com a construção de um PTS.

Freud (1937), no texto “Construções em análise”, aponta que o analista, também, deve ter uma postura ativa no dispositivo analítico, cujo papel é primordial no processo junto ao seu paciente. Para o autor, se ao paciente cabe falar, associar, recordar, repetir e elaborar, por sua vez, o analista tem como função a tarefa de construir a verdade, que provém desse trabalho de elaboração. Freud, então, emprega o termo “construção”, diferenciando-o como uma interpretação necessária à proximidade ao ponto fundamental do caso. A interpretação é situada como decifração de algum elemento recalcado isolado do material do paciente. Já a construção, por sua vez, pretenderia situar o sujeito frente a um fragmento de sua própria história, porque sob o efeito do recalque o sentido foi esquecido.

Nesse aspecto, a psicanálise, desde a sua fundação, pode ser definida por um método clínico, em que o tratamento e a investigação se coincidem, extraindo uma verdade particular a cada caso. Desse modo, se o material clínico é singular e não pode ser reduzido em fórmulas predeterminadas, uma vez que os efeitos não são regulares e nem previsíveis, vimos, desde Freud, que a via de transmissão do saber extraído do fazer clínico se dá pela via da construção do caso (Dias & Moretto, 2017).

Para situar o método da construção do caso clínico em psicanálise, observemos a definição que Viganò (1999) traz da origem etimológica da palavra “caso” e da palavra “clínica”, apontando para o que vem a ser o fazer clínico:

Caso vem do latim *cadere*, cair para baixo, ir para fora de uma regulação simbólica; encontro direto com o real, com aquilo que não é dizível, portanto, impossível de ser suportado. A palavra clínica vem do grego *kline* e quer dizer leito. A clínica é ensinamento que se faz no leito, diante do corpo do paciente com a presença do sujeito. É um ensino que não é teórico, mas que se dá a partir do particular; não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito. (Viganò, 1999, p. 40).

De acordo com Figueiredo (2004), a “construção de caso” se mostra um importante dispositivo clínico para o trabalho em equipes de saúde mental. Conforme aponta a autora, a construção se baseia no arranjo dos diferentes elementos do discurso do sujeito a partir da

partilha por parte da equipe e de determinados elementos dos casos atendidos, visando a um trabalho conjunto, ou seja, com a finalidade de definir como equipe uma conduta para uma dada situação. A autora, ainda, traz uma significativa distinção entre construir e interpretar um caso:

Construção é diferente de interpretação, por exemplo. A construção é um arranjo dos elementos do discurso visando a uma conduta; a interpretação é pontual visando a um sentido. Eis uma primeira diferença. A finalidade da construção deve ser justamente a de partilhar determinados elementos de cada caso em um trabalho conjunto, o que seria impossível na via da interpretação. Assim, a *construção* pode ser um método clínico de maior alcance. (Figueiredo, 2004, p. 78, grifos da autora).

Figueiredo (2004) ainda ressalta a importância da partilha desses elementos para a efetividade do trabalho, uma vez que o discurso do sujeito pode ter um endereçamento fragmentário ou bem específico a determinado profissional. Em outras palavras, a construção do caso clínico consiste em escutar o discurso do sujeito, seus atos e as respostas que ele evidencia a partir do seu sintoma, das intervenções do analista e de seus efeitos na instituição, produzindo uma abertura para que uma equipe possa dialogar de modo democrático em direção ao tratamento. Portanto, sucintamente, podemos definir que a construção do caso clínico em psicanálise “é o (re)arranjo dos elementos do discurso do sujeito que ‘caem’, se depositam com base em nossa inclinação para colhê-los, não ao pé do leito, mas ao pé da letra. Incluímos aí também as ações do sujeito, entendendo que são norteadas por uma determinada posição no discurso.” (Figueiredo, 2004, p. 79).

Segundo Paulino e Mota (2020), a construção de caso clínico é uma metodologia de trabalho comumente adotada pelo psicanalista em contextos institucionais, visto que são espaços formados por profissionais heterogêneos, que nem sempre se orientam pela teoria psicanalítica. Nesse sentido, Figueiredo (2004) nos diz:

O que caracteriza a construção do caso na equipe de saúde mental, e diverge do trabalho mais específico do psicanalista, é exatamente o fato da equipe ser heterogênea em sua composição – diferentes profissionais e referências teóricas e técnicas, diferentes níveis de formação. Mas é justamente por meio desse trabalho “coletivo” que a discussão do caso deve ir na direção do “aprendiz da clínica”, ou seja, colher das produções do sujeito

os indicadores para seu tratamento, e não, ao contrário, impor o modelo da reabilitação em sua dimensão pedagógica e moral, como acontece com frequência. (p. 83).

A mesma autora ainda reforça que o diferencial na construção de caso clínico diz respeito a uma atitude indicada pela psicanálise, “que pode ser tomada mesmo por não psicanalistas” (Figueiredo, 2004, p. 84), mesmo que ela entenda que a presença de um psicanalista poderia favorecer esse trabalho, sob condição de estar advertido para não ocupar o lugar de mestre, de detentor do saber.

Paulino e Mota (2020) também destacam que é fundamental aos profissionais implicados na construção de caso orientar-se por um vazio de saber:

O vazio de saber institucional lança a introdução neste ambiente da possibilidade de não saber, não ter a resposta e permitir ideias inventivas do próprio sujeito. É conseguir se distanciar do saber produzido institucionalmente, das práticas cultivadas naquela organização e que são ditas qualificadas, dando lugar ao aprendizado e reconhecendo os impasses, o embaraço, o que a equipe vem enfrentando como intratável. (p. 236).

Ao discorrer sobre a importância da sustentação desse vazio de saber, com vistas a dar espaço à invenção e à ocorrência do inconsciente, Alves (2021) orienta não o confundir com o vazio da assistência, pois se trata de um vazio que acolhe a palavra da equipe e/ou do paciente, condição fundamental para a condução do caso. Para tanto, é preciso que os profissionais participantes da construção de um caso clínico permitam-se colocar na posição de aprendiz da clínica e abstenham-se do seu saber já constituído até então. Viganò (2010) também reconhece que essa condição é extremamente necessária, para que, a partir das narrativas dos protagonistas em torno do caso, seja possível encontrar o ponto cego, aquilo que a equipe ainda não enxergou, seja pela cegueira causada pelo seu saber em demasia ou pelo medo da pura ignorância:

Este ponto comum, a falta de saber, é o lugar do sujeito e da doença que o acometeu. A construção do caso consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente. Naturalmente, o que o paciente deve ensinar não passa por sua consciência e não pode ser dito em uma fala direta, mas mediante nossa escuta das particularidades,

das coincidências que foram escandidas de sua história, do enigma de seus atos falhos, recaídas, ausências etc. (p. 2-3).

Desse modo, o sujeito é convocado para ser o verdadeiro agente de mudanças em seu próprio caso, ao passo que a equipe será norteada de forma que as suas ações possam promover condições para que o sujeito possa aparecer e se implicar com o seu sofrimento (Viganò, 1999). Viganò (2010) citado por Paulino e Mota (2020), revela que a construção de um caso é a construção de um ato quando houve um ato. De acordo com as autoras, isso relaciona-se com o

(...) ponto de um não retorno, de deslizamento do sujeito em questão em relação à sua posição no início do tratamento, deslizamento não para uma ruptura com o campo do Outro (tentativas de suicídio, heteroagressões, autoagressões) mas sim um deslizamento para um bem dizer, um ato de construção de um discurso: de como se sofre e como se está implicado neste sofrimento. Freud em suas construções clínicas fez isso magistralmente, pois para ele construir um caso era construir teoria. (Paulino & Mota, 2020, p. 234).

A construção de caso em psicanálise deve favorecer a queda do ideal de que a soma de saberes seja o suficiente para dar conta da especificidade do sujeito, uma vez que os pontos de insistência da relação do sujeito com os profissionais ficam à margem de uma compreensão totalizante (Alves, 2021). Portanto, “A construção do caso no apoio matricial é uma estratégia importante para que todos os autores se impliquem no caso e busquem os direcionamentos necessários para o cuidado com o paciente.” (Prado, 2016, p. 58).

Por fim, argumentamos que o analista-matricial pode contribuir significativamente para a construção de casos clínicos no âmbito da AB, porque é ele o profissional que se atentará pela escuta das lacunas dos discursos, do singular do sujeito e da equipe que cuida desse sujeito. Para tanto, cabe ao analista-matricial incentivar a construção do caso coletivamente, a fim de responsabilizar os demais atores pelo cuidado e interromper a lógica do encaminhamento tão vigente entre serviços e profissionais de saúde. Além disso, o analista-matricial deve estar advertido de que não deve ensejar certezas, fórmulas e padrões para o caso, mas incentivar a construção do caso a caso, sustentando o lugar da dúvida e da possibilidade de surgir algo de novo: “Não há modelo, a direção é sempre recolher das *produções do sujeito os indicadores para seu tratamento*.” (Alves, 2021, p. 57, grifo da autora).

Por sua vez, o PTS pode ser definido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas com um indivíduo, uma família ou um grupo, que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Geralmente, essa ferramenta de cuidado pode ser indicada para situações mais complexas e visa à extração da singularidade como elemento central da clínica ampliada, buscando deslocar-se do sintoma e da doença para o sofrimento e o contexto em que estes se apresentam.

O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (Brasil, 2007). A noção de singularidade advém da especificidade irreprodutível da situação sobre a qual o PTS atua, relacionada ao problema de uma determinada pessoa, uma família, um grupo ou um coletivo. (Brasil, 2014, p. 55).

Podemos dizer que o PTS tem como característica a construção democrática, pois envolve diversos protagonistas do caso (sujeito, família, profissionais e demais atores sociais) ao permitir que cada um contribua e ao mesmo tempo se responsabilize pelo cuidado. Ao incluirmos a concepção da singularidade para a construção do PTS, podemos convocar a psicanálise como balizadora nesse processo, já que ela visa a extrair a dimensão desejante do sujeito. Nessa seara, o discurso psicanalítico permite um movimento no sentido de assegurar que os serviços de saúde se constituam como espaços prioritários para a emergência da singularidade em sua expressão mais particular; nesse caso, o sintoma (Dias, 2019). Daí, podemos notar o ponto convergente entre o PTS e a construção de caso em psicanálise conforme discutimos anteriormente.

De acordo com De Luccia et al. (2015), a definição de PTS interroga a própria definição de saúde, tendo em vista que o termo “projeto”, presente na nomenclatura desse dispositivo de matriciamento, traz a ideia de algo que está para além de um simples plano, organização e/ou ações orientadas para a resolução de um determinado problema. A palavra “projeto” é derivada do latim *pro*, que significa “para frente, adiante”. Já *iacere* significa “jogar, atirar”; e, juntando as duas palavras, temos o termo *pro-ieto*, que denota “atirar para frente”, uma ação futura. Por sua vez, o termo “terapêutico” deriva da palavra “terapia”, que, em grego, significa curar, sarar, e que derivou da palavra *therapon* (cuidador que acompanha, no presente) (Mezzacappa & Rodrigues, 2017).

Para De Luccia et al. (2015), a ideia de projetualidade contida no PTS permite a ampliação da capacidade de pensar, criar realidades; portanto, novos possíveis.

Essa definição [de projeto] aponta outra maneira de pensar a saúde, suplantando a ideia posta de saúde como bem-estar físico-psíquico-social ou como reparação de dano, delineando uma nova projetualidade: a produção de vida, a invenção da saúde de cada sujeito. O PTS sai da dicotomia estabelecida pela Medicina de que saúde é não ter nenhum tipo de doença, abrindo novas possibilidades de pensar o conceito de saúde e tirando a cura como ideal. (De Luccia et al. 2015, p. 52).

Nesse aspecto, o protagonismo e a singularidade descritos no PTS são conceitos que aparentam visar à inclusão do sujeito no processo de decisões a respeito de sua saúde e da direção do seu tratamento. Oliveira (2010), ao comentar sobre o artigo 6º da Política Nacional de Humanização (PNH, 2007), no qual diz que “Toda pessoa tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção”, destaca:

Para a PNH, autonomia e protagonismo dos sujeitos traduz a capacidade de criação e o saber de cada um no processo de construção coletiva de novos modos de se relacionar no trabalho, ou seja, autonomia como capacidade de agir deliberado, produzido pelas capacidades de cada um, de seus desejos, interesses e necessidades. (Oliveira, 2010, p. 24).

No entanto, a autora alerta, mais adiante, que se trata de uma autonomia relativa, uma vez que toda autonomia é efeito “da confluência de elementos e definições de outros planos, desde o inconsciente, passando pelo acaso, indo até o plano das determinações socioeconômicas, políticas e culturais.” (Oliveira, 2010, p. 24). Desse modo, a autora traduz a autonomia como sendo resultado “de um plano singular *entre a vontade do sujeito e as forças que sobre ele agem no plano da História.*” (p. 24, grifo da autora).

Ao incluirmos o protagonismo do sujeito no PTS, colocamos em foco a produção de saúde a partir do próprio movimento do usuário. Para que essa proposta seja possível nos serviços de saúde, De Luccia et al. (2015) afirmam que a estrutura e a função da equipe também devem ter uma atenção especial, visto que a atuação integral entre os membros da equipe favorecerá a responsabilização do usuário em seu tratamento. Os mesmos autores relembram que o PTS foi criado como um dispositivo clínico para o campo da saúde mental e que

considera outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários. Assim, destacam que o PTS “é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações.” (p. 53).

Nessa perspectiva, a denominação “projeto” traz como proposta a intencionalidade de lançar-se ao futuro a partir do que é vivido no presente, considerando as peculiaridades do sujeito. Logo, é a partir dessas vivências que são adotadas estratégias, que estejam comprometidas com a produção de saúde, autonomia e inclusão social, com vistas a permitir o desenvolvimento e a condução de processos terapêuticos e projetos de vida, que englobem não só o protagonismo dos profissionais envolvidos, mas também dos assistidos.

Cabe ainda destacarmos que, apesar de um PTS ser indicado para grupos e famílias, ele frisa o resgate da singularidade como elemento primordial para a articulação do “projeto”. Em consonância com Oliveira (2010), Saad, Abbud e Toledo (2015) pontuam que a introdução do conceito de singularidade deve ser a essência do PTS, pois é o que irá propiciar aos sujeitos e coletivos a produção de saúde de acordo com o contexto singular de cada um. Via de regra, o termo singular, também presente na nomenclatura desse dispositivo, remete à diferença, “não passível de reprodutibilidade, e, portanto, mostra-se menos sujeito a processos de captura pelo planejamento normativo.” (De Luccia et al., 2015, p. 54).

Dias (2019) sugere um outro acento no que diz respeito ao PTS ao apontá-lo como uma diretriz norteadora da singularização do cuidado ao dar ênfase no desejo como traço mais singular do sujeito: “o destaque se dá em torno do que é próprio a cada sujeito e não na criação prévia de um projeto” (p. 48). Desse modo, a autora propõe priorizar o desejo como dimensão singular do sujeito, para que se possa pensar em possíveis projetos ao contemplar o estilo do sujeito. Assim, a autora compreende que o termo “singular” remete à dimensão singular do desejo e nos permite escapar do “engodo de engendrar uma nova cronicidade que poderia se instalar ao se criar uma série de propostas anteriores ao sujeito, prévias a ele, norteando sua proposta de tratamento por ideias de cura, indicando tratamentos pela vida toda orientados pelo viés da assistência.” (p. 48).

Saad et al. (2015) questionam como o psicanalista pode participar do PTS sem perder o essencial de sua forma de dar voz ao sujeito, já que compreendem que esse dispositivo oportuniza a interlocução e o diálogo com profissionais de outros campos, contribuindo eticamente para o processo de transformação social no campo da saúde pública no Brasil. Os autores apontam dois eixos quanto à problemática apresentada. O primeiro diz respeito ao empuxo do capital, caracterizado pelo discurso do capitalista, presente em nossa época

histórica, que transforma os cuidados de saúde em produto a ser consumido. Já o segundo eixo, não menos importante, diz do risco de nos perdermos na busca das transformações sociais em uma espécie de “ideal psicanalítico da saúde mental”, distanciando-nos daquilo que caracteriza o trabalho analítico, a saber, “o caso a caso, a ênfase na singularidade do sujeito, algo oposto ao movimento de massa.” (p. 29). Em comum acordo, De Luccia et al. (2015) alertam:

Um risco que se corre com essa proposta [o PTS] é transformar o dispositivo em protocolo, já que as instituições, com suas configurações burocráticas, tendem a transformar os pacientes em objeto a ser estudado/cuidado e deixam de lado o saber que o sujeito tem de si, de seu corpo, o que dificulta que o desejo advenha. Sustentar a diferença significa sustentar o limite dos saberes e sustentar a falta-a ser, ao mesmo tempo que se cria um espaço possível para o sujeito existir em sua singularidade. Se pensarmos que priorizar o singular de cada sujeito trata-se de ressaltar o que de mais particular ele pode trazer, isso significa caminhar na contramão da burocratização, utilizar a proposta do PTS como um instrumento de trabalho a ser utilizado no caso a caso e não como mais um protocolo a ser cumprido. (p. 54).

De acordo com Oliveira, Veronese e Palma (2009), em uma instituição, os princípios reguladores são fundamentais. Porém, quando o funcionamento desses reguladores se automatiza, corremos o risco de impedir a produção da singularidade e, conseqüentemente, a construção de um saber sobre o seu sofrimento por parte do sujeito. Dessa maneira, as autoras apontam para os embaraços da burocratização, uma vez que, ao assumirem direções que engessam o fazer institucional, tais dispositivos podem impactar diretamente na possibilidade de escuta desses sujeitos, transformando-os em meros objetos de cuidado: “Assim, se configura um funcionamento em que um está a serviço, numa condição objetual, do gozo do Outro, se produzindo uma relação de instrumentalidade.” (p. 1348).

Para superar as ciladas da burocratização da clínica, as autoras sugerem o trabalho com os dejetos institucionais, isto é,

a escuta daquilo que retorna como efeito de um discurso automatizado, circunscrito à impessoalidade. Escutar e apontar para uma palavra que indique a dimensão subjetiva parece ser um recurso fundamental. Servir como suporte para a construção de um arranjo singular, no lugar de uma fala automatizada e subserviente, é um trabalho que exige esforços de várias ordens. (Oliveira et al., 2009, p. 1351).

No texto “A ciência e a verdade”, Lacan (1966) revela que a psicanálise deve buscar a implicação do sujeito em sua subjetividade e sua queixa, já que o saber apoiado na razão científica não abarca a subjetividade do sujeito. Visto que a ideia de protagonismo contida no PTS também convoca o sujeito a ocupar a posição de agente em seu próprio tratamento, podemos dizer que tanto a psicanálise quanto o PTS visam ao mesmo objetivo: a responsabilização do sujeito frente ao que o afeta.

Por sua vez, Lacan (1966) nos diz que, “por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis” (p. 873). Portanto, ao retomarmos a ideia de implicação em psicanálise, evidenciamos o conceito de sujeito. Diferente do campo da saúde, que adota a noção de indivíduo e supõe a integridade de um eu, a psicanálise nos ensina que o sujeito é sempre dividido entre aquilo que é consciente e o que é da ordem do inconsciente. Como diz Lacan, entre o saber e a verdade, o inconsciente surge nas brechas existentes nas informações conscientes. Dessa forma, para além da conscientização da doença e do protagonismo no tratamento, a psicanálise também visa à responsabilização do sujeito pela constituição do seu sintoma, já que este é uma manifestação inconsciente. (De Luccia et al., 2015).

4.3 O analista-matricizador e o trabalho em rede: a “circulação do caso”

O “Guia Prático de Matriciamento de Saúde Mental” (2011) destaca a importância do apoiador matricial no trabalho em rede com outros atores sociais para além das equipes de saúde da AB, envolvendo a educação, assistência social, judiciário etc., a fim de melhorar a resolubilidade da atenção em saúde mental. Viganò (2012) faz uma importante diferenciação entre o trabalho em rede e o trabalho que é realizado em um hospital psiquiátrico:

A passagem do manicômio a rede não é necessariamente um progresso. Pode ser alguma coisa pior que o manicômio. Uma rede puramente institucional traz danos definitivos para os psicóticos. Como dizia antes, o manicômio, enquanto um lugar simbólico, produzia. A rede não produz nada. (...). A rede é uma possibilidade de circulação. (p. 80).

Nesse sentido, para Viganò (2012), um manicômio se caracteriza como um espaço, que fornece aos pacientes uma estrutura física e simbólica, na qual possam se orientar. Já uma rede configura-se por ser um espaço, que promove a abertura para a circulação. No entanto, isso não

quer dizer que uma rede assistencial não possa se organizar em torno de uma orientação simbólica para os casos, mas que deve ser estimulada a construir uma rede conforme a necessidade de cada caso.

Trazemos, aqui, a contribuição do psicanalista Célio Garcia (2011) com a introdução do conceito “redes de redes”, para definirmos o que vem a ser uma construção de rede no sistema de saúde. Segundo o autor (2011), uma “rede de redes” é a matriz para se refletir e adotar uma nova estrutura de atendimento. Entretanto, “Redes de redes não pretende ser uma metodologia geral; ela é uma organização local para uma experiência única, singular; é genérica à medida que se forma a partir de um ponto; contém várias entradas e não conhece ‘centro nem periferia’.” (pp. 123-129).

Nesse sentido, esse conceito traz como proposta a construção de lugares de acolhimento do sujeito, que autorizem a sua entrada, sem a exigência de que, para ser atendido, ele tenha que se submeter ao funcionamento institucional tradicional, que, comumente, é marcado por um certo engessamento. “Cabe ao sistema como um todo não se apresentar sempre no mesmo lugar.” (Garcia, 2011, p. 124).

A proposta apresentada por Garcia (2011) aproxima-se da construção do caso clínico conforme apresentamos no início deste capítulo, pois, também, aposta no “atendimento múltiplo”, em que todos os profissionais, sejam eles ou não da mesma orientação ou grupo, se colocam no mesmo plano ao serem convocados à destituição do saber. Desse modo, a construção de caso, apoiada no conceito “redes de redes”, aumenta as possibilidades de intervenção além de potencializar o trabalho intersetorial, possibilitando, assim, a articulação da rede, que deve acompanhar o sujeito na construção de um “pro-jeto”²⁵ que o lance e relance a vida.

Figueiredo (2019) orienta que a atenção psicossocial, ao se expandir, apara novas articulações e interseções, e não deve perder de vista seu fio condutor inicial na ampliação da sua rede de cuidados. Assim como aponta a autora, vemos, na prática, que a clientela da saúde mental no SUS é cada vez mais constituída por jovens e adultos em vulnerabilidade e risco social. Em vista disso, o analista-matriciador deve estar atento quanto às ações profiláticas e

²⁵ Garcia (2011), também, propõe que, ao escrever a palavra “projeto” separando as sílabas, destaca-se o termo “jeto” (lançar-se, lançamento) assim como o prefixo “pro”. Para o autor, um “pro-jeto” está isento das representações habituais no sentido de única política possível, mas produz alguma coisa sobre a qual não temos controle absoluto. Assim, acompanhar ou conduzir um “pro-jeto” é favorecer alguma passagem na tentativa de inserção no simbólico, uma vez que “há circunstâncias que estão a exigir uma reformulação da prática de atendimento e cuidados” (p. 128).

preventivas, que, muitas vezes, trazem embaraços para a direção do caso. Portanto, é preciso uma disposição para avaliar cada caso e tomar decisões partilhadas com esses outros setores: “É importante notar que os usuários circulam das maneiras mais diversas e singulares entre os diferentes serviços e dispositivos da rede formal e informal. E se desconhecemos esse movimento ou ficamos alheios a isso, perdemos nosso trabalho.” (Figueiredo, 2019, p. 84). A autora segue discorrendo sobre a contribuição da psicanálise para o trabalho na rede intersetorial:

A contribuição possível e importante a partir da orientação da psicanálise deve se dar na ampliação do dispositivo da “construção do caso”, agora promovendo a “circulação do caso” como meio permanente de sua construção. Isso envolve mais atores sociais, profissionais de diferentes origens e setores e a tarefa se torna mais complexa. Para promover essa circulação do caso, é preciso acompanhar o itinerário do sujeito em sua particularidade nos diferentes serviços e dispositivos, para tecer a própria rede ao tecer o caso. (Figueiredo, 2019, p. 84).

Na prática, constatamos que o trabalho em rede traz muitos desafios, quando, muitas das vezes, temos que lidar com condutas de outros atores da rede, que nem sempre são favoráveis para a condução do caso. Citamos, aqui, o caso de um pai, que foi denunciado ao Conselho Tutelar por suspeita de abuso, em que a conduta imediata do órgão foi a retirada da criança sem uma escuta *a priori* e discussão com os demais atores da rede envolvidos no caso. Tal intervenção trouxe uma grande repercussão no território diante de graves infrações disciplinares cometidas pelo órgão, o que quase provocou um desfecho muito trágico para o caso.

Nossa vinheta coaduna com o questionamento de Figueiredo (2019) sobre a tessitura da rede diante da variação inconstante, disseminada e profusa de atores sociais, que ela compõe. Aproximando-se da definição trazida por Guimarães Rosa²⁶, a autora define rede como sendo “uma sucessão de buracos atados por nós” (p. 84). Dessa forma, percebemos que a própria tessitura deixa lacunas, sendo impossível que o tecido se feche totalmente.

Isto significa que não há como controlar e prever cada movimento do sujeito, nem garantir um bom desfecho nas ações propostas. Temos que insistir em continuar

²⁶ “Rede é um monte de buracos amarrados com barbante!” (Rosa, 1985, p. 14).

trabalhando sobre os efeitos de nossas ações para ratificar ou retificar nossas condutas e não podemos abrir mão de seguir o “estilo” do sujeito, suas produções sintomáticas e as consequências de suas escolhas, sempre forçadas pelo que se impõe nas marcas de sua história, mas que sejam escolhas pela vida, sabendo que algo sempre se perde. (Figueiredo, 2019, p. 84).

Assim, o analista-matriciador, ao se dispor para um trabalho de rede, terá que suportar a perda do controle sobre as ações e condutas de outros setores, que podem intervir com a sua autoridade nem sempre da melhor maneira conforme expomos anteriormente. Além disso, Figueiredo (2019) aponta que os profissionais da rede têm que lidar com a perda de controle sobre o próprio usuário enquanto sujeito, visto que este pode não seguir a direção dada ou não atender às orientações de determinada equipe ou profissional, tomando rumos inesperados ou imprevistos. Nesse sentido, a autora diz que tanto o sujeito quanto os serviços perdem. Então, “a perda é dupla, de um lado, os setores se dispersam e as estratégias se confundem, de outro, o usuário circula na precária rede, envolvendo os mais variados serviços e dispositivos, e vai se perdendo em seu endereçamento.” (p. 85).

Silveira (2014) considera que, na prática do matriciamento, é condição *sine qua non* reunir todos os profissionais que conhecem o caso, para que possam falar sobre ele. Segundo a autora, esta abertura para a circulação da palavra entre os membros da equipe permite a ativação da transferência de trabalho e, ao mesmo tempo, a emergência do desejo dos profissionais sobre aqueles casos vistos como “casos perdidos” ou sem saída. Desse modo, “propicia-se um trabalho coletivo de elaboração sobre as situações clínicas difíceis e amplia-se o olhar sobre a complexidade e as possibilidades de intervenção, compartilhando-se as avaliações e as terapêuticas.” (p. 85).

Diante da complexidade oriunda da ampliação e da pulverização com a qual podemos nos deparar na tessitura da rede, já que envolve o trabalho coletivo, Figueiredo (2019) orienta tecer o caso a partir do recolhimento de certos pedaços e/ou estilhaços tal como em um quebra-cabeças com peças soltas. Esse processo se complexifica e se desdobra na “construção-circulação-construção”, uma vez que está submetido a ajustamentos a cada movimento das equipes ou do usuário. A partir da psicanálise, a autora sugere pensar o movimento imbricado nesse processo tal como na estrutura moebiana²⁷, isto é, que não deve haver mais um dentro e

²⁷ Lacan (2005), **9NÃO APARECE NAS REFERÊNCIAS** ao utilizar-se da topologia para discorrer sobre a estrutura do sujeito falante, recorre à fita de Moebius para demonstrar como uma face está diretamente articulada a outra. Percorrendo um dos lados da superfície da fita, ao final, pode-se perceber que, por causa de uma torção,

um fora, pois todos estão concernidos e implicados no processo em um *continuum*. Figueiredo esclarece que o caso não é o sujeito, mas uma construção parcial, em que nunca um recobrirá o outro e, assim, enfatiza o caráter permanente de construção do caso a partir do que se recolhe do sujeito em seu movimento sempre surpreendente.

Se retomarmos a banda de Moebius, o sujeito fica na borda, percorre a borda sem se deixar apreender nem se reduzir ao “caso”, e a construção-circulação do caso entremeia a banda se deslocando à medida que os acontecimentos vão trazendo novos elementos para esse trabalho permanente. Entre os buracos da rede e a torção moebiana do movimento do sujeito, temos que operar a cada caso essa tessitura esburacada. Mas temos que trabalhar para não deixar essa rede esgarçada a ponto de perdermos o sujeito e não sabermos o que fazer justo onde devemos e podemos intervir: na situação, na cena em ato. (Figueiredo, 2019, p. 85).

4.4 O desejo do analista no trabalho coletivo

Vimos, no segundo capítulo, que a transferência é um conceito fundamental para o trabalho do psicanalista no campo institucional. Do mesmo modo, o trabalho do analista sob a perspectiva do matriciamento só é possível se houver vínculo com as equipes e os usuários para que as demandas possam ser trabalhadas. Rinaldi (2009) citado por Alves (2021) lembra que a transferência se estabelece como efeito da dimensão inconsciente e que não necessariamente ela está em comum acordo com a realidade burocrática presente no cotidiano dos serviços, mas que precisa ser trabalhada pelas equipes. Em vista disso, Alves (2021) ressalta a importância de o trabalho ser orientado pela transferência ao demarcar a diferença da noção de vínculo terapêutico, pois o conceito freudiano “rompe a ideia de que um bom vínculo ou um bom encontro sejam encontros amorosos e sem entraves, enquanto relações difíceis, com sentimentos conflituosos, equivaleria à impossibilidade de tratar.” (p. 47).

A teoria freudiana nos ensina que é nesses pontos de tensão e falhas, na contradição, que o sujeito emerge e nos dá pistas para a direção do tratamento. No entanto, indagamos aqui: como pode o psicanalista no campo do AM dirigir o tratamento sendo que nesse campo há a

passa-se, sem sair do percurso, do lado de fora para o lado de dentro, e assim sucessivamente. Portanto, “é do modo como o sujeito se prende, e se desprende (mas para se encontrar tomado de outra maneira) do objeto, sua divisão por este objeto – pela qual já aparece como uma escolha e um consentimento do sujeito – constitui uma estrutura moebiana, a saber, a topologia que dá conta da estrutura do sujeito falante.” (Skriabine, 2013, p. 11).

exigência para um trabalho coletivo? Para responder a essa pergunta, retomemos Lacan sobre a direção do tratamento.

No texto “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, Lacan (1996) nos diz que o psicanalista é quem dirige o tratamento. “A direção do tratamento consiste em que o analista faça com que o sujeito aplique a regra fundamental da psicanálise, cuja presença é o princípio da situação analítica.” (Vale & Castro, 2013, p. 446). Nesse caso, a fala do sujeito estaria no princípio dos poderes especiais no tratamento e, portanto, ao analista caberia solicitar ao sujeito a expressão do discurso o mais livre possível sem satisfazê-lo em nenhuma demanda. Assim, “desejo do analista é a expressão cunhada por Jacques Lacan para indicar o que chama de função essencial que há por trás do que se formula de início, no discurso do analisante, como demanda, ou seja, a transferência.” (Rinaldi, 2017, s.p.).

O conceito de desejo do analista, como operador clínico fundamental da prática analítica nasce, portanto, diretamente vinculado à ética da psicanálise como ética do desejo, no contexto em que Lacan se opõe à postura moralizante, adaptativa e ortopédica da psicanálise vigente. A política da direção da cura, orientada por uma ética que não é a moral do bem, se funda na relação do desejo com a falta-a-ser que é a sua causa, o que, para o analista, significa que ele deve situar-se mais pela falta-a-ser do que por seu ser. Quanto mais o analista estiver interessado em seu ser, menos seguro estará de sua ação. O desejo do analista, assim, distingue-se radicalmente do desejo de ser analista e só se sustenta como uma função em que o analista abre mão de seu ser. (Rinaldi, 2017, s.p.).

Por sua vez, Elia (2017), ao se referir ao conceito de psicanálise em extensão, diz que a psicanálise aplicada no campo público não tem semelhança com o conceito de extensão. Para o autor, o desejo do analista assegura que o seu trabalho tenha efeitos de psicanálise no campo público, pois é através do desejo do analista que se dá o operador lógico do processo analítico. Dessa forma, o psicanalista que atua no campo público não é uma combinação entre pesquisador/trabalhador social/universitário ou, ainda, não pode ser chamado de semipsicanalista no sentido de dividir seus interesses entre a psicanálise e as questões sociais.

É necessário que ele seja um psicanalista inteiro, com a ressalva de que nada se sustenta como inteiro no nosso campo. Inteiro, mas não todo. E isso porque, no espaço institucional, territorial, público, uma série de fatores e demandas bombardeiam o

psicanalista, solicitando-o a responder em lugares bastante diversos do lugar do psicanalista. Manejar essas demandas e sustentar seu lugar exige um *surplus* do desejo do psicanalista. (Elia, 2017, s.p.).

Isso posto, apresentaremos, a seguir, breves recortes clínicos vivenciados em nosso cotidiano enquanto analista-matriciador inserido em uma equipe de NASF-AB, responsável pela oferta de AM às equipes de saúde da AB. A partir das vinhetas clínicas que serão apresentadas, objetivamos enfatizar a singularidade da prática analítica nesse campo bem como possibilitar a transmissão do saber da psicanálise e sua contribuição para o trabalho coletivo no campo em questão.

5 VINHETAS CLÍNICAS

5.1 O touro bravo

A Agente Comunitária de Saúde (ACS), responsável por uma determinada área rural do município, reporta-se à médica da sua equipe para comunicá-la sobre uma paciente, que estava em crise há alguns dias. Segundo os vizinhos, a paciente apresentava comportamento estranho aos fins de tarde ao aclamar pela liberdade das mulheres, as quais estavam presas nos cativeiros, que se formaram aos arredores de sua casa, fato que não condizia com a realidade partilhada pela vizinhança. Tratava-se de uma senhora com pouco mais de 60 anos, que morava sozinha e que apresentava comportamento hostil com vizinhos e familiares, sendo considerada muito brava por todos.

Através da análise de vídeos e áudios, que foram gravados pelos vizinhos e enviados à agente comunitária, a médica teve como conduta encaminhar a paciente para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), para que o serviço providenciasse a internação da paciente, pois, em sua análise, ela estava colocando em risco a sua vida e a de terceiros. Por sua vez, a equipe de urgência e emergência não atendeu prontamente ao pedido da médica ao justificar que não se sentiam preparados para uma abordagem em domicílio com a paciente: *“Como vamos pegá-la à força e levá-la para o CAPS?”* Na tentativa de uma solução para o caso, a médica da ESF alegou que nessas situações o médico teria respaldo legal para a contenção física e medicamentosa da paciente, uma vez que, na sua análise, ela não se encontrava com as faculdades mentais preservadas.

Não obtendo êxito no encaminhamento da paciente, a enfermeira da AB solicitou o apoio do analista para matriciamento do caso e o convocou para uma visita domiciliar em conjunto, no intuito de ajudá-la a convencer sua paciente a comparecer no dia seguinte em uma consulta com o psiquiatra, que atende na unidade de saúde. Todavia, intervim na fala da enfermeira ao dizer que, antes de determinar qualquer conduta, seria mais oportuno escutar, primeiramente, a paciente, na tentativa de fazer com que o seu dizer nos fosse endereçado, abrindo margem para a construção do vínculo, da transferência, condição fundamental para a condução do tratamento.

Durante a visita domiciliar, verificou-se que a paciente não se encontrava nas condições que foram relatadas pela vizinhança, as quais justificasse o encaminhamento ao serviço especializado. No entanto, ficou evidente a presença de um discurso delirante e persecutório, que necessitava ser acolhido. A avaliação com o psiquiatra foi rapidamente descartada devido

à resistência da paciente. Porém, foi possível construir uma parceria de trabalho a partir da manifestação do seu desejo de ir até a unidade de saúde para se vacinar.

Ao retornarmos da visita, discutimos o caso juntamente com outros profissionais da equipe (médico e técnicos) e apostamos em uma direção para o tratamento da paciente. Foi nesse momento que a enfermeira relatou ao analista quão havia sido proveitosa aquela visita e o quanto havia aprendido sobre o manejo na saúde mental: “*Antes de determinar o que fazer, primeiro vem a escuta né?*” Pode-se escutar a angústia da profissional diante do real imbricada na clínica da saúde mental, uma vez que não coaduna com um saber-fazer dado *a priori* e nem contempla a objetividade almejada pelo discurso biomédico. Afinal de contas, o touro²⁸ não era tão “bravo” assim conforme havia nos alertado.

5.1.1 Comentários

Em consonância com Silveira (2014), no contexto dos serviços da AB, vemos que os profissionais de saúde atendem a uma demanda diversificada de situações, a saber: pessoas com diabetes e/ou com hipertensão, gestantes, bebês, crianças, idosos, curativos, vacinação, sofrimento psíquico etc. No que diz respeito aos cuidados em saúde mental, comumente, os profissionais alegam não ter tempo ou até mesmo disponibilidade para escutar a subjetividade dos pacientes, fazendo com que a responsabilidade do atendimento seja transferida aos especialistas (psicólogos e psiquiatras) ou para os serviços especializados (CAPS). Em muitas situações, notamos que o encaminhamento se apresenta como uma forma de se desvencilhar do caso frente à escassez de tempo ou até mesmo por uma falta de implicação do profissional.

Na vinheta apresentada, percebemos a predominância do discurso biomédico na formação dos profissionais de saúde bem como a subjetivação desse discurso na prática. Via de regra, os profissionais se atentam para os aspectos biológicos do adoecimento e para a objetividade, em desfavor dos aspectos subjetivos e sociais, privilegiando o trabalho centrado no saber especializado e de forma isolada. Desse modo, os profissionais de saúde reproduzem as dicotomias cartesianas mente/corpo e sujeito/objeto, características das disciplinas da ciência moderna, ao promoverem uma separação do que “é considerado o objeto da saúde – os

²⁸ Antes de realizar a visita domiciliar, fomos alertados sobre a existência de um touro perigoso no terreno vizinho ao domicílio da paciente. Contudo, percebemos que os alertas se direcionavam sobre o discurso agressivo da paciente, que causa medo e pavor na vizinhança.

sintomas, a doença e o corpo –, do sujeito que sofre e suas significações.” (Silveira, 2014, p. 81). Podemos pensar que os profissionais de saúde, portanto,

não são sensibilizados em sua formação para a questão do enlace da linguagem que articula o biológico, o psíquico e o social – já que o ser humano é constituído no simbólico da cultura e da linguagem, e a escuta do sujeito propicia essa amarração entre corpo, contexto de vida e subjetividade. (Silveira, 2014, p. 81).

Extraímos da fala da enfermeira algo que observamos na prática em relação aos demais profissionais de saúde inseridos no campo da AB. Por vezes, o seu objeto de trabalho é apenas a doença, tanto é que observamos a adoção de procedimentos rotinizados nos serviços, tais como: curativo, vacinação, prescrição de medicações, exames preventivos etc. Por conseguinte, as demais situações que fogem ao padrão podem ser interpretadas como não fazendo parte da assistência, tal como o sofrimento mental que escapa ao saber-fazer objetivo da medicina. Desse modo, notamos que, ao invés da clínica e da escuta do sujeito direcionarem as ações dos profissionais de saúde, muitas vezes são as rotinas padronizadas é quem as dirigem (Silveira, 2014; Prado, 2016).

Silveira (2014) aponta que o encaminhamento ao especialista ou ao serviço especializado de saúde mental, frequentemente são meios defensivos, que os profissionais encontram para se protegerem do contato bem como da angústia provocada real da clínica e do sentimento de impotência diante de situações limites, em que não há um saber-fazer estabelecido ou um manual a ser consultado. Para a autora, a angústia dos profissionais fica evidente, porque “não receberam em sua formação ferramentas teóricas e clínicas para trabalhar os aspectos subjetivos do adoecimento e são demandados pela instituição a prestar uma assistência integral em saúde.” (Silveira, 2014, pp. 81-82).

Dessa forma, a nossa experiência revela um efeito imprescindível em relação ao atendimento da crise em saúde mental no campo da AB. Em consonância com Alves (2021), atestamos que o AM, enquanto um articulador de rede, pode possibilitar a reorganização das demandas de saúde mental na rede ao promover a articulação do cuidado aos usuários dentro dos pontos de assistência, considerando suas demandas e singularidades, e evitando, assim, encaminhamentos desnecessários para os serviços especializados.

Pode-se depreender o AM como ferramenta que tem o potencial de: atualizar e manter viva a Reforma Psiquiátrica naquilo que tem como primordial, o tratamento da loucura

no laço social; fortalecer os CAPS e a APS, considerando o coletivo de profissionais, na garantia do um a um; e concretizar os princípios do SUS que são construídos e reinventados nas práticas colaborativas. (Alves, 2021, p. 37).

Nesse sentido, acreditamos que o analista-matricizador, para além de refrear a enorme quantidade de encaminhamentos aos especialistas, pode auxiliar os profissionais não psi a realizarem atendimentos em saúde mental, que considerarem a subjetividade do sujeito, evidenciando os aspectos singulares que cada caso comporta, além de interrogar os modelos enrijecidos de atendimento, que são ofertados nos serviços de saúde (Bezerra, 2009).

5.2 Francisco

Trata-se de um homem negro, casado, de baixa renda e com histórico de múltiplas internações no CAPS de referência onde morava antes de vir para o território de abrangência da ESF rural. Sua entrada no serviço de saúde mental ocorreu no ano de 2019, após uma tentativa de suicídio por meio da ingestão de múltiplos medicamentos de que sua mãe fazia uso. Francisco foi socorrido pelos familiares e levado à UPA, onde teve três paradas cardiorrespiratórias e, após estabilização do seu quadro, foi transferido para o serviço de saúde mental. Ao se referir sobre o serviço, disse que lá foi o seu *“paradeiro”*.

Francisco sempre residiu em fazendas trabalhando como retireiro. No ano de 2016, sofreu um acidente no trabalho, lesionando gravemente a coluna. Na época, Francisco não procurou auxílio médico. Mas, com o tempo, passou a não conseguir realizar as atividades laborais com primazia, o que o levou a ser demitido do emprego e a trabalhar na informalidade.

Após uma longa espera no SUS, Francisco foi avaliado e encaminhado ao tratamento fisioterápico. Entretanto, ao se queixar de intensa dor e a fisioterapeuta constatar o agravamento do seu quadro, ela decidiu suspender o tratamento e solicitou uma avaliação com médico ortopedista para melhor condução do tratamento fisioterápico. No entanto, Francisco não conseguiu ter acesso ao atendimento com o médico especializado devido à longa fila de espera do SUS e, na situação em que se encontrava, sem trabalhar, não tinha recurso financeiro para pagar uma consulta particular. Foi nesse contexto, somado a problemas familiares e financeiros, que Francisco teve a sua primeira crise levando-o à tentativa de suicídio: *“Já que não sirvo mais nem pra trabalhar, é melhor morrer!”*

Após o seu *“paradeiro”* no CAPS, de fato, parece-nos que a vida desse sujeito se estagnou no serviço de saúde mental. Com um histórico de várias tentativas de suicídio e

agravamento dos sintomas psicológicos, Francisco passou a fazer uso do serviço como lugar de refúgio, uma vez que não via uma solução diante dos problemas enfrentados.

Na ocasião em que esse caso chegou até nós, Francisco estava residindo com a família em uma fazenda, que se situava no limite do município com a sua cidade de origem, e havia obtido alta do CAPS após mais uma tentativa de suicídio depois de ter recebido uma negativa da perícia para recebimento de benefício social. Mesmo desejando trabalhar, Francisco apresentava muitas dificuldades no trabalho, ora devido aos efeitos colaterais da alta dosagem de medicação psiquiátrica, ora devido ao seu problema de coluna, que não fora tratado adequadamente. No dia em que realizamos a visita domiciliar em conjunto com a assistente social da rede, o patrão relatou que acreditava que o problema de saúde do seu funcionário nem tanto era mental, mas orgânico mesmo, pois era visível a dificuldade que ele apresentava nas suas rotinas de trabalho.

O rótulo de paciente psiquiátrico grave impediu que “*a dor que sobe irradiando até a cabeça*” fosse escutada e investigada pela medicina. Entre idas e vindas ao CAPS, Francisco alegou que nenhum profissional deu importância para a sua queixa de dor na coluna. Em uma dessas ocasiões, perguntou: “*Aqui tem dentista? Também tô com dor de dente.*”

5.2.1 Comentários

Conforme apresentamos no primeiro capítulo, desde o seu surgimento, o SUS tem a missão de contemplar princípios norteadores e organizativos das ações de saúde ofertadas à população. Dentre eles, destacamos, aqui, o princípio da integralidade, o qual considera que, para o indivíduo ter suas necessidades de saúde resolvidas, é preciso que os serviços se atentem para as suas demandas biopsicossociais. Dessa maneira, são evidentes a necessidade e a importância de que os profissionais de saúde reconheçam o sujeito a ser atendido na saúde pública a partir de uma perspectiva ampliada, atendendo ao pressuposto da sua não divisão em múltiplas e fragmentadas instâncias.

A partir da vinheta apresentada, testemunhamos que, dentre as mais variadas problemáticas de saúde com as quais os usuários se deparam no SUS, ainda é recorrente a dissociação do sujeito nas modalidades de tratamento. Muitas das vezes, a intervenção, ofertada para aqueles que se queixam de padecimentos existenciais, acaba sendo limitada à prescrição psicofarmacológica. Consideramos que se faz necessária uma reflexão sobre os efeitos decorrentes da exclusão de significativos elementos constituintes do ser humano diante dessa forma fragmentária de intervir diante de seu mal-estar. É essencial ampliar o olhar e

problematizar as possibilidades de intervenção diante dos padecimentos humanos no qual o analista-matricizador poderá se deparar no campo da saúde pública.

Desse modo, a partir do fragmento de caso apresentado, percebemos que o trabalho na saúde pública contempla, inegavelmente, problemáticas abrangentes, que devem ser exploradas por diferentes saberes a partir da análise de suas diversas facetas. O termo “saúde” origina-se etimologicamente do latim *salus*, que significa “são” ou “inteiro”, e do grego *γυεία*, cuja tradução é “integridade”, “inteiro” ou “real”. Nesse sentido, torna-se impossível a fragmentação da saúde nas esferas física, mental e social, sendo primordial uma visão ampliada para compreendê-la no campo de interação com outras disciplinas (Vilela & Mendes, 2003).

Nessa perspectiva, retomemos, aqui, o conceito de integralidade do SUS. A integralidade pressupõe o atendimento das necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas mesmo sendo minoritários em relação à população geral. Entende-se, a partir desse princípio, que o ser humano apresenta demandas biopsicossociais, que devem ser levadas em consideração e atendidas no território dos serviços de saúde a partir da atuação intersetorial e do trabalho com a rede. Sendo assim, o tratamento em saúde mental deve ser conduzido por profissionais oriundos de distintas áreas, onde cada um vai se responsabilizar pelo seu saber e, no seu limite, deverá complementar o saber de outro profissional (Victor & Aguiar, 2011).

Nessa direção, cabe retomarmos a importância das diretrizes do SUS no que diz respeito à proposta da clínica ampliada por meio do princípio da integralidade. A clínica ampliada tem o objetivo de produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade a partir da adscrição da clientela, construção de vínculo, elaboração de projeto terapêutico de acordo com as necessidades de cada caso, ampliação dos recursos de intervenção sobre os processos de saúde-doença e integração da equipe multiprofissional (Ministério da Saúde, 2006).

É evidente que o funcionamento dos serviços de saúde, muitas vezes, se baseia pelas coordenadas médicas, tornando-se vital que os demais profissionais justifiquem suas especificidades e diferenças em prol da legítima integralidade na saúde. É possível percebermos que o paradigma biologicista, ainda marcante na saúde pública, se mostra associado e alinhado à característica imediatista da sociedade contemporânea (Moraes, 2016).

No campo da saúde pública, ampliar e compartilhar a clínica significa trabalhar em equipe sem desvalorizar nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, deve-se buscar a integração das várias abordagens disciplinares, a fim de possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde. Por mais que, na maioria dos casos, não seja possível uma

solução perfeita, aposta-se que fazer algo de forma compartilhada é mais potente que insistir em uma abordagem pontual e individual (Ministério da Saúde, 2009a).

5.3 Açaí(das)

A primeira tentativa de suicídio de Antônio ocorreu no ano de 2018 após o término do casamento. Ao ser resgatado pelo Corpo de Bombeiros, Antônio foi encaminhado para internação no hospital psiquiátrico de referência, ficando lá por aproximadamente um mês. Logo após a primeira internação, Antônio não conseguiu retornar ao trabalho e foi afastado para tratar de sua doença: “desgosto pela vida”. Passados alguns meses, Antônio retornou à internação após mais uma tentativa de suicídio, dessa vez por meio de ingestão medicamentosa. Ao retornar para o território, passou a sobreviver com a ajuda de vizinhos, dos amigos da igreja evangélica que frequentava e das cestas básicas fornecidas pela assistência social do município.

Quando o conheci, na ocasião de um convite para participar do grupo de oficinas terapêuticas que seria iniciado na unidade de saúde, Antônio apresentava um quadro depressivo importante, com condições de higiene pessoais precárias, além de apresentar vários efeitos colaterais pelo uso da medicação psiquiátrica. No início, Antônio tinha muita dificuldade de ir até o local onde eram realizadas as oficinas por sempre esquecer o dia e o horário em que elas aconteceriam ou por se sentir muito desanimado. Em vista disso, os estagiários de psicologia, que auxiliavam na oficina, começaram a desenvolver um trabalho de acompanhamento terapêutico com Antônio até que fosse possível o estabelecimento do vínculo com o grupo.

Com o tempo, fomos notando uma melhora significativa no quadro de Antônio à medida que também apresentava boa adesão ao grupo e engajamento nas atividades desenvolvidas. Com o estabelecimento de um laço de amizade com um participante do grupo, Antônio passou a se responsabilizar em sempre passar na casa do amigo para irem juntos às oficinas. A partir desse momento, começamos a construir o caso juntamente com a assistente social no intuito de que Antônio pudesse resgatar a sua autonomia, não ficando somente sob a tutela do serviço e da instituição religiosa. Assim, Antônio foi auxiliado pela assistente social a retirar a segunda via do documento de identidade, que, segundo ele, havia sido perdida quando foi internado no hospital. Ora! De fato, a identidade desse sujeito havia sido perdida no instante em que se tornou um “doente mental”, passando a ser visto pelas instituições como um sujeito sem condições para o trabalho.

Na avaliação da medicina do trabalho da empresa onde trabalhava, Antônio não tinha condições de retornar ao trabalho devido à sua doença. Todavia, após três anos, ainda não tinha

conseguido ter acesso ao benefício social de afastamento do trabalho. Sensibilizado com a sua condição de doente, o proprietário da casa havia comunicado a Antônio, quando foi afastado do trabalho, que não cobraria o aluguel até que ele conseguisse ter acesso ao benefício social. Na época, Antônio concordou com o dono da casa, porém haviam passados mais de três anos e ainda não tinha passado nas perícias para acesso ao benefício. Sem recurso financeiro, Antônio acumulava uma dívida de aluguel, além da pensão alimentícia para os dois filhos, sendo essas preocupações sempre recorrentes em seu discurso. Em suas palavras, “as dívidas estavam enforcando”.

Ao ter mais uma negativa da perícia, Antônio se angustiou e foi aconselhado por uma técnica da rede socioassistencial a “manter a calma”, pois iria continuar ajudando-o da mesma forma com as cestas básicas. Inconformado com a condição de tutela, Antônio, ao passar em frente ao local onde fez a primeira tentativa de suicídio, encontrou o portão de acesso aberto e decidiu entrar e tentar novamente um suicídio por não encontrar outras saídas diante do seu sofrimento. Nesse instante, recordou-se dos amigos que fizera no grupo e decidiu entrar em contato comigo para solicitar um “desabafo”, na tentativa de que alguém pudesse compreendê-lo de que havia chegado no seu limite de “manter a calma”. A oferta da escuta naquele dia, possibilitou a Antônio encontrar uma saída diante do seu sofrimento causado pela condição de assujeitamento ao Outro. Antônio decidiu “implorar” à médica do trabalho para que o autorizasse a voltar para o emprego, pedido que foi acatado pela profissional. O retorno ao trabalho trouxe uma melhora significativa no quadro de Antônio. Passado um mês, tive notícias de Antônio por intermédio de seu amigo, que comunicou a ocorrência de um “milagre”, pois Antônio havia lhe pagado um açai.

5.3.1 Comentários

O breve relato de caso apresentado nos faz refletir sobre o risco de cronificação ao qual o sujeito pode estar submetido ao apresentar a necessidade de cuidados em saúde mental. De acordo com Pande e Amarante (2011), a organização institucional é o principal agente no processo de cronificação, sendo este um problema que ainda não foi sanado com o processo da RP, o que indica que uma efetiva ruptura com o modelo manicomial ainda não foi alcançada mesmo com as modificações trazidas com a implantação dos serviços substitutivos. Em vista disso, os autores apontam que os serviços se organizam de uma determinada maneira, que acaba contribuindo tanto para o surgimento quanto para a manutenção de casos crônicos.

Para Basaglia (1985): “o problema não é a doença em si (o que é, quais são suas causas, quais os prognósticos), mas simplesmente de determinar qual tipo de relação se instaura como doente” (p. 107). Desse modo,

a permanência da cronicidade, mesmo após as mudanças que advêm da reforma psiquiátrica, torna-se uma questão de credibilidade das transformações propostas. Os casos permanecem, as dificuldades de tratamento subsistem e por vezes se agravam, e o questionamento dos muros dos hospitais psiquiátricos e sua eventual dissolução não são a chave para o surgimento de um tratamento que forneça mais garantias para essa parcela da população. (Dias & Neto-França, 2016, p. 37).

Viganò (1999), ao discorrer sobre as mudanças operadas pela RP e a substituição do manicômio por uma rede de cuidados, evidencia que essa mesma rede e sua forma de organização podem ser responsáveis pela cronificação dos casos e/ou agravamento da doença. Em consonância, Dias e França-Neto (2016) também dizem que o tipo de relação estabelecida entre o paciente e um determinado serviço é critério privilegiado para a caracterização do que pode ser chamado de caso crônico. De acordo com os autores:

Encontramos, inclusive, tentativas de categorização que vão nessa direção. São os pacientes nomeados como “pacientes adultos jovens crônicos”, caracterizados por uma dificuldade em realizar atividades sociais, fazendo um uso inapropriado do serviço, de pouca resolutividade e com baixa adesão ao tratamento, além de ser frequente o uso de drogas e existir entre eles problemas com a lei. (Dias & Neto-França, 2016, pp. 39-40).

Na medicina, encontramos um uso peculiar do vocábulo “crônico”. Afinal, a designação de uma doença crônica tem como ponto de contraposição as doenças, que se caracterizam por serem agudas. Permanece a vinculação com o tempo, porém o diferencial, aqui, é que uma doença. O que está em jogo é a evolução de um determinado quadro durante o tempo e de que forma é possível controlá-lo. Essa estratégia visa ao silenciamento daquilo que de mais singular encontramos em um caso clínico:

O termo crônico em saúde mental pode ser relacionado a três momentos diferentes: ou se encontra vinculado estritamente ao paciente, que, inevitavelmente, terá seu caso evoluído para a incurabilidade; ou se encontra ligado única e exclusivamente à

instituição, sendo ela o agente que promove a cronificação; ou, finalmente, relaciona-se a elementos de ambas as situações, que remetem tanto ao indivíduo quanto à instituição na qual ele se insere. (Dias, 2014, p. 11).

Nesse sentido, para Dias (2014), a nomeação crônico torna-se uma estratégia para alojar aquilo que, muitas das vezes, não encontra representação no campo racional. De modo geral, esse alojamento tem como “efeito o silenciamento daquilo que existe de singular em cada caso, sendo este excesso o que possui em si a capacidade de transformação de uma situação que se encontra estagnada.” (p. 16).

Abreu (2008) alerta que o analista deve estar atento aos equívocos que, frequentemente, são praticados em nome da clínica. O autor cita o exemplo dos serviços de saúde mental, que propõem ações cidadãs em prol de vantagens para os pacientes. Contudo, não raro, estas invadem o sujeito em sua particularidade, podendo, inclusive, precipitar passagens ao ato, tal como testemunhamos no caso de Antônio. Além disso, também, é importante destacarmos que a condição de doente crônico atribuída ao sujeito pelas instituições, muitas das vezes, o coloca na posição de assujeitamento, contribuindo para a não implicação frente ao seu mal-estar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O que a presença do psicanalista nos espaços públicos nos ensina também é que a clínica psicanalítica não é o lugar da aplicação de um saber teórico, mas é o lugar de sua produção.” (Moretto, 2019, p. 26).

O percurso que realizamos nesta pesquisa objetivou discutir sobre a inserção do psicanalista na saúde pública a partir da experiência da oferta de AM às equipes de saúde da AB. Desse modo, apontamos as possibilidades de atuação e da construção do lugar do psicanalista nas equipes de saúde da AB, partindo da premissa de que a psicanálise pode contribuir com o campo em questão. Portanto, ao realizar esta pesquisa, buscamos destacar o campo da prática bem como a construção conjunta de conhecimento e a importância da pesquisa para o avanço da teoria.

Vimos que a psicanálise configura um campo de saber com uma teoria sobre a constituição e o funcionamento do psiquismo e um método de tratamento, o qual disponibiliza operadores, que orientam a prática clínica do psicanalista na instituição. Esses operadores conceituais e técnicos podem contribuir, também, com a prática clínica da equipe interdisciplinar. No entanto, cabe ao psicanalista o esforço de enunciar, em seus atos e posicionamentos, em sua fala e sua escrita, a tensão entre o particular em que o campo conceitual se inscreve como sustentador da clínica e o singular de cada caso que se atualiza no dispositivo analítico sob transferência: “Uma transmissão que parte da impossibilidade de dizer tudo, que visa não o reconhecimento, mas o convite à interlocução e oferece ao debate o saber que recolhe”. (Dias & Moretto, 2020, p. 58).

Ainda, destacamos que a inserção do psicanalista em uma equipe de saúde não corresponde à sua entrada na instituição, uma vez que o lugar do analista não se constitui a partir de lugar físico ou de uma posição no organograma, mas de um lugar ético a partir do qual o analista pode operar; um lugar que não é dado *a priori* e que deve ser construído a partir da práxis. Sendo assim a inserção seria justamente o processo de construção desse lugar. Também, cabe ressaltarmos que a construção desse dispositivo de trabalho está do lado do analista, e não da instituição, pois depende menos das condições institucionais e muito mais do ato do psicanalista. Envolve, portanto, o desejo decidido do analista de sustentar a oferta do dispositivo clínico a partir de um saber e de uma ética próprios da psicanálise. (Moretto & Prizskulnik, 2014).

É importante destacarmos que os profissionais de saúde nas instituições atuais, comumente, pautam seus atendimentos sob normas universais, compreendendo o sujeito como único e individual. Todavia, esta concepção de indivíduo pautada nos princípios da cidadania não condiz com as noções da psicanálise sobre o sujeito do inconsciente com o qual se encontra circunscrito à categoria do Outro (Moreira et al., 2021). Assim, discutimos, neste trabalho, sobre como o psicanalista pode formalizar o seu trabalho e suas intervenções, já que se depara, nessas instituições, com a promessa de cura e do restabelecimento de um estado de bem-estar.

De modo geral, as instituições de saúde atuais exigem técnicas preestabelecidas, as quais guiam o indivíduo, que busca o tratamento, cujos métodos são aplicados a todos. Porém, em um tratamento psicanalítico, não há um protocolo geral e técnico, que guie o atendimento do indivíduo. Ao trilhar um caminho avesso, a psicanálise visa à originalidade do cenário individual, encorajando a manifestação da singularidade subjetiva. A psicanálise, diferentemente das outras intervenções, conduz a sua especificidade em direção ao sujeito do inconsciente (Moreira et al., 2021).

No que diz respeito ao campo de estudo em questão, a AB, vimos, a partir das vinhetas clínicas apresentadas, que os cuidados em saúde mental ainda são um desafio, que se apresenta para os profissionais de saúde. Mesmo com as mudanças trazidas pela RP com a adoção de um novo modelo de cuidado do paciente com sofrimento mental, passando do hospital para o CAPS, ainda permanece atual o desafio da oferta de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico grave antes do agravamento do quadro. Apesar das mudanças na política pública de saúde mental, da descentralização da saúde mental para a AB por meio da ESF, de acordo com Prado (2016), ainda não é possível garantir o acesso e a atenção à saúde para todos. Como apontamos neste trabalho, com frequência, as equipes de AB não entendem os cuidados em saúde mental como parte de suas atribuições, fazendo com que o acolhimento ao sofrimento mental no serviço seja direcionado aos especialistas ou aos serviços especializados.

Em consonância com Alves (2021), acreditamos que o AM não se constitui apenas como uma ferramenta de trabalho na AB, mas como “uma postura que tem o potencial de atualizar e manter viva a Reforma Psiquiátrica naquilo que tem como primordial, o tratamento da loucura no laço social.” (p. 58). No entanto, destacamos que o trabalho no campo da AB é atravessado por inúmeras variáveis no que tange ao cuidado compartilhado, sendo que ele só é possível por meio de encontros e desencontros entre as equipes de saúde. Conforme aponta Figueiredo (2019),

trabalhar em equipe e compartilhar o cuidado, mantendo a responsabilidade partilhada pela gestão do serviço e dos casos, beira o “impossível de suportar”, entre outros fatores, por conta do que já apontamos como o “narcisismo das pequenas diferenças”, presente em qualquer agrupamento humano em convivência, e o adoecimento frequente dos profissionais que também necessitam de apoio e formação permanente para qualificar seu trabalho. (p. 86).

Nesse sentido, apresentamos o método da construção do caso clínico em psicanálise como proposta de trabalho que possa auxiliar a equipe na construção do PTS, haja vista sua importância para a prática do matriciamento em saúde mental. Assim, mostramos o PTS como um potente instrumento para organizar e transformar as práticas de saúde no campo da AB, uma vez que, ao se subsidiar no saber psicanalítico, poderá fazer emergir o novo, favorecendo a transmissão da especificidade da operação analítica no trabalho em equipe e a produção de efeitos diretos na assistência.

Via de regra, os profissionais de saúde da AB também não se sentem preparados para acolher as demandas da saúde mental, o que, por sua vez, permite a emergência da resistência às políticas de saúde mental nesse campo. Desse modo, o analista-matriciador terá que lidar com a manifestação de problemas, como a falta de interesse por determinado caso, com a demanda dos profissionais por uma solução imediata ou, ainda, com a transferência da responsabilidade do caso para outros profissionais. Portanto, o analista-matriciador terá que lidar com o desafio cotidiano manifesto pela falta de desejo da equipe pelos casos de saúde mental (Prado, 2016).

Não obstante, notamos que a política preconizada pelo MS de atendimento à saúde mental na AB ainda não está totalmente implantada assim como o dispositivo do AM não está consolidado nesse campo, ficando à critério de cada município o interesse político nessa modalidade de atendimento. O matriciamento busca uma mudança de olhar da equipe não só em relação aos usuários, mas também sobre o próprio dispositivo do AM, que é visto, muitas das vezes, pelos profissionais como mais uma obrigação de trabalho imposta pelo MS (Prado, 2016).

A partir das vinhetas clínicas apresentadas, constatamos que a compartimentalização do sujeito na saúde mental sob o olhar do especialista é algo recorrente no campo da saúde mental. O AM, por sua vez, tem como objetivo romper com essa lógica ao visar ao fortalecimento das ações da saúde mental na AB com a superação das barreiras de acesso ao cuidado.

Concordamos com Michels (2021) ao dizer que o AM não é o único meio de inscrição da psicanálise no campo da saúde pública, já que o paradigma biopsicossocial inaugurado pelo SUS bebe nas fontes psicanalíticas. Para o autor, a presença nos serviços de psicanalistas e/ou até mesmo profissionais identificados com o referencial teórico da psicanálise já possibilita transformações em todo o sistema, uma vez que sua atenção ao sujeito do inconsciente pode inaugurar novos arranjos na instituição. Contudo, o autor ressalta que “um psicanalista solitário, que fecha seu discurso em sua prática individual, priva o restante da equipe de também usufruir dessa abordagem, sendo assim, ao matriciar, o psicanalista pode transmitir uma ética que não se resume ao tecnicismo.” (p. 20).

Nesse aspecto, torna-se possível afirmarmos que há possibilidades de aproximação entre os operadores éticos da psicanálise e o AM, pois ambos têm potencial para a propagação do diálogo entre os diversos saberes, que operam no campo da saúde pública.

Concluimos que o matriciamento é um processo assim como a construção do lugar do psicanalista na equipe de AM e aponta para a construção de um trabalho contínuo, que necessita ser constantemente reinventado e reconstruído. Desse modo, em consonância com Alves (2021), não propomos que o AM se sustente pela teoria psicanalítica, mas sim contribua para o entendimento do sofrimento como singular e, com isso, para a construção da clínica para além do reducionismo das classificações diagnósticas e dos protocolos institucionais, que excluem as diversas manifestações subjetivas do sujeito.

7 REFERÊNCIAS

- Abrão, J. L. F. (2011). As contribuições de Júlio Pires Porto-Carrero à difusão da Psicanálise de crianças no Brasil nas décadas de 1920 e 1930. *Memorandum*, 20, 123-134. <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/126936/ISSN1676-1669-2011-20-123-134.pdf?sequence=1>
- Abreu, D. N. (2008). A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1).
- Alves, S.V. (2021). Considerações sobre o apoio matricial em saúde mental: a prática coletiva como caminho possível no um a um. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Campus Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral.
- Amâncio, V. R., & Elia, L. (2017). Panorama histórico-político da luta antimanicomial no Brasil: As instabilidades do momento atual. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(24), 22-49. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v9i24.69616>.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2010). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: 30 anos transformando a sociedade e construindo cidadania. In W. Melo et al. (orgs.), *Quando acabar o maluco sou eu* (pp. 19-31). Espaço Artaud.
- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 23(6), 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Azevedo, M. K., & Mello Neto, G. A. R. (2015). O desenvolvimento do conceito de pulsão de morte na obra de Freud. *Revista Subjetividades*, 15(1), 67-75.
- Basaglia, F. (1985). *A Instituição negada*. Graal.

- Bezerra, D. S. (2009). A articulação moebiana entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Psicologia Hospitalar*, 7(2), 55-74. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092009000200005&lng=pt&tlng=pt
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*.
- Brasil (2014). Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos*.
- Breur, J.; Freud, S. (1895). Estudos sobre a histeria. In: Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 15-297.
- Bursztyn, D. C, & Figueiredo, A. C. (2012). O tratamento do sintoma e a construção do caso na prática coletiva em saúde mental. *Tempo psicanalítico*, 44(1), 131-145.
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: Um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: Uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 339-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Cunha, G. T.; Campos, & G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.
- Celes, L. A. M. (2010). Clínica Psicanalítica: aproximações histórico-conceituais e contemporâneas e perspectivas futuras. *Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]*, 26, 65-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000500006>

- Chiaverini D. H, Gonçalves D.A, Ballester D, Tófoli L.F. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa Coletiva.
- Coelho, R. S. (2021). Psicanálise e democracia: da demanda política do outro ao desejo do sujeito. *Trivium – Estudos Interdisciplinares*, 13(spe), 88-95.
- Danto, E. A. (2019). *As clínicas públicas de Freud*. Perspectiva.
- De Luccia, D. P. de B., Freitas, C. C. S. de, Di Ribeiro, D. L., Sacconi, L. P., Braga, M. B. ..., Valle, S. H. A. (2015, janeiro/junho – julho/dezembro). O protagonismo no projeto terapêutico singular: singularidade e implicação do sujeito no nível terciário em saúde. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, 7, 61-76.
- Devera, D., & Costa-Rosa, A. (2007). Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 60-79. <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>
- Dias, D. A. S. (2013). O processo de cronificação de pacientes em saúde mental: contribuições psicanalíticas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Dias, A. C. A. L. (2019). O desejo na psicose e a construção do Projeto Terapêutico Singular: Considerações psicanalíticas sobre a direção de tratamento na Saúde Mental Pública. Dissertação de mestrado em Psicologia Social, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Dias, D. A. S., & Neto-França, O. (2016). Do crônico à crônica: entendimentos possíveis de casos psiquiátricos cronificados. *Revista Affectio Societatis*, 13(25), 31-49.
- Dias, Eliane Costa, & Moretto, Maria Lívia T. A Construção do Caso Clínico como via de Transmissão da Psicanálise nas Instituições de Saúde, p. 51 -64. In: *Atualidades na Investigação em Psicologia e Psicanálise*. São Paulo: Blucher, 2017. ISBN: 9788580393101, DOI 10.5151/9788580393101-03.

- Diniz, M. O(a) pesquisador(a), o método clínico e sua utilização na pesquisa (2018). In T. Ferreira, & A. Vorcaro (orgs.), *Pesquisa e Psicanálise: do campo à escrita*. Autêntica.
- Dunker, C. I. L. (1996). Tempo e linguagem na psicose da criança. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi: 10.11606/T.47.1996.tde-31052012-163920
- Dunker, C. I. L. (2002). Inscrições da Psicanálise na Cultura Brasileira: modelos de tratamento e modos de subjetivação. *Acheronta [online]*, 15, 2002. <https://www.acheronta.org/acheronta15/psaculturabrasil.htm>
- Dunker, C. I. L., & Kyrillos Neto, F. (2015). *Psicanálise e Saúde Mental*. Porto Alegre: Criação Humana.
- Elia, L. F. (2017). O desejo do psicanalista presentifica a intensão na extensão e se estende à política. https://appoa.org.br/correio/edicao/268/o_desejo_do_psicanalista_presentifica_a_intensao_na_extensao_e_se_estende_a_politica_/479.
- Elia, L. (2018). Psicanálise, Campo Público e Saúde Mental – Uma articulação necessária entre política e clínica. *Psicanalistas pela democracia*. <https://psicanalisedemocracia.com.br/2018/07/psicanalise-campo-publico-e-saude-mental-uma-articulacao-necessaria-entre-politica-e-clinica-luciano-elia/>
- Figueiredo, A. C. (2002). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público* (3a. ed.). Relume-Dumará.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. VII, n1, pp. 75-86.
- Figueiredo, A. C. (2005). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, 3(5), 43-55.

- Figueiredo, A. C. (2019). Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. *Psicologia Política*, 19(44), 78-87.
- Figueiredo, A. C., Guerra, A. M. C., & Diogo, D. R. (2006). A prática entre vários: Uma aplicação da psicanálise ao trabalho em equipe em atenção psicossocial. *Psicanalisar hoje* (pp. 123-142). Contra Capa Livraria.
- Fink, B. (1998). *O sujeito lacaniano*. Zahar.
- Foucault, M. (2015). *O nascimento da clínica*. Forense Universitária. (Obra original publicada em 1963).
- Freud, S. (1913) A dinâmica da transferência. In: Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. In: Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 189-203.
- Freud, S. (1937). Construções em análise. In: Freud, S. *Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 23, p. 289-304.
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In J. Strachey, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905).
- Freud, S. (2010). Caminhos da terapia psicanalítica. In S. Freud, História de uma neurose infantil (“o homem dos lobos”), além do princípio do prazer e outros textos. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (P. C. Souza, trad., Vol. 14, pp. 279-292). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919).

- Freud, S. (2010). Além do princípio do prazer. In: S. Freud, *Obras Completas* (v.14, pp. 120-178). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1920).
- Kyrillos Neto, F. (2007). Efeitos de circulação do discurso em serviços substitutivos de saúde mental: uma perspectiva psicanalítica. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.
- Garcia, C. (2011). Rede de redes. In C. Garcia, *Interfaces*(pp. 118-129). Belo Horizonte: Oficina de Arte e Prosa.
- Garcia-Roza, L. A. (2009). *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Gurgel, I. (2011). A psicanálise e o mestre contemporâneo. In Associação da Fundação do Campo Freudiano (Orgs.), *A saúde de todos, não sem a loucura de cada um: perspectivas da psicanálise*. Rio de Janeiro: Wak.
- Holck, A. A. L. (2011). Enapol 2011: Psicanálise aplicada não sem a pura. In Associação da Fundação do Campo Freudiano (Orgs.), *A saúde de todos, não sem a loucura de cada um: perspectivas da psicanálise*. Rio de Janeiro: Wak.
- Lacan, J. (1996). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1998). A ciência e a verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1965-1966).
- Lacan, J. (2003). Ato de fundação. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1964).
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção lacaniana*, 32, 8-14. (Trabalho original publicado em 1966).
- Lacan, J. (2003). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In J. Lacan, *Outros escritos*. Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicada em 1967).

- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor (Trabalho original de 1962-1963).
- Lacan, J. (2016). *O Seminário, livro 6: O desejo e sua interpretação*. Zahar. (Obra original publicada em 1958-1959).
- Lancetti, A. (2007). *Clínica peripatética*. Hucitec.
- Laurent, E. (1999). O analista cidadão. *Curinga Psicanálise e saúde mental, Escola Brasileira de Psicanálise, Minas Gerais*, (13), 12-19.
- Lo Bianco, A. C. (2003). Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. *Psico-USF*, 8(2), 115-123. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712003000200003>
- Lourenço, L. C. A. (2005). Transferência e complexo de Édipo, na obra de Freud: notas sobre os destinos da transferência. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 18(1), 143-149. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000100019>
- Maia, A. B., Medeiros, C. P. de, & Fontes, F. (2012). O conceito de sintoma na psicanálise: Uma introdução. *Estilos da Clínica*, 17(1), 44-61.
- Mezzacappa, S. M. D. S., & Rodrigues, S. S. (2017). Elaborando o Projeto Terapêutico Singular – A individualização do tratamento e suas perspectivas. In L. G. V. Zoldan, & M. Ribeiro, *Uma proposta de cuidado ao dependente químico* (pp. 84-92). Governo do Estado de São Paulo.
- Meyer, G. R. (2016). A Psicanálise na instituição de Saúde Mental. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 11(22), 108-121.
- Michels, R. S. (2021). Psicanálise e matriciamento: novos horizontes à ética do desejo. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 10(18), 1-17.

- Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*.
- Ministério da Saúde. (2009a). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*.
- Ministério da Saúde. (2009b). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada*.
- Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*.
- Mokrejs, E. (1992). *A psicanálise no Brasil: As origens do pensamento psicanalítico*. Vozes.
- Moraes, F. C. F. (2016). *A inserção da psicanálise no contexto da saúde pública: possibilidades e desafios*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. (Não publicada).
- Moreira, J. O., Oliveira, N. A., & Costa, E. A. (2018). Psicanálise e pesquisa científica: O pesquisador na posição de analisante. *Tempo psicanalítico*, 50(2), 119-142. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010148382018000200007&lng=pt&tlng=pt
- Moreira, Jacqueline de Oliveira, Souza, Juliana Marcondes Pedrosa da, Morganti, Juliana, Horta, Mara Alice Avelar Saraiva, Côrtes, Bruna Machado Lagares, & Dutra, Mariana Benjamin de Oliveira. (2021). Desafios e possibilidades do fazer do psicanalista numa equipe interdisciplinar em instituições. *Tempo psicanalítico*, 53(1), 126-148. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382021000100006
- Moretto, M. L. T. (2013). *O que pode um analista no hospital?* (4a. ed.). Casa do Psicólogo.
- Moretto, M. L. T. (2019). Psicanálise e hospital hoje: O lugar do psicanalista. *Revista da SBPH*, 22(spe), 19-27. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516

- Moretto, M. L. T., & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo Psicanalítico*, 46(2), 287-298.
- Motta, J. M. (2013). Ateliê de Psicanálise Aplicada: trabalho de supervisão. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental* [Ed. Especial “A prática da psicanálise nas instituições: O que o Ateliê nos Ensina”], 1(1), 33-38.
- Nicolau, R. F.; Barros, I. P. M. (2021). Psicanálise e prática multidisciplinar: (im)possíveis desdobramentos do trabalho com crianças autistas e pais. *Research, society and development*, v. 10, pp. 1-12.
- Oliveira, C. L. M. V. (2002). A historiografia sobre o movimento psicanalítico no Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]*, 5(3), 144-153. <https://doi.org/10.1590/1415-47142002003012>
- Oliveira, C. L. M. V. (2006). *História da psicanálise – São Paulo (1920-1969)*. São Paulo: Escuta.
- Oliveira, I. M. A., Veronese, L. G., & Palma, C. M. S. (2009). A servidão mais que voluntária: dispositivos burocráticos em instituição de saúde mental. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9(4), 1343-1354.
- Oliveira, O. V. M. (2010). *Política Nacional de Humanização*. https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf
- Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. (1990). *Declaração de Caracas*.
- Pain, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 399-316.

- Pande, M. N. R., & Amarante, P. D. C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: A nova cronicidade em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(4), 2067-2076.
- Paulino, L. C., & Mota, J. M. (2020). Construção do caso clínico em psicanálise: contribuições ao serviço de acolhimento institucional. *Pretextos - Revista Da Graduação Em Psicologia Da PUC Minas*, 5(9), 225-242. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/22507>
- Prado, J. F. M. (2016). O psicanalista na saúde pública: uma prática do trabalho em equipe. (Dissertação de Mestrado) - São Paulo: Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-20092016-172428/pt-br.php>.
- Prado, C. E. A., Anjos, F. M., & Estevão, I. R. (2021). A presença do analista: lugar e função do corpo do psicanalista em diferentes contextos de atuação. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 24(2), 21-29. <https://doi.org/10.1590/1809-44142021002007>
- Quinet, A. (2003). *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Zahar.
- Quinet, A. (2009). *As 4 + 1 condições da análise* (10a. ed.). Jorge Zahar
- Revista Psicologia Ciência e Profissão. (2004). *Homenagem à Durval Marcondes*. Recuperado em 05 de março de 2023, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400014.
- Rinaldi, D. L., & Alberti, S. (2009). Psicanálise, Saúde Mental e Universidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(2), 533-545.
- Rinaldi, D. L., & Bursztyn, D. C. (2008). O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 32-39. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200005

- Rinaldi, D. (2017). O desejo do analista na instituição pública de saúde mental. https://apoa.org.br/correio/edicao/268/8203o_desejo_do_analista_na_instituicao_publica_de_saude_mental/483.
- Romagnoli, R. C. (2009). Breve estudo institucionalista acerca do Programa de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 18(3), 525-536. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000300016>
- Romanini, M., & Roso, A. (2012). Psicanálise, instituição e laço social: O grupo como dispositivo. *Psicologia USP*, 23(2), 343-366. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642012005000002>
- Rosa, J. G. (1985). Aletria e Hermenêutica. In J. G. Rosa, *Tutaméia (terceiras estórias)* (6a. ed. Nova Fronteira.
- Saad, A. C. S., Abbud, J. C., & Toledo, M. A. (2015). Transformação social singular? O psicanalista e seus (des)caminhos na saúde pública. *A peste: Revista de Psicanálise Sociedade e Filosofia*, 7(2), 17-35.
- Santana, V. S., Conceição, A. C., & Amarante, P. (2016). O programa de interiorização de ações de saúde mental (PISAM) na Bahia: Uma experiência de integração com a atenção primária à saúde. In M. Nunes, & F. L. P. Landim (orgs.), *Saúde mental na atenção básica: política & cotidiano* (pp. 77-102). Edufba.
- Sagawa, R. Y. (1994). A história da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. In L. Nosek (org.), *Álbum de família: imagens, fontes e ideias da psicanálise em São Paulo* (pp.15-28). Casa do Psicólogo.
- Silveira, E. R. (2013). Apoio matricial, uma clínica em extensão. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, v. 45-46, p. 78-88.
- Skriabine, P. (2013). Do sintoma ao *sinthoma*. *Revista de Psicanálise: @gente Digital*, (8).

- Stevens, A. (2003). Instituição: prática do ato. In J. A. Miller, & J. Miller, *Pertinências da psicanálise aplicada* (Coleção do Campo Freudiano, 1a. ed., pp. 90-99). Seuil.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*, 9(1), 25-29.
- Tenório, F. (2007). Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. In M. C. V. Couto, & R. G. Martinez (orgs.), *Saúde Mental e Saúde Pública* (pp.13-27). Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Torquato, L. C. (2015). História da psicanálise no Brasil: enlances entre o discurso freudiano e o projeto nacional. *Revista de Teoria da História*, 14(2), 15-26.
- Val, A. C., Modena, C. M., Campos, R. T. O., & Gama, C. A. P. da. (2017). Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 27(4), 1287–1307. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400022>
- Vale, Sabrina Cristiane, & Castro, Júlio Eduardo de. (2013). O tempo e o ato psicanalítico na direção do tratamento. *Tempo psicanalítico*, 45(2), 439-451.
- Victor, R. M., & Aguiar, F. (2011). A clínica Psicanalítica na Saúde Pública: desafios e possibilidades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), 40-49.
- Vilanova, A. (2016). Uma presença orientada: algumas considerações sobre a prática em nossa época. *Opção Lacaniana online*.
- Vilela, E. M., & Mendes, I. J. S. (2003). Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 11(4), 525-531.
- Vigànò, C. A. (1999). Construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga: Psicanálise e Saúde Mental*, (13), 39-48.
- Vigànò, C. A. (2010). A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online*. s.p.

Viganò, C. (2012). Trabalho em Equipe na Rede: a Enfermeira e a Instituição Parceira. In W. D. Alkmim (org.). *Carlo Viganò: Novas Conferências*. Scriptum Livros.

Zenoni, A. (2000). Qual a instituição para o sujeito psicótico. *Abrecampos: Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares – Fhemig*, 1, 12-31.