



Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana
Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o Moderno e o Contemporâneo
ISSN 1809 - 709 X

Uma clínica em extensão: a psicanálise na Atenção Básica¹

Welker Marcelo Moura

Orcid: [0000-0002-2185-0501](https://orcid.org/0000-0002-2185-0501)

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei / UFSJ (São João del-Rei, Brasil)
Psicólogo na Atenção Básica e Referência Técnica em Saúde Mental na Prefeitura de São Sebastião do Oeste (São Sebastião do Oeste, Brasil)
E-mail: welkermoura1@hotmail.com

Wender Rodrigo Faria

Orcid: [0009-0008-9250-8632](https://orcid.org/0009-0008-9250-8632)

Psicólogo Clínico
Pós-Graduando em Psicanálise e Saúde Mental pelo Instituto de Excelência em Psicologia / INEXPsi (Divinópolis, Brasil)
Coordenador do Centro de Convivência e Cultura na Prefeitura de São Sebastião do Oeste (São Sebastião do Oeste, Brasil)
E-mail: wenderminas99@gmail.com

Pedro Sobrino Laureano

Orcid: [0000-0002-4825-622X](https://orcid.org/0000-0002-4825-622X)

Doutor em Psicologia clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro / PUC-RJ (Rio de Janeiro, Brasil)
Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense / UFF (Niterói, Brasil)
Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del Rei / UFSJ (São João del Rei, Brasil)
E-mail: pedrolaureano@id.uff.br

Resumo: 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. O psicanalista que atua no campo institucional, a partir do seu trabalho com pacientes e equipes de saúde, 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. Portanto, este trabalho tem por objetivo apresentar, a partir das vinhetas clínicas, as intervenções possíveis do psicanalista junto às equipes de saúde da Atenção Básica sob a perspectiva do matriciamento.

Palavras-chave: Psicanálise; Matriciamento; Atenção Básica.

Une clinique d'extension: la psychanalyse dans les soins primaires: Au cours des dernières décennies, nous avons observé que la psychanalyse a élargi ses frontières au-delà de ses espaces traditionnels, comme dans les centres d'enseignement et de recherche universitaire et dans les services et mouvements psychiatriques et de santé mentale, se divisant en plusieurs courants et diverses associations et écoles psychanalytiques. Le parcours de la discipline psychanalytique nous montre que plusieurs défis se sont imposés à la psychanalyse, parmi lesquels la nécessité de problématiser les champs d'intervention possibles. Le psychanalyste qui travaille dans le champ institutionnel, à partir de son travail avec les patients et les équipes soignantes, doit avoir la responsabilité de transmettre les connaissances qui s'y construisent, puisque cette clinique, lorsqu'elle se déroule dans l'établissement de santé, produit des effets tant pour la clinique que pour ainsi que pour l'institution elle-même. Ce travail vise donc présenter, à partir de vignettes cliniques, les interventions possibles du psychanalyste auprès des équipes de soins de première ligne dans une perspective d'accompagnement matriciel.

Mots clés: Psychanalyse; Prise en charge matricielle; Soins élémentaires.

An extension clinic: psychoanalysis in Primary Care: In recent decades, we have observed that psychoanalysis has expanded its borders beyond its traditional spaces, such as in university teaching and research centers and psychiatric and mental health services and movements, dividing into several currents and various psychoanalytic associations and schools. The path of the psychoanalytic discipline shows us that several challenges were imposed on psychoanalysis, among them the need to problematize the possible fields of intervention. The psychoanalyst who works in the institutional field, based on his work with patients and healthcare teams, must be responsible for transmitting the knowledge that is constructed there, since this clinic, when taking place in the healthcare institution, produces effects both for the clinic as well as for the institution itself. Therefore, this work aims to present, based on clinical vignettes, the psychoanalyst's possible interventions with Primary Care health teams from the perspective of matrix support.

Keywords: Psychoanalysis; Matrix support; Basic Care.

Uma clínica em extensão: a psicanálise na Atenção Básica
Welker Marcelo Moura, Wender Rodrigo Faria & Pedro Sobrino Laureano

Psicanálise e Saúde Pública

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 o exercício da 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” (para. 31), e que o lugar em que a exercemos é chamado de “consultório privado, ou particular” (para. 31). 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” (para. 31). 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” (para. 32).

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 do 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, para. 02).

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.” (Freud, 1919/2010, 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 as 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).

Diante do exposto, podemos dizer que, de algum modo, Freud já previa a inserção da psicanálise no campo da Saúde Pública 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.

O analista-matriciador e a clínica em extensão²

O psicanalista que atua no campo institucional, a partir do seu trabalho com pacientes e equipes de saúde, 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).

É de suma importância a escuta do singular do sujeito e das equipes que compõem os serviços de saúde na Atenção Básica (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, "é um trabalho construído diariamente, que necessita ser constantemente reconstruído" (Prado, 2016, 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).

Éric 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" (Elia, 2018, para. 08). 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).

Desde a sua criação, o que caracteriza o matriciamento 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 Sistema Único de Saúde (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 cartel³ 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" (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 extensão, isto é, para além da clínica psicanalítica tradicional, extraíndo a singularidade de cada caso e de cada equipe que compõe os serviços de saúde. Para ilustrar a singularidade desse campo de atuação para o psicanalista sob a perspectiva do AM, apresentaremos algumas vinhetas clínicas de casos⁴ atendidos junto às equipes de saúde e da rede intersetorial.

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, intervi 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 justificassem 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.

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. Afinal de contas, o touro não era tão "bravo" assim conforme havia nos alertado. 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 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 que 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, 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 considerem 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).

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"*. 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-matriciador 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 *γυγία*, 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 nas 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 do que insistir em uma abordagem pontual e individual (Ministério da Saúde, 2009).

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 ir 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 açaí.

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 Neto-França (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 às doenças, que se caracterizam por serem agudas. Permanece a vinculação com o tempo, porém o diferencial, aqui, é que é 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, 2013, p. 11).

Nesse sentido, para Dias (2013), 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.

Para concluir

Os profissionais de saúde nas instituições de saúde 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 Reforma Psiquiátrica 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, 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.

Desse modo, em consonância com Alves (2021), acreditamos que o matriciamento 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).

Notas:

1. Este artigo é baseado na Dissertação de Mestrado intitulada *O analista-matrici(a)dor: contribuições da clínica psicanalítica para o cuidado em saúde na Atenção Básica*, defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (PPSI-UFSJ), sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Sobrino Laureano.
2. 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).
3. “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).
4. Os nomes usados na apresentação das vinhetas clínicas são fictícios.

Referências Bibliográficas

- 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 de Mestrado Acadêmico). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE, Brasil.
- Basaglia, F. (1985). *A Instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Bezerra, D. S. (2009). A articulação moebiana entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Psicologia Hospitalar [Online]*, 7(2), 55-74. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092009000200005&lng=pt&tng=pt
- Coelho, R. S. (2021). Psicanálise e democracia: da demanda política do outro ao desejo do sujeito. *Trivium – Estudos Interdisciplinares*, 13(spe), 88-95.
- Dias, D. A. S. (2013). O processo de cronificação de pacientes em saúde mental: contribuições psicanalíticas (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- 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.

- Elia, L. (2018). Psicanálise, Campo Público e Saúde Mental – Uma articulação necessária entre política e clínica. *Psicanalistas pela democracia*. Recuperado de <https://psicanalisedemocracia.com.br/2018/07/psicanalise-campo-publico-e-saude-mental-uma-articulacao-necessaria-entre-politica-e-clinica-luciano-elia/>
- Fink, B. (1998). *O sujeito lacaniano*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Freud, S. (2010). Caminhos da terapia psicanalítica. In *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). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919).
- 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. (1973-1974). *O seminário livro 21: Les non dupes errent*. Inédito.
- Lacan, J. (2003). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicada em 1967).
- Laurent, E. (1999). O analista cidadão. *Curinga Psicanálise e saúde mental*, (13), 12-19.
- 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). *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Autor. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf
- Ministério da Saúde. (2009). *Diretrizes do NASF*. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Autor. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf
- 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, RS, Brasil. (Não publicada).
- Moreira, J. de O., Souza, J. M. P. da, Morganti, J., Horta, M. A. A. S., Côrtes, B. M. L., & Dutra, M. B. de O. (2021). Desafios e possibilidades do fazer do psicanalista numa equipe interdisciplinar em instituições. *Tempo Psicanalítico*, 53(1), 126-148. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382021000100006
- 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.
- Prado, J. F. M. (2016). *O psicanalista na saúde pública: uma prática do trabalho em equipe* (Dissertação de Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-20092016-172428/pt-br.php>.
- Silva, F. C. F., Michels, R. S., & Macedo, M. K. (2015). Psicanálise e Saúde Pública: construindo

possibilidades. *Anais da V Jornada de Pesquisa em Psicologia: diálogos interdisciplinares*.

Recuperado

de

https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/14554.

Silveira, E. R. (2014). Apoio matricial, uma clínica em extensão. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 45(46), 78-88.

Victor, R. M., & Aguiar, F. (2011). A clínica Psicanalítica na Saúde Pública: desafios e possibilidades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), 40-49.

Viganò, C. A. (1999). Construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga: Psicanálise e Saúde Mental*, (13), 39-48.

Vilela, E. M., & Mendes, I. J. S. (2003). Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 11(4), 525-531.

Citação/Citation: Moura, W. M., Faria, W. R., & Laureano, P. S. (mai. 2023 a out. 2023). Uma clínica em extensão: a psicanálise na Atenção Básica. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 18(36), 43-61. Disponível em www.isepol.com/asephallus. doi: 10.17852/1809-709x.2023v18n36p43-61.

Editor do artigo: Tania Coelho dos Santos

Recebido/ Received: 20/08/2023 / 08/20/2023.

Aceito/ Accepted: 25/09/2023 / 09/25/2023.

Copyright: © 2023. Associação Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o moderno e o contemporâneo. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the author and source are credited.