

Contribuições da Abordagem Psicanalítica nas Práticas em Saúde no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf)

Renan Brezolin¹
¹*Prefeitura Municipal de Curitiba,
PR, Brasil.*

Nancy Greca Carneiro²
²*Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
PR, Brasil.*

Resumo: Este trabalho tem o objetivo de refletir sobre como a psicanálise pode contribuir para as práticas de saúde desenvolvidas no trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em que destacamos as diferentes perspectivas sobre a noção de sintoma. Inicialmente, contextualiza-se o campo da psicologia em sua relação com a saúde pública e a inserção da proposta metodológica da criação dos Nasf, considerando uma concepção recente, em processo de consolidação e com características específicas, dentre as quais se destacam o trabalho em equipe e a metodologia de apoio matricial. Em um segundo momento, apresentamos as diferentes noções de sintoma entre o discurso médico e o psicanalítico, propondo uma articulação que embasa a atuação orientada pela psicanálise. Assim, evidencia-se que a psicanálise marca uma diferença na abordagem do sintoma, que para o sujeito tem uma função singular e não apenas um sofrimento a ser eliminado, de modo que esse sintoma tem importância na escuta do sujeito, dividido em seu desejo, que também pode ser sustentado no trabalho em equipe.

Palavras-chave: Saúde Pública, Psicanálise, Matriciamento, Sintoma, Nasf.

Psychoanalytics Contributions to the Practices at the Family Health Expanded Support Center (NASF)

Abstract: This article aims to reflect about how psychoanalysis can contribute to the health practices developed a Family Health Support Center (NASF) team, in which we highlight the different perspectives about the symptom notion. First and foremost, we contextualize the psychology field and its relationship with the public health and the insertion of the methodological proposal of the NASF creation, considering a recent conception in process of consolidation and with specific aspects, which emphasizes the teamwork and the matrix support methodology. Then, we introduce the different notions of symptom between the medical and psychoanalytic discourse, propounding an articulation that supports the psychoanalysis practice perspective proposing an articulation to base the practice guided by psychoanalysis. Therefore, we demonstrate that the psychoanalysis marks a difference on the symptom approach, which has a unique function to the subject instead of being only a suffering to be eliminated, thus, it has importance when listening to the subject, divided on his desire, which can be also sustained in teamwork.

Keywords: Public health, Psychoanalysis, Matrix support, Symptom, NASF.

Contribuciones del Enfoque Psicoanalítico a las Prácticas de Salud en los Núcleos Ampliados de Salud de la Familia (NASF)

Resumen: Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre cómo el psicoanálisis puede contribuir a las prácticas de salud desarrolladas en el Núcleo Ampliado de Salud de la Familia (NASF), donde se destacan distintas perspectivas al concepto de síntoma. Primero, se contextualiza el campo de la psicología y su relación con la salud pública y la inserción de la propuesta metodológica de la creación de los Nasf, teniendo en cuenta una concepción reciente y en proceso de consolidación con características específicas, en la cual predominan el trabajo en equipo y la metodología de apoyo matricial. Después, se presentan los diferentes conceptos de síntoma entre el discurso médico y el psicoanalítico, proponiendo una articulación fundamentada en la actuación del psicoanálisis. Por lo tanto, se establece que el psicoanálisis marca una diferencia en el enfoque del síntoma, que para el sujeto tiene una función singular y no solo un sufrimiento que aliviar, teniendo su importancia en la escucha del sujeto, dividido en su deseo, que también puede ser sostenido en el trabajo en equipo.

Palabras clave: Salud Pública, Psicoanálisis, Apoyo matricial, Síntoma, NASF.

Introdução

A inserção da psicologia no campo da saúde pública se iniciou no Brasil de forma lenta e gradual, atravessada por diversos fatores históricos, políticos e econômicos. Podemos considerar que foi a partir dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, desencadeadas na década de 1980 pelas lutas antimanicomiais e da democratização da saúde, que se deu consistência à psicologia como área de atuação em instituições públicas de saúde, com marcante influência da psicanálise no processo de reformulação de modelos saúde/doença mental.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1989, inicia-se uma reorganização dos processos de saúde e a criação de novos dispositivos. Até hoje, observa-se constantes atualizações, com avanços e retrocessos, montagens e desmontagens, que resultam em um panorama ainda pouco definido das práticas *psis* na saúde pública.

Em meio a isso, o Ministério da Saúde (MS) implementou, em 2008, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), com o objetivo de reforçar e complementar as estratégias de promoção ao Programa Saúde da Família (PSF), fortalecendo a Atenção Básica, por uma nova perspectiva dos processos de trabalho e ampliação do conceito de clínica, tornando-se um novo marco da inserção do profissional de psicologia no sistema público. Diante desse contexto surge

o interesse do presente trabalho, com ponto inicial na experiência pessoal como psicólogo em uma equipe do Nasf, a partir da qual se pretende refletir sobre possíveis contribuições a essa prática, à luz da psicanálise. As possibilidades da prática analítica, que se pautam na investigação do Inconsciente, em contextos distintos do *setting* analítico tradicional dos consultórios privados, é tematizada e discutida desde seus primórdios até os dias atuais (Broide & Broide, 2016; Danto, 2019; Moretto, 2002). De acordo com o próprio Freud, a psicanálise seria um método viável de ser utilizado como proposta de saúde para a população geral, ainda que reconhecesse nisso a necessidade de certa adaptação (Freud, 1919/1996). Apesar de a psicanálise estar inserida de forma notória em diversas modalidades de instituições, iremos aqui retomá-la por ser esse um novo arranjo em que se implementa a atividade do psicólogo no sistema público de saúde.

Alguns fatores são importantes para introduzirmos a atuação nesse contexto. Primeiramente, esse é um campo que se destaca pela heterogeneidade das áreas profissionais e de abordagens que requerem uma abertura para formas de trabalho interdisciplinar e coletivas. Além disso, é uma área tradicionalmente regida pelo discurso médico, permeada pela prevalência de intervenções que tendem às padronizações, aos protocolos universais, muitas vezes de caráter adaptativo, justamente o avesso da proposta

analítica do “um a um”. Ainda que tais fatores, a princípio, possam ser eventuais barreiras à psicanálise, compreendemos que ela pode assumir um papel importante como abertura para uma escuta do singular. Uma escuta clínica que se orienta por uma ética do Inconsciente – que põe em causa o desejo – frente ao sintoma e ao sofrimento mental e que se difere da ética do discurso médico e científico, norteada por um ideal de bem supremo que rege as diferentes noções de normalidade (Clavreul, 1983).

Propomos aqui um estudo teórico-conceitual, que busca orientar a prática analítica nesse contexto. Em vez de uma suposta instalação de atendimento clínico psicanalítico, questionamos a participação nas intervenções institucionais, nas relações interdisciplinares e na transmissão e troca de saberes, considerando que o eixo principal dessas novas diretrizes de trabalho em saúde se ordena na ruptura do modelo tradicional clínico individualizado, na superação da fragmentação dos saberes para lançar o desafio de uma clínica ampliada, articulada entre os profissionais com diferentes formações.

Saúde mental no sistema público de saúde: o Nasf como proposta metodológica

A construção da prática da psicologia na saúde pública no Brasil ocorre de forma tardia e pouco desenvolvida dentro do escopo profissional do psicólogo, seja como prática, seja como formação (Dimenstein, 2000). Criada na década de 1960, a profissão em seu início de atuação esteve intimamente ligada às demandas do mercado, destacando-se as áreas organizacional, educacional e clínicas privadas. Só tardiamente, durante a década de 1980, a Psicologia será inserida na saúde pública, de modo gradual. Tal inserção se alicerça em dois movimentos cruciais: a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Sanitária pôs em relevo o papel do Estado no sistema de saúde. Historicamente centrados na instituição hospitalar, os cuidados em saúde mantinham uma grande dependência da esfera privada. Santana, Conceição e Amarante (2016) apontam que nos anos que seguiram o Golpe Militar de 1964, a principal fonte de financiamento de assistência psiquiátrica era a assistência social, entretanto, “esta sustentava uma ampla rede hospitalar privada contratada que se beneficiava do lucro gerado pela má qualidade da assistência clínica” (p. 81). No final

da década de 1970, com a gradual abertura do regime militar, iniciam-se as discussões acerca da necessidade de uma nova reorganização do sistema público, que culminam na implementação do SUS, em afinidade com a conjuntura de abertura democrática e mudanças políticas (Paiva & Teixeira, 2014).

Há com isso uma guinada na orientação do entendimento dos processos de saúde, que buscava reverter a visão hospitalocêntrica em favor de iniciativas preventivas de atuações mais próximas aos territórios nos quais surgem os processos de saúde/doença: o acompanhamento longitudinal, com priorização no cuidado da Atenção Básica; e a ênfase em ações coletivas e colaborativas entre os profissionais, em que se supera um entendimento da saúde de forma compartimentalizada.

Como o desdobramento houve a criação do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), visando fortalecer e operacionalizar esses preceitos. Iniciada em 1994, essa estratégia fundamenta o modelo da Atenção Básica:

. . . de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, que atua nos cuidados primários de saúde, e coloca o cuidado fora do hospital, mais perto da comunidade, focando suas ações no eixo territorial. O PSF corresponde a um 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 competentes e que considerem sempre a integralidade e a territorialidade (Romagnoli, 2009, p. 526-527).

Concomitante à Reforma Sanitária, inspirada em outras experiências de lutas e militâncias – como a de Franco Basaglia, na Itália, e a antipsiquiatria inglesa de David Cooper e Ronald Laing –, a Reforma Psiquiátrica põe em pauta o lugar ocupado na sociedade pelos loucos e doentes mentais. Historicamente reduzidos à exclusão e ao modelo asilar, a reforma busca resgatar o direito à dignidade e à cidadania, promovendo uma desconstrução do modelo vigente. Como na saúde pública geral, torna-se evidente o fracasso de um modelo centrado na prática hospitalar, estruturado por parcerias público-privadas de interesses obscuros, acrescidas de denúncias de fraudes de financiamentos e, principalmente, do descaso no

cuidado aos pacientes relegados ao abandono, violência e maus-tratos a que eram submetidos, o que suscita a necessidade de se repensar o próprio conceito de saúde (Tenório, 2002).

A complexidade dessas reformas define seu caráter de contínua construção e inacabamento que, a despeito de serem fundamentais, nem sempre acompanham o ritmo das mudanças conceituais, dado que se trata de um campo de avanços e recuos mediado por interferências das conjunturas políticas e econômicas.

Contudo, com a priorização da Atenção Básica são propostos serviços mais atuantes nos territórios, que reconheçam as especificidades regionais e a prevenção como alternativa à especialização e à fragmentação. A Reforma Psiquiátrica coaduna com esses propósitos ao se direcionar à desinstitucionalização e propor como alternativa o tratamento inserido o mais próximo possível à comunidade, pela capilarização dos serviços. Dentre tais modelos, destaca-se a atual consolidação dos Centros de Apoio Psicossociais (Caps), hoje referência à Saúde Mental em nível secundário.

Devemos considerar que a implementação do Nasf surge como alternativa para suprir um espaço até então pouco reconhecido na política pública de Atenção Básica, principalmente no que tange à saúde mental, inserida, principalmente, como especialidade de maior complexidade, seja nos hospitais, nos ambulatórios ou nos Caps, de modo que é muito tímida sua consolidação na Atenção Básica. Entretanto, estamos de acordo com Lancetti (2007) na indicação da necessidade de uma inversão no conceito de complexidade quando se trata de saúde mental, pois quanto mais distante de seu território, maior uma simplificação nos procedimentos de cuidado – vide os hospitais psiquiátricos: “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).

Diante dessa demanda de reformulação, a fim de encontrar novas metodologias de trabalho que acompanhassem a reelaboração do sistema, foi desenvolvida a metodologia de apoio matricial (Campos & Domitti, 2007; Cunha & Campos, 2011), visando uma nova organização nos processos de trabalho e nas relações entre os profissionais da saúde e deles com os usuários.

Frente à carência de profissionais especialistas atuando nas equipes básicas que compõem o PSF nas Unidades de Saúde (US), foi implementada a presença de equipes especializadas que servissem de referência a várias equipes básicas. Atuando de forma alternativa ao modelo hierarquizado – fundado nos encaminhamentos burocratizados de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação –, a lógica do apoio matricial pretendeu oferecer uma atenção integral e horizontal, sendo tanto uma ferramenta para o apoio na retaguarda, quanto um suporte técnico-pedagógico às equipes básicas do PSF.

Destaca-se, nesse método, o direcionamento do cuidado mantido e desenvolvido pelas próprias equipes básicas, pois a elas compete a responsabilidade pela condução de um caso longitudinalmente, na intenção de fortalecer a construção de vínculos entre os profissionais e os usuários. Nesse arranjo, não se trata de “passar os casos”, pois mesmo quando existe a necessidade de encaminhamento para serviços secundários, o usuário, pertencente ao território, deve continuar a ser acompanhado também pela equipe básica, pois “o vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual os técnicos não estão preparados” (Lancetti, 2000, p. 39). Diante disso, os especialistas que compõem as equipes de apoio:

... [têm] um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores (Campos & Domitti, 2007, p. 401).

Esse novo modelo visa reorganizar as formas de trabalho em uma nova estrutura organizacional, capaz de produzir uma cultura que valorize as singularidades dos sujeitos pela transversalidade dos conhecimentos (Moura & Luzio, 2014). Buscando maior resolubilidade no território, estimula-se a interdisciplinaridade e a corresponsabilidade no trabalho em equipe e com a rede de apoio (Oliveira et al., 2017). Na prática, isso demanda uma disponibilidade tanto do profissional de apoio quanto da equipe para a criação de espaços para as trocas e discussões de casos

em substituição aos tradicionais encaminhamentos, pois as condutas também devem ser decididas de forma compartilhada. Entende-se, nessa proposta, uma subversão dos padrões geralmente estabelecidos nos fluxos de saúde, que são tradicionalmente centrados na autoridade do especialista e geram uma fragmentação do cuidado.

A partir disso, em 2008 foi formalizada pelo MS a implementação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, definindo as diretrizes para a estruturação do apoio matricial¹. Definidos os profissionais, cada equipe do Nasf deverá realizar suas atividades cobrindo como referência no mínimo 8 e no máximo 20 equipes básicas de Saúde da Família. Dispõe-se de uma série de ferramentas que são do escopo de atribuições do profissional do Nasf, mas que:

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 (MS, 2009, p. 8).

Nesse processo de viabilização dos Nasf se encontram algumas dificuldades. Autores como Dimenstein (2000) observam que essa nova configuração requer uma postura diferente do fazer das práticas *psís* para as quais esses profissionais não estão habituados. Segundo a autora, a formação em psicologia historicamente se volta para as práticas individualizadas e sem contato com outros saberes. Tem-se, assim, um entendimento de clínica em sua forma clássica e padronizada, produzindo uma dissonância quando inserida nesse contexto.

Além da formação dos profissionais da saúde mental, são notórios e muito apontados obstáculos na implementação desse modelo. Entre eles, que corroboram os desafios encontrados em nossa prática, podemos destacar: a falta de recursos mediante um excesso das demandas, saturando os profissionais das equipes, que tendem a um recrudescimento das resistências às mudanças (Furtado & Carvalho, 2015); falta de projetos das gestões na implementação, sem que haja um preparo das equipes para o entendimento de um novo paradigma (Perrella, 2015); limitados espaços coletivos para a troca entre profissionais e a dependência para o trabalho interdisciplinar de “certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado” (Campos & Domitti, 2007, p. 404), que denunciam pontos de tensões e angústias perante a distância entre a teoria preconizada e a experiência cotidiana (Arona, 2009; Oliveira et al., 2017).

A fim de evitar um ideal paralisante em sensação de impotência e fracasso, insiste-se na busca de um fazer viável diante das condições adversas, momento em que nos perguntamos: que fazer é esse? O que falta para um fazer no coletivo e um entendimento do trabalho compartilhado? Sobre isso, estamos de acordo com Perrella (2015) em considerar que esse “fazer não é algo que se encontra pronto, com ações e estratégias definidas, bastando então cada profissional aplicar o seu instrumental teórico-conceitual e tudo estará resolvido. Pelo contrário, este trabalho precisa ser construído, inventado” (p. 449). Para tal, é necessário estar preparado para enfrentar a mobilização de resistências que surgem nesse processo, visto que:

Problematizar o cotidiano das equipes e serviços não é uma tarefa fácil, pois coloca em evidência nossas dificuldades e fragilidades, mobilizando assim afetos, exigindo de nós sensibilidade para escutar o outro e a si mesmo. Ao mesmo tempo, tal problematização pode provocar desestabilizações entre as equipes de trabalho, desestabilizações estas capazes de produzir rupturas nas condutas engessadas e automatizadas, dando lugar a novas possibilidades de intervenção (Perrella, 2015, p. 448-449).

¹ De acordo com o MS (2008), o Nasf deve ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes das seguintes áreas: médico acupunturista; assistente social; educador físico; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional. Entre esses, para formar uma equipe, ao menos um deve ser da área da saúde mental, devido à magnitude epidemiológica dos transtornos mentais.

Acreditamos que alguns elementos psicanalíticos podem nos auxiliar a superar esses desafios, a partir de uma perspectiva que reintroduza o sujeito em sua singularidade e questione os saberes instituídos para uma nova articulação no coletivo.

A psicanálise nos espaços públicos

Freud já expressava sua preocupação em levar a psicanálise para além dos consultórios privados, de modo que também alcançasse as camadas mais pobres da população, por considerá-la uma ferramenta importante de oferta para tratamentos mentais de forma pública para a

grande multidão, demasiado pobre para reembolsar um analista por seu laborioso trabalho. Isso parece constituir uma necessidade social, particularmente em nossos tempos, quando os estratos intelectuais da população, sobretudo inclinados à neurose, estão mergulhando irresistivelmente na pobreza (Freud, 1923/1976, p. 357).

Ainda que em outros momentos tenha se questionado sobre as dificuldades dessa oferta gratuita, considerando as resistências que o não pagamento poderia impor ao paciente no desenvolvimento de sua análise, mediante o papel regulador em transferência, Freud vislumbrava as possibilidades de uma expansão da psicanálise para toda a população, inserindo-a como proposta de saúde coletiva:

é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose . . . Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres (Freud, 1919/1996, p. 181).

Apesar da citação centenária, podemos lê-la facilmente inserida no debate contemporâneo e na

situação atual em que se encontram as demandas de saúde mental, de forma que tais questões se atualizem e revigorem as problematizações freudianas.

Ainda que o próprio Freud vislumbrasse essa possibilidade, há uma constante preocupação no desvirtuamento da prática analítica, na medida em que ela perde sua pureza e sua essência. O próprio Freud considerava que “muito provável, também, que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta”, ao que acrescenta que, nesse caso, “os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa” (Freud, 1919/1996, p. 181).

Ao longo da história, a psicanálise nunca se furtou a enfrentar esse dilema: houve significativas tentativas a esse respeito desde as primeiras gerações de analistas, com o aval de Freud (Danto, 2019). Atualmente, também se observa problematizações sobre o tensionamento quanto ao alcance e à possibilidade da psicanálise em contextos diferentes da sua origem nos consultórios privados, seja em ambulatorios públicos (Figueiredo, 2002), em situações sociais de vulnerabilidade (Broide & Broide, 2016), em hospitais (Moretto, 2002), entre outros locais, mostrando que a vivacidade da psicanálise também depende de se manter atual em seu tempo.

Nessa esfera de debates, encontramos matizes de posicionamentos que vão desde uma sustentação ortodoxa rigorosa – para a qual a psicanálise não deve se afastar do tradicionalmente instituído (divã, pagamento, frequência, duração, entre outros aspectos), por ver aí uma distorção de princípios que seriam inegociáveis – até a utilização desses determinantes como forma de “garantia” de uma titulação psicanalítica.

Acreditamos, ao contrário, não ser o melhor caminho tomar a definição da prática analítica segundo esses fatores, pois tangenciam o que seriam seus ingredientes “efetivos e importantes”, que localizamos na especificidade da escuta analítica do sujeito dividido em seu desejo e nos movimentos do Inconsciente, que dependem de aberturas para que ocorram e não nos são dadas a priori nem com garantias². Além disso, reduzir os elementos do *setting* às prerrogativas da psicanálise pode incorrer no risco de caráter normativo

² Poderíamos recorrer, nesse sentido, a título de exemplo, às importantes linhas de abertura das contribuições de Donald Woods Winnicott para pensar no *setting* analítico em sua forma mais ampla, em sua correlação com um ambiente subjetivo de suporte ao desenvolvimento humano, considerando outras possibilidades de enquadrá-los em suas diversas nuances de tempos, ritmos e presenças, que não se reduzem à forma *standard* e padronizada.

de autoridades detentoras do saber, que pode estabelecer o que é psicanálise e o que não é.

A nosso panorama da atuação da psicologia nos Nasf, acrescenta-se uma variável a essas questões: o fato de ter como característica destacada uma prática que não visa em sua finalidade procedimentos fundamentalmente clínicos, mas priorizar o papel de apoio e retaguarda às equipes, protagonistas da atuação. Soma-se a isso, ainda, a inserção no espaço das US, em que as demandas ocorrem de forma aberta e espontânea pelas mais diversas necessidades de saúde da população vinculada ao território, que se diferem, por exemplo, de outros espaços institucionais, como os ambulatoriais (Figueiredo, 2002) ou dos Caps (Vilhena & Rosa, 2011), com estruturas de organizações diferentes.

A atuação do psicólogo no Nasf pode ser entendida, nesse sentido, como uma espécie híbrida, na medida em que é voltada para o trabalho em equipe, como matriciadora, além de estar diante de todas as demandas da Atenção Básica que surgem no cotidiano do que é considerado saúde mental em um equipamento aberto a toda comunidade.

Segundo Victor e Aguiar (2011), nessa situação, o analista se vê desafiado a lidar com alguns dos impasses da psicanálise diante das demandas do sistema público, devido a não pretender “*primariamente* ampliar a qualidade de vida dos indivíduos, mas propiciar uma escuta diferenciada a quem está em sofrimento”, frente ao qual não significa repensar a psicanálise e seus conceitos, mas, “ao contrário, fortalecê-la para intervir de maneira adequada, advertida, interessada” (p. 43).

Diante disso, elencamos a concepção de sintoma como um possível articulador, que leva subsídios para a orientação da escuta não apenas na esfera da assistência direta aos pacientes, mas, também, na inserção de trabalho em equipe em meio a diversos saberes.

Sofrimento e sintoma: uma outra escuta

O dia a dia nos serviços de Atenção Básica é marcado por diversos tipos de queixas e demandas, desde as aparentemente mais banais às mais graves, realizadas pelo próprio paciente a terceiros: escola, família, instituições, entre outros meios. Entretanto, o desafio da psicanálise é a sustentação do que é singular, é estar atenta a não cair no risco de contaminar as demandas de saúde mental com perspectivas totalizantes e adaptativas.

Impelidos a desenvolver nosso trabalho e nos posicionarmos frente às situações em que assumimos uma responsabilidade no cuidado sobre o outro, nos implicamos numa visão de sujeito que nos orienta. Em nossa perspectiva, a forma de acolher as demandas que nos destinam marca uma diferença fundamental no que diz respeito a uma implicação do sujeito com o sofrimento do qual padece e com seu endereçamento.

Observa-se que na construção dos processos de saúde/doença, que sustentam a lógica dos discursos médico e científico predominantes, vige o entendimento sobre os transtornos e queixas como constituídos por sintomas para os quais o foco do tratamento é sua eliminação/controlar como meta de saúde. Podemos ver nos manuais de diagnósticos, no constante aperfeiçoamento das classificações nosográficas, uma tendência voltada para “um procedimento passível de quantificação e de padronização, numa perspectiva que exclui a singularidade inerente à história do sujeito” (Barreto, 2007, p. 8). Barreto (2007) destaca, ainda, dois aspectos do sintoma: de um lado, ele é aquilo que indica que algo vai mal, um tipo de sofrimento que sinaliza para o sujeito que algo não está funcionando. Por outro lado, ele é justamente aquilo que “afasta o sujeito do que está preconizado pelo discurso do seu tempo, ou seja, afasta-o da norma social” (Barreto, 2007, p. 8).

A perspectiva focada na eliminação do sintoma, além de desconsiderar sua importância estrutural única para o sujeito, está a serviço de uma pretensa restituição normativa, da reabilitação do sujeito em seu caráter adaptativo, da conformidade social, a partir dos quais se preconiza os protocolos universais, as condutas terapêuticas padronizadas e as curvas de normalidades.

Esse fio da normalidade traz em si consequências importantes no viés que é dado aos cuidados na saúde pública, pois, considerando as diversidades individuais, as diferenças socioculturais entre quem atende e quem é atendido, fazer da normalidade um guia pautado em um ideal de bem é uma das formas de silenciar o outro, pelo moralismo e assistencialismo. Esse aspecto é recorrentemente observado na impotência frente a situações sob as justificativas designatórias da “carência da população”, da “falta de entendimento” ou “não aceitação dos tratamentos”, da “desestruturação familiar”, como “aquele que precisa ser educado, para entender a lógica das intervenções propostas . . . que tem suas necessidades ‘julgadas’ como legítimas

ou não, de acordo com critérios de racionalização da organização dos serviços e práticas” (Feuerwerker, 2014, p. 85). Moura e Boarini (2012) lembram-nos que essa visão legitima tipos de práticas tutelares sobre as famílias, ou seja, práticas regulatórias que declaram sobre a “verdade” da forma dos relacionamentos e nos estabelecimentos de vínculos familiares, dos modos de viver em família, sob a sombra de modelos ideias que produzem os sujeitos “desviantes” e “desajustados” à ordem social, quando não atingidos.

Reforça-se, assim, um entendimento do sintoma como desvio à norma, um erro a ser abolido, pois se constitui como um desvio a um processo natural que seria o ideal de saúde. Nessa linha, o trabalho na saúde pública em diversos momentos perpassa uma linha tênue do cuidado para o controle disciplinar como estratégia biopolítica de cuidado dos corpos, em suas medições, comparações, usos e normatizações de condutas (Foucault, 1979). Segundo Silveira (2017):

Partindo do pressuposto de que os discursos do cuidado fazem emergir os limites dos comportamentos fortuitos, de risco, imprevisíveis e resistentes aos controles gerais de condutas, agreguemos a esta concepção o fato de que tais comportamentos periféricos desmazelados possibilitam a emergência, a partir de disposições matemáticas e estatísticas de grupos populacionais, dos sujeitos considerados normais e anormais. Assim, compreende-se que os discursos do cuidado se relacionam intrinsecamente com os dizeres da normalidade, na medida em que o ato de cuidar estabelece uma fauna de comportamentos cuidáveis, com seus respectivos procedimentos interventivos, na constituição de uma rede social de controle, na qual se atrita, estatística e praticamente, as figuras dos sujeitos normais, no centro da curva de Gauss, e, em suas bordas, os sujeitos e condutas matematicamente periféricos e anormais (p. 69).

Nessa perspectiva, o ideal de saúde assume duas vias: uma promessa de saúde por um enquadramento nas normas estatístico-científicas e, implicitamente, a noção de cura como restituição de um estado anterior à doença.

Em outra direção, entende-se por sintoma em psicanálise um índice do sofrimento compreendido como manifestação genuína de uma construção do sujeito, que tem sua razão em ser, por mais precário

e fora da lógica racional que seja – mas sempre pertinente segundo a lógica do Inconsciente. Assim, é importante não sucumbir às promessas fortuitas de eliminação pelo menor custo. Ao adotar uma via exclusivamente organicista de disfunção cerebral, a psiquiatria científica propõe ao homem que seu sofrimento é algo parasitário, “cuja causa não lhe diz respeito enquanto sujeito, mas sim aos déficits das regulagens neuroquímicas do cérebro” (Lima & Daltro, 2017, p. 256), em que muitas vezes as medicações assumem a promessa de uma felicidade simplificada.

O primeiro contato de Freud com os sintomas das paralisias histéricas, até então vistos como simulações, possibilitaram-lhe identificar uma base afetiva na forma de um conflito psíquico inconsciente não resolvido. Nesse sentido, mais do que um erro, o sintoma começa a ser entendido como uma resposta do sujeito a algo que não pôde ser elaborado de outra forma, instaurando-se como uma saída precária ao conflito. Apesar de inicialmente Freud manter a esperança de que esse conflito pudesse ser localizável na história do sujeito, diante do qual se suporia uma elaboração dessa situação traumática por sua reminiscência e conseqüente remissão completa dos sintomas, na prática, esse caminho mostrou-se a Freud mais tortuoso.

Com a descoberta da importância dos desejos desvinculados da realidade material em favor da realidade psíquica, avançou-se para conceitos como pulsão, fantasia e recalque, de modo que o manejo clínico do sintoma e o método analítico ganham outros direcionamentos. Se em um primeiro momento é a elaboração de uma vivência traumática que está em causa, nesse segundo momento, trata-se dos conflitos afetivos, os desejos e as fantasias que estabelecem no sintoma um conluio como formação de compromisso. Para Freud (1917/1996), o nó que impossibilita a resolução completa de um sintoma se assenta na luta entre as forças contrárias que “encontram-se novamente no sintoma e se reconciliam” (p. 361); então, deve ser equacionada também a porção de satisfação que carrega.

Nessa empreitada, a prática clínica evidenciou que a simples decifração dos sentidos, a elucidação do enigma do conflito e o desvelamento do Inconsciente não eram suficientes para os resultados clínicos. A insistência de resíduos dos sintomas coloca-se como empecilho na tentativa de sua extinção, que futuramente leva Freud a forjar conceitos como

pulsão de morte e compulsão à repetição. Da mesma forma, em *O mal-estar na civilização* (1930/1974), vemos Freud situar o sintoma como ligado ao mal-estar inerente ao homem por sua inserção na civilização. Inerente pois coloca-se em jogo sempre um conflito entre a satisfação pulsional/desejos versus cultura. Entre o desejo e as exigências civilizatórias, o sintoma é uma solução singular, na tentativa do sujeito de dar um lugar a seu desejo. Freud destaca, com isso, um núcleo duro do sintoma que está associado a um modo do sujeito se organizar no mundo, no qual, ainda que haja certo grau de sofrimento, sustenta-se também por uma satisfação.

Lacan, dando seguimento às elaborações freudianas, questiona o que leva “o paciente a recorrer ao analista para lhe pedir algo que ele chama saúde, quando seu sintoma – a teoria diz isto – é feito para lhe trazer certas satisfações” (2008, p. 137). Isso evidencia um caráter de profunda ambiguidade das solicitações do sujeito, que contém em si uma dupla face. Deixar-se levar pelo enunciado é perder essa dimensão de dupla face da demanda em que o inconsciente se faz presente. Segundo Lacan:

Que abrigo, por exemplo, lhe oferece o recurso à análise para restabelecer a paz de seu casamento quando algum desengonço sobrevém em sua função sexual, ou algum desejo extra-conjugal! Desde os primeiros tempos, verifica-se o paciente desejar, na forma de uma suspensão provisória de sua presença no seu lar, o contrário do que veio propor com o fito primeiro de sua análise – não a restituição de seu casamento, mas sua ruptura (2008, p. 137).

Assim, a escuta analítica visa a essa divisão do sujeito, para o qual não se trata de responder, de forma apressada, a sua demanda, ocupando o lugar de um saber sobre o outro. Mais do que respostas, a escuta direciona o sujeito para que possa formular sua pergunta, para a qual seu sintoma é a resposta (Costa Val, Modena, Onocko Campos, & Gama, 2017).

Importa destacar que, nessa perspectiva, o sintoma diz não apenas sobre o sofrimento, mas sobre os modos de o sujeito estar no mundo, de se endereçar aos demais e se situar frente aos outros. O sintoma é a invenção do sujeito como forma de lidar com o não sentido, a não completude em uma solução singular. Por isso, para a psicanálise, não se trata de removê-lo,

mas de acolhê-lo como possibilidade de abertura para a transformação da relação do sujeito com ele (Lima & Daltro, 2017), fazendo disso uma experiência de afetação pela vida em que o sujeito lide com o mal-estar, com o sofrimento e suas defesas. Realiza-se, “em vez do tratamento do sintoma, tratamento pelo sintoma” (Barreto, 2007, p. 23), processo do qual se espera não uma restituição, mas uma transmutação.

Por fim, demarcar esse território de atuação do psicanalista nos auxilia a entender seu papel quando inserido em uma instituição e na articulação com outros saberes, em que as demandas e as relações se tornam, a cada passo, mais complexas.

O lugar do saber na articulação com o coletivo

De acordo com o que formulamos, podemos considerar como uma das definições da atuação analítica nas instituições a sustentação da concepção de sintoma como expressão singular e própria de cada sujeito. Cabe nos perguntarmos de que forma essa posição se articula com os demais saberes.

Não só para a psicanálise, mas de modo geral, a relação entre a atuação conjunta de profissionais de diferentes áreas é tema de debates, na medida em que tem grande potencial metodológico e, diante dos desafios contemporâneos, também se coloca como ponto de tensão, muitas vezes de conflitos, nas relações de poder.

Verifica-se que a inserção da saúde mental na Atenção Básica resulta, muitas vezes, em uma percepção dela como um corpo estranho, à parte dos demais processos de saúde, com referência no discurso médico, reatualizando uma divisão corpo/mente. Decorre disso uma distinção implícita em que grande parte dos profissionais da saúde se veem alheios a esse campo, enquanto o psicólogo é visto como o representante único a tudo o que se refere – de forma bastante inespecífica – à saúde mental, nas falas recorrentes sobre fatores emocionais, psicológicos, mentais, dentre outros. Nesse plano de demandas são inseridos aqueles casos do qual o aparato biológico não dá conta, ou seja, sempre que algo da subjetividade se coloca como empecilho ao tratamento.

Toma-se, assim, a subjetividade como um resto indesejável, com que nenhum profissional se vê apto a lidar por seu desconhecimento e sua estranheza – e aqui a psicanálise nos lembra o quanto o estranho nos é bastante íntimo. Figueiredo (2002) aponta

o caráter “depositário de tudo o que diz respeito ao humano e provoca ansiedade nos médicos” nos encaminhamentos realizados ao psicólogo nas instituições, observando os modos genéricos e estereotipados que são realizados: “problemas de aprendizagem e comportamento, no caso de crianças e adolescentes; dificuldades clínicas com adultos resistentes a determinado tratamento; problemas emocionais de todo tipo, sendo ansiedade e depressão os mais frequentemente diagnosticados” (p. 49).

Nos casos em que a psicologia é chamada pela demanda de ajustamento, em situações em que a subjetividade se põe como atravessamento ao bom andamento da clínica médica ou das práticas pedagógicas, a psicologia se torna um repositório de toda ordem de condutas e padecimentos que geram ansiedade nos demais profissionais.

Mesmo com as inovações da ESF, que é pautada na promoção integral da saúde, essa subdivisão é sentida no dia a dia na forma sintomática, por exemplo, na lógica do repasse dos casos como transferência de responsabilidade, em que se deposita na figura do profissional da saúde mental o imaginário do especialista como aquele capaz de lidar com esse resto indesejável. Cria-se uma projeção de saber no outro. Uma mitificação do especialista como detentor de um saber, mas um saber idealizado, que responderia ao discurso médico de eliminar/silenciar o problema.

Coloca-se aqui a questão do lugar do saber do discurso analítico. Da forma como concebemos o sintoma, é notório que há aí uma diferença entre os modos de compreender os processos de saúde/doença. Quando as questões que envolvem a subjetividade são entendidas como falha, para a equipe que acolhe, gera-se uma demanda de correção, cuja impossibilidade engendra angústias e resistências como alternativas à impotência. Do mesmo modo, a transferência de responsabilidade a outro profissional pode ser uma das formas defensivas de dar um destino àquilo para que não se tem resposta.

Por exemplo, na lógica médica, guiada pelo ideal de bem-estar, atribui-se falta de sentido às situações em que o paciente se comporte na direção contrária ao que é determinado para seu próprio bem, isto é, quando se recusa a seguir as orientações e é adverso aos tratamentos

e demais condutas recomendadas. Por outro lado, a psicanálise reconhece no campo do desejo a condição de não ser regulado por um suposto bem do indivíduo invocado pela ordem médica, como um ser unívoco e total, pois “muitas vezes vem contradizê-la, por mais que se trate de um doente para fazê-lo curado do mal que o aflige, curiosamente percebe-se, às vezes, que a cura não lhe convém, o desejo se opõe a ordem médica e vice-versa” (Moretto, 2002, p. 76). Tal importância necessita ser ressaltada, não para promover uma concorrência ou disputa de qual discurso deve se sobrepor ao outro, mas para dar a devida atenção ao lugar que o analista pode ocupar frente às demandas que lhe chegam e discernir seu direcionamento. O reconhecimento das diferenças é um alerta para que o analista não ocupe um lugar de subordinação, que muitas vezes lhe é solicitado a fim de tapar os furos do discurso médico. Se as demandas que lhe chegam correspondem, de certa maneira, à impotência do discurso médico, atender a essas demandas impede que a psicanálise exerça a função que lhe cabe: de ser uma outra clínica, de efetuar uma escuta outra.

Entretanto, se por um lado há grandes riscos da inviabilidade do trabalho analítico caso assuma esse lugar de complemento do saber médico – além de gerar demandas infinitas –, uma postura de embate também pode gerar tensões além do suportável para a realização do trabalho, quando o profissional não corresponde às expectativas geradas pela equipe, principalmente quando é solicitado por um ideal de resolubilidade. Sustentar a angústia de um não-saber e de um não-todo frente a essas demandas tem que ser vivenciado e superado para que se abra a um trabalho que não esbarre em maiores resistências ou saídas sintomáticas, como ocupar o lugar de um saber onipotente ou cair na impotência. Isso nos parece ser um ponto de resistência importante a ser entendido, na medida em que é um grande obstáculo ao processo de um trabalho em coletivo de saúde mental e bastante específico desse modelo institucional³.

Para pensar em outras saídas para além do confronto e resistência, devemos partir, inicialmente, da compreensão de que ao analista não compete transformar a visão vigente, seja ela médico-científica ou outra qualquer. Sua função não é a de impor sua visão, muito menos acatar a do outro, mas a de uma presença que possibilite a emergência de uma fenda

³ Novamente fazendo um paralelo com outras instituições públicas como os Caps, percebe-se que nesses centros, por mais que haja uma grande diversidade de profissionais, de especialidades e de perspectivas, parte-se, inicialmente, como finalidade de um campo comum a todos de ser fundado na saúde mental, diferentemente da Atenção Básica.

no instituído, para que a fala circule e novos caminhos se tornem possíveis. Laurent (1999) nos alerta para não confundirmos essa atuação com uma prática estereotipada de analista. Fazer furo no discurso não significa um analista apagado. Seu dizer silencioso não se confunde com o silêncio, mas se faz em posicionamentos ativos quando atua nas dinâmicas de grupos que permeiam as organizações. Assim, “o dizer silencioso do analista consiste em contribuir para que, cada vez que se intente erigir um ideal, possa-se denunciar que a promoção de novos ideais não é a única alternativa”. Para isso, o analista também precisa ser capaz de avaliar e aceitar ser avaliado, sem os receios de um temor frente ao outro, promovendo, assim, práticas “democráticas, anti-normativas e irredutíveis a uma causalidade ideal” (Laurent, 1999, p. 11).

Moretto e Prizskulnik (2014) sublinham que inserir um trabalho analítico em equipe é muito mais do que ocupar um cargo destinado para isso e que é possível estar dentro sem estar inserido. Estar inserido é um processo de construção de um lugar e essa inserção depende tanto do tipo de demanda que a equipe endereça, de acordo com suas implicações subjetivas, assim como a forma como essa demanda é escutada. Em muitos casos, os encaminhamentos são realizados sem demanda nenhuma do retorno de um saber, operando na lógica do repasse; assim, podem produzir um trabalho isolado do analista, mesmo dentro da equipe, que, a despeito de ter sua importância pela escuta proporcionada aos pacientes, não se constitui como o que se espera de um trabalho efetivo em instituição e multiprofissional.

Dessa forma, a ação do psicanalista não se restringe a uma oferta de escuta da singularidade, mas também abrange sustentar essa posição nas discussões em equipe como um norte de seu trabalho, estabelecendo, ao mesmo tempo, uma transmissão nas discussões clínicas, sem se restringir a um modelo classificatório, mas resgatando aquilo que há de único em cada caso (Bursztyn & Figueiredo, 2012). Em última instância, o papel de apoio matricial se coloca em afinidade com a proposta de pesquisador cartográfico que, segundo Passos e Eirado (2009):

acompanha um processo que, se ele guia, faz tal como o guia de cegos que não determina para onde o cego vai, mas segue também às cegas, tateante, acompanhando um processo que ele também não conhece de antemão. O cartógrafo

não toma o eu como objeto, mas sim os processos de emergência do si como desestabilização dos pontos de vista que colapsam a experiência no (‘interior’) eu (p. 123).

Esse processo de trabalho se dá de forma viva, com a participação do ato do analista, pois cada caso demanda a invenção própria de uma saída. Para tanto, é preciso que a equipe se articule como uma organização não hierarquicamente centralizada em um saber, muitas vezes o saber médico, mas que possa, justamente, manter o saber inicial em suspensão, a partir do qual o próprio sujeito poderá formular suas perguntas, fazendo circular o saber que advém do sujeito.

Sob essa ótica, marca-se um outro lugar para o sujeito, que não coincide com as concepções psicossociais e jurídicas do sujeito cidadão e de direito, que de uma forma ou outra são pautadas nos liames da ordem social (Carneiro, 2008). Ao invés disso, a psicanálise aponta para o sujeito do inconsciente, dividido em seu próprio desejo e que se coloca para além das promessas totalizantes, ao qual se restitui sua dignidade frente ao convite às incertezas de experienciar a si mesmo, cujo sintoma não é excluído.

Este é o trabalho que cabe ao analista: construir com sua diferença. Tanto melhor quando as contingências das equipes favorecem essa organização, entretanto, quando elas não estão dadas, cabe ao psicanalista construir a cada vez, no caso a caso.

Considerações finais

Buscamos neste trabalho traçar o percurso da construção do modelo metodológico de cuidado na atenção básica, Nasf, situando-o brevemente dentro do contexto histórico que justifica sua implementação. A construção da modalidade de atuação pelo Nasf surge como uma inovação importante para o campo da saúde mental, acompanhando, também, as mudanças na estruturação da saúde pública, mais afinada com as mudanças sociais e culturais das últimas décadas. Entretanto, da mesma forma, tal inovação exige dos profissionais inseridos nesse contexto um processo de repensar as práticas no qual se volte para atuações em um campo mais amplo e heterogêneo de saberes.

Desenvolver um trabalho analítico nesse cenário implica em uma outra forma de escuta do sofrimento e de seus direcionamentos. Diferentemente de uma

tentativa de eliminação dos sintomas regida por um ideal de saúde, a psicanálise se propõe a um resgate do sintoma inserido como construções próprias do sujeito, que demandam um acolhimento que não apenas o silencie. Ante uma urgência de exclusão, abre-se para um acolhimento que recoloca o sujeito em sua problemática, para que daí possam surgir outras saídas e possibilidades de elaboração. A psicanálise, nesse contexto de saúde, coloca-se como um contraponto importante diante das demandas atuais em que se observa uma tendência ao apagamento dos sintomas, sob promessas de felicidades e eliminação do sofrimento, exigências não apenas dos pacientes e profissionais, mas também do campo social e de políticas públicas.

Nessa esteira, somos levados a pensar o lugar do saber que o profissional especialista em saúde mental ocupa frente aos outros saberes, fazendo com que os aspectos subjetivos do sofrimento, muitas vezes tomados no discurso médico-científico como resto

indesejável, possam circular em sua dimensão de criação e invenção por parte do sujeito em causa.

Longe da busca de ideais, o trabalho nesse cenário demanda instalar-se entre tensões, como forma de abertura para a reintrodução do outro em seu processo de saúde/doença. Com isso, não se pretende definir novos modelos pré-estabelecidos, mas, pelo contrário, uma postura que se afaste das repetições protocolares, dos achatamentos da diferença e anulação do outro. Almeja-se modos de trabalhos que precisam ser sempre reinventados e redescobertos, sem que se perca os meios e os fins pelos quais se orienta.

Contudo, reconhecendo que nem sempre os contextos se tornam favoráveis, acreditamos pela feitura deste trabalho que a psicanálise se sustenta a partir de um posicionamento ético, que se dá no constante exercício que envolve sua reinvenção no caso a caso, numa abertura para o inesperado, de tentativas, com erros e acertos. Trata-se de um posicionamento que deve sempre ser reconquistado, de modo que esse próprio fazer se constitua também em uma transmissão.

Referências

- Arona, E. da C. (2009). Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 26-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000500005>
- Barreto, F. P. (2007). Psicanálise aplicada à saúde mental. *Clinicaps*, 2.
- Broide, J., & Broide, E. E. (2016). *A psicanálise em situações sociais críticas*. Escuta.
- 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. de 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>
- Carneiro, N. G. (2008). Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial: Haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental?. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(2), 208-220. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000200003>
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: Poder e impotência do discurso médico*. Brasiliense.
- Costa Val, A., Modena, C. M., Onocko Campos, R. T., & Gama, G. A. P. da. (2017). Psicanálise e saúde coletiva: Aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis*, 27(4), 1287-1307. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400022>
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. de S. (2011). Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde soc.*, 20(4), 961-970. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>
- Danto, E. A. (2019). *As clínicas públicas de Freud*. Perspectiva.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: Implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100006>
- Feuerwerker, L. C. M. (2014). *Micropolítica e saúde: Produção do cuidado, gestão e formação*. Rede UNIDA.

- Figueiredo, A. C. (2002). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público* (3a ed.). Relume-Dumará.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Graal.
- Freud, S. (1996). Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XV, pp. 361-378). Imago. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1996). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVII, pp. 199-211). Imago. (Trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (1976). Prefácio ao relatório sobre a Policlínica Psicanalítica de Berlim (março de 1920 a junho de 1922), de Marx Eitingon. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX, pp. 357-358). Imago. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (1974). O mal-estar na civilização. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI, pp. 81-178). Imago. (Trabalho original publicado em 1930)
- Furtado, M. E. M. F., & Carvalho, L. B. (2015). O psicólogo no NASF: Potencialidades e desafios de um profissional de referência. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 9-17.
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*. Jorge Zahar.
- Lancetti, A. (2000). Saúde mental nas entranhas da metrópole. In A. Lancetti (Org.), *SaudeLoucura 7: Saúde mental e saúde da família* (pp. 11-52). Hucitec.
- Lancetti, A. (2007). *Clínica peripatética*. Hucitec.
- Laurent, É. (1999). O analista cidadão. *Curinga*, (13), 7-13.
- Lima, Y. J. S. de C., & Daltro, M. R. (2017). O sintoma-equilibrista e o tratamento médico ao mal-estar na atualidade. *Cadernos de Psicanálise*, 39(36), 243-263.
- Moretto, M. L. T. (2002). *O que pode um analista no Hospital? Casa do Psicólogo*.
- 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.
- Moura, R. H. de, & Boarini, M. L. (2012). A saúde da família sob as lentes da higiene mental. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 19(1), 217-235. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000100012>
- Moura, R. H. de, & Luzio, C. A. (2014). O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Para além das diretrizes. *Interface*, 18(1), 957-970. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0333>
- Ministério da Saúde. (4 mar. 2008). Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF *Diário Oficial da União*, (43), pp. 38-42.
- Ministério da Saúde. (2009). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família* (Vol. 27).
- Oliveira, I. F. de, Amorim, K. M. de O., Paiva, R. dos A., Oliveira, K. S. A. de, Nascimento, M. N. C. do, & Araújo, R. L. (2017). A atuação do psicólogo nos NASF: Desafios e perspectivas na atenção básica. *Temas em Psicologia*, 25(1), 291-304. <http://doi.org/10.9788/TP2017.1-17Pt>
- Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: Notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(1), 15-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>
- Passos, E., & Eirado, A. (2009). Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In E. Passos, V. Kastrup & L. da Escóssia, (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 109-130). Sulina.
- Perrella, A. C. (2015). A experiência da Psicologia no NASF: Capturas, embates e invenções. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(2), 443-452.
- 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>

- 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.
- Silveira, F. de A. (2017). Entre o cuidado normalizador e o descuido transgressor: Resistindo aos ditames identitários dos sujeitos da saúde. *Revista Ecológica*, (18), 65-78.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9(1), 25-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
- Victor, R. M., & Aguiar, F. (2011). A clínica Psicanalítica na Saúde Pública: Desafios e possibilidades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), 40-49. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000100005>
- Vilhena, J. de, & Rosa, C. M. (2011). A clínica psicanalítica nos espaços abertos do CAPS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(3), 130-147.

Renan Brezolin

Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba – PR. Psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, da Prefeitura Municipal de Curitiba, Curitiba – PR, Brasil.

E-mail: r.brezolin@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9859-4884>

Nancy Greca Carneiro

Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba – PR, Brasil. Docente da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Curitiba – PR, Brasil.

E-mail: nancygreccacarneiro@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4537-8069>

Endereço para envio de correspondência:

Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Rua Imaculada Conceição, 1155, Prado Velho. CEP: 80215-901. Curitiba – PR, Brasil.

Recebido 02/03/2020

Aceito 05/05/2021

Received 03/02/2020

Approved 05/05/2021

Recibido 02/03/2020

Aceptado 05/05/2021

Como citar: Brezolin, R., & Carneiro, N. G. (2022). Contribuições da abordagem psicanalítica nas práticas em saúde no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf). *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003234671>

How to cite: Brezolin, R., & Carneiro, N. G. (2022). Psychoanalytics contributions to the practices at the Family Health Expanded Support Center (NASF). *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003234671>

Cómo citar: Brezolin, R., & Carneiro, N. G. (2022). Contribuciones del enfoque psicoanalítico a las prácticas de salud en los Núcleos Ampliados de Salud de la Familia (NASF). *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003234671>