

CLÍNICA AMPLIADA E PSICANÁLISE: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL?

Expanded clinic and psychoanalysis: a possible relationship?

Clínica expandida y psicoanálisis: ¿una posible relación?

<https://doi.org/10.5935/2176-3038.20240003>

Recebido: 10.ago.2023

Corrigido: 31.ago.2023

Aprovado: 10.fev.2024

FABRÍCIO DUIM RUFATO³⁹

GEOVANE DOS SANTOS DA ROCHA⁴⁰

ELISABETH ROSSETTO⁴¹

Resumo: A Psicanálise é usualmente utilizada em tratamentos individuais de pacientes psicologicamente adoecidos. Contudo, com a criação de dispositivos de atenção psicossocial, houve a necessidade de estabelecimento de clínicas ampliadas de tratamento. Nesse sentido, o presente artigo é resultado de um estudo de cunho teórico sobre o uso da psicanálise nos moldes da clínica ampliada. Com fins de se conhecer o que dizem as pesquisas atuais sobre a temática, desenvolveu-se também uma revisão narrativa dos estudos – que tratam da temática – disponibilizados nas plataformas SciELO e PePSIC nos últimos três anos (2021-2023). Como resultados, constatou-se que a psicanálise pode contribuir com a realização de um trabalho coletivo dentro dos dispositivos de atenção psicossocial, buscando promover e cuidar da saúde de sujeitos acometidos de sofrimento mental sem deixar de considerar a singularidade de cada caso.

Palavras-chave: psicanálise; clínica ampliada; atenção psicossocial.

Abstract: *Psychoanalysis is usually used in individual treatments of psychologically sick patients. However, with the creation of psychosocial care devices, there was a need to establish expanded treatment clinics. In this sense, this article is the result of a theoretical study on the use of psychoanalysis within the framework of the expanded clinic. In order to know what the current research on the subject says, an narrative review of the studies – which deal with the theme – made available on the platforms of SciELO and PePSIC in the last three years (2021-2023) was also developed. As a result, it was found that psychoanalysis can contribute to the performance of collective work within the devices of psychosocial care, seeking to promote and take care of the health of individuals suffering from mental suffering, while considering the uniqueness of each case.*

Keywords: *psychoanalysis; expanded clinic; psychosocial care.*

Resumen: *El psicoanálisis se usa generalmente en tratamientos individuales de pacientes con alguna enfermedad mental. Sin embargo, con la creación de dispositivos de atención psicossocial, era necesario establecer clínicas de tratamiento ampliadas. En tal sentido, este artículo es el resultado de un estudio teórico sobre el uso del psicoanálisis en la línea de la clínica ampliada. Con el fin de conocer lo que dice la investigación actual sobre el tema, también se desarrolló una revisión narrativa – que aborda el tema del estudio – disponibles en las plataformas SciELO y PePSIC en los últimos tres años (2021-2023). Como resultados, se encontró que el psicoanálisis puede contribuir al desempeño del trabajo colectivo dentro de los dispositivos de atención psicossocial, buscando promover y cuidar la salud de los sujetos que padecen sufrimiento mental, considerando la singularidad de cada caso.*

Palabras clave: *psicoanálisis; clínica ampliada; atención psicossocial.*

Introdução

Sigmund Freud (1856-1939), médico neurologista, iniciou a construção da teoria psicanalítica em meados do início do século XX, ao entrar em

contato com pacientes histéricos que apresentavam sintomas sobre os quais o conhecimento do modelo médico/biológico em vigor não dava conta de trazer o restabelecimento do paciente. A fundação da referida doutrina revolucionou as teorias psicológicas

39 Psicólogo graduado pela FAG. Especialista em Psicanálise pela PUCPR. Mestre em Ciências Ambientais pela UNIOESTE Toledo e doutorando em Educação pela UNIOESTE Cascavel. E-mail: fabricio_rufato@hotmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0514-3882>.

40 Psicólogo graduado pela PUCPR. Especialista em Psicanálise pela PUCPR. Mestrando em Educação pela UNIOESTE Cascavel. E-mail: geovanesarocha@outlook.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4706-3426>.

41 Psicóloga graduada pela UEM. Doutora em Educação pela UFRS. Professora de graduação e pós-graduação *stricto-sensu* em Educação na UNIOESTE Cascavel. E-mail: erossetto2013@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4581-2446>.

dominantes da época, criando-se o conceito de inconsciente para explicar as sintomatologias que não convergiam com a dimensão corporal, mas que eram percebidas por inibições, mal-estares e angústias. A partir de então, diversas compreensões práticas clínicas foram criadas com base nos fundamentos teóricos elaborados por Freud, porém a maioria delas se voltou majoritariamente a elaboração de práticas individuais aplicadas a clínicas particulares. Tal modelo de atenção restrito à saúde do indivíduo foi dominante durante um grande período. Contudo, com o passar dos anos e com a criação de instituições voltadas à saúde mental da população, tal como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), fez-se notória a introdução de profissionais embasados nos aportes teóricos da psicanálise em instituições diferentes da clínica tradicional. Com o surgimento de novos campos de atuação, psicólogos e psicanalistas se viram em ambientes com demandas específicas – por se tratar de serviços diferenciados, não clínicos – que exigiam posições e atuações não convencionais, mas que, no entanto, respeitassem a especificidade ética da profissão. A clínica ampliada, nesse encadeamento, despontou como um modelo de atenção à saúde mental em ascensão nos dispositivos da atenção psicossocial, uma vez que compreende o homem a partir de sua integralidade e complexidade – dimensão social, cultural, econômica, política, biológica etc. Considerando o exposto, o presente artigo realiza um estudo sobre o uso dos aportes teóricos da psicanálise nos moldes da clínica ampliada, aplicado no trabalho com saúde mental na rede de atenção psicossocial. Efetua, para tanto, um estudo de cunho teórico, valendo mão de livros e artigos científicos de teóricos da psicanálise e da clínica ampliada. Inicia-se a discussão com a apresentação das características da clínica psicanalítica tradicional; posteriormente, discorre-se sobre os pressupostos da clínica ampliada na rede de atenção psicossocial, apresentando pesquisas atuais sobre o tema – por meio de uma pesquisa narrativa de estudos disponibilizados na SciELO e na PePSIC nos últimos três anos (2021-2023). A metodologia de pesquisa narrativa foi escolhida por se caracterizar como uma coleta de relatos e experiências sobre um determinado tema, permitindo que o pesquisador obtenha informações para compreender determinado fenômeno (Paiva, 2008). Por fim, discutem-se possíveis elementos de articulações entre a perspectiva da psicanálise e da clínica ampliada.

A clínica psicanalítica tradicional

A psicanálise pode ser caracterizada como uma corrente teórica que se volta ao estudo do dinamismo do psiquismo humano ou, mais especificamente, do componente inconsciente da psique. Criada no início do século XX por Sigmund Freud, surgiu a partir da pouca efetividade dos tratamentos existentes até então para tratar de doenças nervosas como a histeria, obsessão, entre outras. Ao notar aspectos inconscientes relacionados aos casos estudados, a psicanálise empregou inicialmente a hipnose como método de investigação e tratamento. Contudo, devido à insatisfação com a pouca eficácia de tal procedimento, Freud desenvolveu outras formas de se obter acesso aos componentes e conteúdos inconscientes – desenvolvidas a partir de experiências clínicas. A técnica psicanalítica atual, almejando trabalhar com as demandas de análise, normalmente relacionadas a inibições e sintomas eminentemente neuróticos, emprega desde o início as mesmas regras/metodologias em sua estrutura: a associação livre de ideias, por parte do indivíduo, e a atenção flutuante, desempenhada pelo analista. Na associação livre de ideias, pede-se ao paciente, de acordo com Chemama (1995), que descreva durante a realização do tratamento tudo que lhe venha à mente, sem exercer censura ou discriminação. Já no segundo procedimento, da atenção flutuante, não se privilegia, com base em Freud (1912/1996c), elementos particulares do discurso do paciente, mas sim deixa-se fluir o discurso pelo próprio analisado. Embora a terapia psicanalítica seja marcada desde o começo pelas mesmas regras em sua estrutura, Freud (1913/1996d) recomenda iniciar o tratamento por um período de experiência prévio ao começo da análise propriamente dita, no qual se observa a demanda do caso e julga-a ser apropriada ou não para a psicanálise. Esse tratamento de ensaio, como denomina o autor, representa-se por deixar o paciente falar quase a integralidade do tempo, intervindo somente para a continuidade do relato, quando necessário. Lacan (1971- 1972/1974) em seu retorno às obras freudianas destaca a importância das entrevistas preliminares, termo correspondente aos ensaios de Freud, na qual enfatiza-se não existir possibilidade de análise sem conhecer o caso e estabelecer primeiros resquícios de transferência para identificar se o sujeito é passível de análise ou

não, sendo essencial para o método psicanalítico. Nesse momento, as metas da análise sob a abordagem psicanalítica consistem em ligar o paciente ao tratamento, transformando o seu sintoma de um estatuto de resposta para um de questionamento; verificar o desenvolvimento de relações transferenciais, as quais ligam o sujeito ao analista possibilitando a continuidade dos atendimentos; e estabelecer um diagnóstico diferencial, uma vez que a direção das intervenções varia conforme a estrutura clínica. Os elementos para a análise diagnóstica podem ser percebidos através do registro simbólico do sujeito, onde se articulam questões importantes para ele, como o desejo e a paternidade. Sob a perspectiva do analista, as entrevistas preliminares permitem acatar a demanda do paciente e averiguar se ela é passível de análise (Quinet, 2009a). Quinet (2009a) propõe a divisão das entrevistas preliminares de acordo com suas três funções lógicas: a sintomal, a diagnóstica e a transferencial. Na função sintomal, o paciente deve transformar sua queixa em uma demanda dirigida ao analista e modificar seu sintoma de um estatuto de resposta para um estatuto de questão, devendo, assim, questioná-lo. A demanda, uma vez direcionada ao psicanalista, permite, com base em Laurindo (2011), com que este interrogue, questione, provocando inquietações no paciente; quando as respostas começam a falhar, não servindo mais, causam desconforto por evidenciar um saber que não é da consciência. Nesse âmbito, Lacan (1969-1970/1992) discorre que o trabalho analítico possui o objetivo de promover a histerização do discurso, ou seja, a introdução artificial do paciente no discurso da histórica. De acordo com Quinet (2009b), no referido discurso, o lugar de agente é ocupado pelo sujeito do inconsciente com o seu sintoma e sua partição, evidenciando a divisão que o sujeito expressa no sintoma. Isso equivale fazer, baseando-se nos postulados de Quinet (2009a), com que o paciente passe da posição de vítima ao de agente de suas intrigas, introduzindo na responsabilização por sua neurose. Já na função transferencial, objetiva-se ligar o paciente ao tratamento, o que ocorre por meio da transferência. Sobre tal conceito, Freud (1912/1996a), descreve que se a necessidade de amar de um sujeito não é satisfeita pela realidade, este tende a se aproximar de outras pessoas com ideias libidinais antecipadas. O autor denomina este fenômeno como transferência e o relaciona com clichês estereotípicos repetidos no curso da vida, não só no espaço analítico, mas também nas

escolhas amorosas, nos relacionamentos sociais e outros. Nestas relações, tornam-se normais circunstâncias em que o paciente inclui o analista em uma de suas séries psíquicas já formuladas, compostas não apenas por ideias antecipadas conscientes, mas principalmente por libido de caráter inconsciente. Lacan (1964/2008), de modo convergente, posiciona a transferência dentro dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise (junto com o inconsciente [saber não conhecido pelo sujeito], a pulsão [um texto que pode ser lido no corpo] e a repetição [repetição de significantes e sentidos]), e a descreve como sendo uma atualização da realidade inconsciente. Quinet (2009a), seguindo este encadeamento, expõe a necessidade do estabelecimento de relações transferenciais para que a análise propriamente dita tenha início. Entretanto, o autor a destaca como não sendo uma tarefa do analista, que deve saber utilizá-la, mas sim como uma função do analisante. A terceira e última função, a diagnóstica, consiste na diferenciação entre os quadros de neurose, psicose e perversão. Sobre isso, Freud (1894/1996b) retrata que as diversas formas de doenças mentais existentes seriam expressões de defesa do eu diante de uma representação psíquica incompatível e intolerável. Estes métodos defensórios, de acordo com Quinet (2009b), correspondem a formas de negação da castração: o recalque no sintoma neurótico; o desmentido no fetiche perverso; e a forclusão nas alucinações psicóticas. Freud (1913/1996c) aponta, nesse âmbito, a necessidade da realização de um diagnóstico diferencial entre neurose e psicose para o desenvolvimento de um trabalho analítico eficaz. A partir disso, convergindo com Quinet (2009a), pode-se formular a estratégia a ser tomada pelo analista na direção da análise, divergir de acordo com a estrutura e o tipo clínico específico. Para o autor, o diagnóstico deve ser traçado por meio do registro simbólico, onde se articulam questões fundamentais para o sujeito, como o sexo, a morte e a paternidade. De tal forma, no início do tratamento na clínica psicanalítica, permite-se ao paciente falar a maior parte do tempo, pois trata-se de um tratamento de ensaio com funções específicas necessárias para a entrada em análise propriamente dita. As entrevistas preliminares propõem-se ligar o paciente ao tratamento, verificar o desenvolvimento de relações transferenciais e estabelecer um diagnóstico diferencial, pois a direção de análise varia conforme a estrutura. Isso porque, ao buscar atendimento psicoterápico, os pacientes demandam, na

maioria das vezes, atos que os libertem do mal-estar vivenciado em esferas de suas vidas.

A clínica ampliada

Nos últimos anos, poucos trabalhos no campo sanitário brasileiro levantaram a questão da importância da clínica nos dispositivos de saúde pública. Para Foucault (1989), a estruturação da clínica contemporânea ocorreu no século XIX constituída sobre bases anátomo/patológicas e morfológicas, ou seja, desde sua origem estruturou-se a partir de um olhar na causa-doença (Campos, 2001). A partir do início do século XX, Sigmund Freud (1856-1939), em suas elaborações do estudo da histeria e formação da Psicanálise, constituiu um método em que a escuta entra em cena. Freud ressalva que as históricas têm algo a dizer, e pauta seu método a partir da escuta clínica. Ele rompe o movimento com a rotina da consulta médica e entrevista terapêutica para o método psicanalítico, que desloca do olho que examina e passa para o olhar de quem o diz. Assim, modula-se *settings* terapêuticos diferentes para escutar e analisar, o doente é cindido no movimento das suas dimensões subjetivas e biológicas (Campos, 2001). Todavia, apenas nas últimas décadas a Psicologia tem refletido sobre sua postura teórica e metodológica, fazendo por meio de pesquisas que demonstram as influências das relações sociais, econômicas, culturais, políticas na constituição da subjetividade humana. Foi a partir do resgate teórico de Vigotski (1896-1934) com sua Psicologia embasada na dialética marxista que passou a discutir as questões sociais e culturais como influenciadoras do adoecimento psíquico e práticas na Psicologia e Medicina. Nesse sentido, no campo da Psicologia, as abordagens denominadas como psicossociais, desde a década de 50, têm-se mostrado mais atentas às demandas da área social. Alcançando destaque na América Latina, a partir de um espaço significativo nas discussões e na construção de um corpo teórico próprio (Alves, Francisco, 2009). A abordagem psicossocial através de um movimento dialético entre o que está na ordem da sociedade e o que faz parte do psiquismo humano, passa a conceber o sujeito em suas múltiplas dimensões. Desse modo, considera na clínica a multidimensionalidade do sujeito, contemplando aspectos de interação entre o físico, o psicológico, o meio ambiente natural e o social. Ou seja, essa abordagem compreende que a história de vida do sujeito é marcada pelas relações

mútuas, cujas estruturas social e familiar, a cultura e o meio que vive, se manifestam no dia a dia e subjaz o sujeito como um todo que afeta e é afetado no mundo. Enfatiza também a interação e a interdependência dos fenômenos biopsicossociais, buscando compreender a natureza dos processos dinâmicos que compõem o indivíduo em sua vivência (Alves, Francisco, 2009). A Psicologia voltada para o social norteia pressupostos para a implicação mútua dos agentes, considerando o simbólico presente nas relações intra e interpessoais. No entanto, espera-se que os atores sociais envolvidos em um contexto construam sua própria história, considerando o comprometimento político e ético. Isso impulsiona fazer a reavaliação crítica dos processos à saúde-doença, aos modelos de formação profissional e assistenciais desenvolvidos ao longo da história. Pressupõe-se ainda uma posição autocrítica sobre a participação dos profissionais nesses processos, pois é preciso assumir espaços coletivos de decisão, de construção, e para isso a palavra precisa circular. Isso implica romper hierarquias, principalmente à do médico-paciente sobre a qual está calcada a doença mental (Campos, 2001). Nesse viés, Campos (2001) relata que na América Latina (nos anos 70) desenvolveu-se com ênfase a epidemiologia social que deriva da medicina social, mas que não conseguiu desenvolver uma proposta clínica. O que aconteceu foi que se abriu tanto o leque para problemas de saúde de grupos e comunidades, que se passou a não enxergar os indivíduos em seu sofrimento. Apesar da crítica à clínica médica, a medicina social compõe bases epidemiológicas capazes de definir necessidades sociais, estruturando-se também com um novo olhar sobre o homem. Nesse enfoque podem ser olhados grupos de risco e comunidades, que jazem a frente para que se desvendem suas necessidades, como oferecia qualquer consultório médico. No Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Planejamento em Saúde, em seu processo de constituição disciplinar no âmbito da Saúde Coletiva, manteve-se afastado das questões clínicas, objetivando nas características gerais do campo da Saúde Coletiva. Contudo, quando nos deparamos com os serviços assistenciais de Saúde, no campo de intervenção, sempre haverá uma escolha clínica. A clínica cabe aqui, não apenas para a medicina, mas todas as áreas de saúde que no dia a dia lidam com diagnósticos, tratamento, reabilitação e prevenção. Isto reforça a questão de especificidade do Planejamento em Saúde, que para contribuir, necessita de um aporte

de diversos modelos clínicos para sua eficácia. Se o planejamento em saúde quer ser eficaz promovendo mudanças nos serviços, precisa necessariamente de uma interlocução com a clínica (Campos, 2001). É necessário resgatar a preocupação com os profissionais que trabalham no setor de saúde, com a intenção de motivar novos exercícios para estimular a subjetivação e a reflexão com os modelos clínicos que possam dar suportes para novas práticas. E essa reflexão sobre a clínica não deve ser amarrada aos modelos reducionistas predominantes no discurso sanitário. Mas, deve reconhecer a clínica como uma parte da eficácia da Saúde Coletiva. Para isso, deve ser retornado aos modelos clínicos existentes, e pensar juntos em novos modelos possíveis, que ampliem a clínica para o coletivo. Contudo, pensar em práxis para uma clínica que possa abranger o individual e coletivo precisamos contextualizar a clínica ampliada ou, a clínica do sujeito. Aqui a doença não ocuparia todo o lugar do sujeito, mas só uma parte. Considera-se o sujeito como um todo, um ser que trabalha, que se relaciona, que tem uma história de vida. Este sujeito sempre é biológico, social, subjetivo e histórico. Nesta última, é importante ressaltar que as demandas mudam no tempo, há valores, desejos, que são construídos a partir da sociedade, da cultura, e criam necessidades novas que aparecem como demandas. Assim, a clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes não só os riscos epidemiológicos, mas também a realidade, o meio externo e subjetivo do sujeito ou grupo em questão. Responsabilizando-se também pelas demandas concretas de cada sujeito (Campos, 2001). Em termos de subjetivação, compreende-se que a subjetividade é produção incessante de novos movimentos e deslocamentos, constitui novas paisagens, afirmações e desejos, portanto, impossível de qualquer totalização. “O desejo de definir o homem, negando a transitoriedade que o atravessa, reflete um movimento de dominação tendente a minimizar a diferenciação produtiva que pulsa nos processos de subjetivação” (Sundfeld, 2010, p. 1092). Assim, pensar na clínica ampliada é desconstruir os modelos tradicionais e levar a reflexão e autocrítica das práxis em saúde pública. Compreender o processo dialético que a subjetividade interpassa pelo sujeito, modifica-o, como também as relações culturais existentes. Para ocorrer a práxis de clínica ampliada, necessita-se de uma prática que se movimenta, descentraliza e se constrói a cada singularidade ou grupo.

O que dizem as pesquisas atuais sobre a clínica ampliada

Com o intuito de conhecer o que dizem as pesquisas atuais sobre a clínica ampliada, realizou-se uma pesquisa integrativa de artigos publicados nas plataformas SciELO e PePSIC nos últimos três anos (2021 a 2023). De acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010), esse tipo de pesquisa sintetiza as pesquisas disponíveis em determinada temática, fornecendo melhor conhecimento sobre o que está sendo discutido cientificamente sobre o assunto. Para a investigação dos estudos, empregou-se os descritores “clínica ampliada” e “saúde mental”, combinados por meio do operador booleano “AND”. A busca retornou 27 estudos. Porém, após a leitura dos resumos, refinou-se os resultados para um total de sete, referentes as investigações que tratavam de aspectos relacionados à saúde mental. Esses estudos serão descritos a seguir. O primeiro trata-se do artigo de Bosi e Alves (2023), o qual investigou os desafios para o campo da saúde mental trazidos pela pandemia de COVID-19. De acordo com os autores, o distanciamento social do período pandêmico exigiu recriações e reinvenções, interrogando a integralidade e humanização do cuidado em saúde mental. Essa lógica exige a ampliação do campo de atuação psicológico, voltando-se para a esfera coletiva em busca de reconstruções na perspectiva de uma clínica ampliada. O segundo refere-se ao estudo de Brito *et al.* (2022), que objetivou identificar e sintetizar definições e práticas de apoio institucional implementadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Os autores visualizaram a necessidade de um movimento de construção coletiva, em diferentes territórios, com práticas relacionadas à clínica ampliada para a transformação dos contextos de saúde local – sem perder a conexão com os movimentos das políticas públicas no Brasil. O terceiro é a pesquisa de Gomes e Lima (2022), a qual buscou compreender as práticas discursivas de psicólogos sobre a atuação psicológica na abordagem às IST/HIV- Aids em serviços especializados de uma cidade da Bahia. Os autores partiram da perspectiva teórica da clínica ampliada e, como resultados, perceberam que os psicólogos têm conseguido reconhecer demandas de ordem biológica e social, os quais indicam aspectos objetivos da vivência dos usuários. Identificaram também que a ampliação da clínica psicológica na vertente coletiva apresenta-se ainda

como um processo em construção, dentro da trajetória de cada profissional. O quarto estudo pertence a Vieira e Romagnoli (2022), o qual pretendeu colocar a clínica psicológica como um espaço de desvelamento das desigualdades sociais utilizando para isso da escuta de sujeitos em situação de exclusão social. Os autores perceberam que as precariedades materiais e simbólicas vividas pelos indivíduos reproduzem-se em suas redes relacionais e comunitárias pela forma de violências, opressões e vínculos fragilizados. Constatou-se a necessidade de uma prática clínica ampliada que se volte às vivências específicas de pessoas excluídas para que se produzam novos encontros e afetos contrários às desqualificações cotidianamente recebidas. O quinto trata-se do artigo de Souza, Pio e Oliveira (2021), que analisou a perspectiva dos usuários sobre o atendimento à demanda de sofrimento psíquico em um serviço pré-hospitalar, com o objetivo de identificar sua percepção acerca da assistência e do acolhimento oferecido. Os autores identificaram despreparo dos profissionais da saúde hospitalar para inserir o dispositivo da clínica ampliada em seus atendimentos. Nesse sentido, consideraram que o acolhimento dos pacientes – por mais que tenha sido bem avaliado pelos participantes – pode ser mais bem desenvolvido para a qualificação da escuta no sentido da clínica ampliada e da abordagem integral dos cuidados. O sexto é a investigação de Rezende e Andrade (2022), a qual objetivou analisar a produção laboral de psicólogos atuantes nos NASF-AB de Maceió (AL) no ano de 2019. Como resultados, os autores destacam a predominância de emprego de atendimentos no formato individual centrados nas unidades de saúde, além de grande percentual de encaminhamentos a serviços especializados. Como conclusão, destacam a necessidade de revisão das práticas dos psicólogos do NASF-AB, explorando as possibilidades da clínica ampliada, bem como da promoção e prevenção em saúde a partir dos sistemas de informação em saúde. O sétimo e último estudo é o relato de experiência de Nogueira, Mora e Teixeira (2021), que buscou refletir sobre as potencialidades e desafios vivenciados por uma psicóloga do NASF na prática de apoio matricial em saúde mental. O trabalho descreve a apropriação dos profissionais na condução das ações em saúde mental, em busca da efetivação de práticas na perspectiva da clínica ampliada. O intuito dessa clínica é de acompanhar movimentos, transformações e metamorfoses subjetivas que vão se processando cotidianamente na vida, a fim

de construir uma clínica prática de caráter político. Esses estudos mostram a necessidade de uma clínica ampliada em relação à saúde mental, isto é, atingir diferentes espaços locais a fim de construir um saber sobre o cuidado e a promoção da saúde mental preservando os aspectos sociais e culturais de cada povo e estando em consonância com as políticas públicas vigentes. Descentralizando os serviços em saúde mental, a clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização acredita ser capaz de qualificar o modo de se fazer saúde, a fim de aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade em geral.

A clínica ampliada e a psicanálise

Freud desenvolveu técnicas específicas para a escuta dos sujeitos e, conseqüentemente, para o manejo terapêutico: a associação livre de ideias (descrição de tudo que vir à mente do paciente) e a atenção fluente (não privilégio a pontos específicos). Mas como aplicar tal técnica em ambientes não clínicos? É possível utilizar a maneira psicanalítica de ouvir um sujeito em instituições que não utilizam a maneira convencional de atendimento? Autores como Campos (2012), defendem a relevância da psicanálise às práticas de saúde coletiva, questionando a compreensão errônea de que este aporte teórico se volte restritamente a consultórios particulares e às populações com menos condições econômicas. Isso ocorre devido ao fato de que o sujeito de que trata a psicanálise não pode ser isolado de seu contexto social, cultural e histórico, devendo ser considerado também nas ações coletivas, isto é, no meio em que está inserido. De início, faz-se essencial considerar e compreender o papel da transferência para a escuta institucional, isto é, para uma escuta para além do individual. O conceito de transferência desponta como essencial para o trabalho psicanalítico em qualquer âmbito, seja ele clínico ou institucional: ao formular-se laços e um sujeito suposto saber, as demandas são postas em questão. Isso acontece porque o paciente dirige-se ao psicanalista em uma atualização de seu inconsciente que possibilita a realização de intervenções. Trata-se, nesse sentido, de uma função do analista compreender as demandas feitas pelo usuário do serviço como fazendo parte do discurso influenciado pela sua época, pelas exigências culturais e os costumes estabelecidos na sociedade.

Logo, cria-se possibilidade de construção de saberes próprios ao paciente, pois entra em cena um questionamento, um não saber sobre tudo. Ao se tratar de uma instituição, a escuta diferencial pautada na transferência evidencia a repetição das respostas, dos atos sintomáticos e das passagens ao ato. Uma vez evidenciados e colocados em questão, fornece-se ao sujeito possibilidade de reformular tais fenomenologias e alcançar uma mudança subjetiva (criam-se espaços para simbolização e desenvolvimento próprio). Ao mesmo tempo, trabalha-se de forma coletiva – grupos, projetos, campanhas, orientações etc. – para questionamento dos fenômenos sociais que produziram e mantiveram o sintoma até então, trabalhando-se em sua modificação. Importante considerar que as intervenções (escuta, trabalho e de orientação) não são direcionadas tão somente aos usuários do serviço: também devem ser orientadas aos profissionais da equipe, enquanto sujeitos que podem padecer pela própria realidade de trabalho e que também faz parte da realidade sociocultural que produziu os fenômenos. A depender da instituição, há trabalho com usuários de drogas, com pacientes com transtornos mentais etc., e os profissionais que os atendem podem não estar preparados para determinados casos e especificidades. Logo, o psicanalista não deve se abster de fornecer escuta a estes e, na medida do possível, fomentar novas formas de trabalho e visão sobre o assunto. Em ambos os casos – tanto no trabalho com os usuários do serviço quanto no trabalho com os profissionais da instituição – é essencial que a escuta do psicanalista seja voltada ao resgate da subjetividade. Assim, a posição do psicanalista nas instituições deve ser a de dirigir uma escuta que favoreça as intervenções necessárias em cada contexto, mas que também privilegie o sujeito do desejo e coloque em questão o saber que o sustenta. Para se buscar esse sujeito de desejo é necessário que haja uma abertura à palavra, favorecida pela associação livre de ideias, já citada anteriormente. A partir disso, o psicanalista pode criar possibilidades para uma experiência psicanalítica na instituição, utilizando também da transferência estabelecida entre os indivíduos. Assim como na clínica, o sujeito sempre chega com uma demanda – nesse caso, endereçada à instituição e, conseqüentemente ao profissional – e cabe ao psicanalista questionar o sujeito sobre seu sofrimento. Desta forma, o sujeito passa a se interrogar e o profissional pode sair desse lugar de suposto saber. No contexto institucional, isso pode

se tornar tarefa mais árdua pelo fato de que muitas dessas instituições existem para garantir o bem-estar socialmente almejado. E é nesse momento que a psicanálise, com seu referencial acerca da palavra do sujeito, deve fazer com que o sujeito do desejo entre em cena – levando em consideração seu contexto, sua história e suas possibilidades de mudança. De tal forma, acredita-se que os preceitos das entrevistas preliminares – condições prévias da terapia convencional para a entrada em análise – podem ser utilizados na clínica ampliada, contudo adaptados em sua execução. A transferência, como anteriormente debatido, é essencial para o início de trabalho do psicanalista em qualquer campo de atuação, uma vez que é por meio dela que se liga o sujeito aos atendimentos e possibilitam sua continuidade. A função diagnóstica também é primordial, principalmente em instituições como o CAPS, em que grande parte de usuários apresentam algum transtorno mental. Por meio dessa função, pode-se compreender o sujeito e trabalhar da forma mais específica para sua reabilitação psicossocial. A função sintomal, entretanto, necessita de maiores estudos e discussões. Na clínica usual, a função sintomal objetiva fazer com que o sujeito questione sua demanda, colocando-se na responsabilização por sua problemática. Porém, considerando as características da clínica ampliada, acredita-se que as fronteiras da função sintomal necessitam ser expandidas. Para além da participação individual do sujeito sobre seus sintomas, outros aspectos devem ser considerados e trabalhados no limite das possibilidades de atuação, tais como a cultura exclusiva do doente mental; a desigualdade de realidade vivida pelos gêneros; a carência de políticas públicas de educação, saúde, entre outras; carência de apoio interpessoal etc. De tal maneira, todos os fatores que se relacionam ao sujeito devem ser considerados na produção da problemática, não devendo o psicanalista focar sua atenção somente aos fatores individuais dos sintomas. Outro fator importante que precisamos diferenciar é o trabalho coletivo de uma instituição e o trabalho psicanalítico voltado ao sujeito. O primeiro denota de intervenções grupais, na busca de cidadania, proteção e melhora do indivíduo acometido de problemas mentais. Porém, nem sempre o atendimento coletivo é melhor para determinado caso. Precisamos considerar a premissa psicanalítica, de que cada caso é um caso (Rinaldi, Cabral, Castro, 2008). Dar ênfases em atividades coletivas no sentido que é proposto pela reabilitação pode, muitas vezes,

resultar na negligência de um trabalho singular. Por exemplo, um paciente psicótico dificilmente terá todo o suporte necessário – enquanto estrutura psíquica – para lidar com as dinâmicas e intervenções grupais. Sabemos que muitas vezes na clínica é necessário dar suporte ao ego do psicótico, pois este acaba por ter ausência de um significante primordial na sua estrutura para a simbolização – como ocorre com pacientes neuróticos (Rinaldi, Cabral, Castro, 2008). Para Rinaldi, Cabral e Castro (2008), a ausência de projetos terapêuticos que levem em conta a singularidade de cada caso pode fazer com que profissionais tomem iniciativas inadequadas para os assistidos. Isto ocorre, por exemplo, quando é dado um direcionamento ao tratamento sem a participação de fato do usuário, o que pode resultar na não participação dele nesse processo. Pode-se dizer, então, que o trabalho psicanalítico dentro de uma instituição é o de defender a necessidade de um acompanhamento caso a caso, mesmo num espaço coletivo, apontando as diferenças entre a clínica do sujeito e as estratégias de atenção psicossocial. Ambas, apesar de suas diferenças, podem se complementar, evitando riscos de intervenções inadequadas. Além do mais, possibilitam a tomada de voz ao trabalho subjetivo da palavra, pois não se pode acreditar que o bem-estar psicossocial torna menos relevante o trabalho subjetivo da palavra (Tenório, 2001). Essas questões presentes nos serviços – o psicanalítico, o da atenção psicossocial e do saber médico – tornam complexo os papéis dos profissionais de saúde mental para construção de novas práticas. Promover a complementariedade e a interdisciplinaridade e outros saberes no campo da saúde mental é o maior desafio para quem trabalha no CAPS. De acordo com Campos (2001), para avançar em uma clínica ampliada precisa-se construir uma práxis preocupada com as suas finalidades e eficácia. Para isso, não podemos nos abster das questões relativas aos modelos clínicos, muito menos deixar de considerar o sujeito histórico, subjetivo, em sua completude. Isso significa desconstruir aquele lugar idealizado, utópico, da equipe transdisciplinar perfeita. A clínica ampliada coloca sempre em interrogação as suas práticas à luz da produção e de sua eficácia. Contudo, o psicanalista pode contribuir na desconstrução de paradigmas, bem como na escuta da equipe e de sujeitos, fazendo a mediação consciente e responsável. Também pode contribuir na construção de novos planejamentos de intervenção que sejam capazes de atribuir sua

aplicação sem desconsiderar o sujeito em sua individualidade e limitação.

Considerações finais

A partir do estudo realizado pode-se dizer que a escuta psicanalítica e a dinâmica da relação transfereencial são fatores que contribuem para o manejo de problemas tanto individuais como coletivos dentro de uma instituição. O psicanalista não deve se abster do uso de seu divã, porém deve ir além, trabalhando estreitamente com os demais profissionais em estudos e discussões no sentido de proporcionar um trabalho voltado a promoção de estruturas psíquicas mais conscientes e saudáveis. As relações interpessoais, os diagnósticos, o percurso de sintomas, a possibilidades de trabalho com grupos, orientação a família, a análise de situações sociais e culturais, o vínculo paciente/médico/profissionais, dentre outras possibilidades, deve também ser considerados. Historicamente têm-se fatores da formação da psicanálise como prática e ciência, em seu primeiro momento, concentrou-se em estruturas psíquicas e análise do inconsciente individual em volta do divã. No entanto, no decorrer dos escritos freudianos, a psicanálise passa a considerar o contexto social, a cultura, e a historicidade, buscando a compreensão da civilização humana e dos impasses inconscientes da vida humana em sociedade, ou seja, o cerne não se concentra somente no inconsciente individual, mas como esse age e reage na sociedade. Assim o psicanalista, por sua vez, nas instituições como o CAPS, deve possibilitar a discussão para a construção de um saber único de cada indivíduo ou grupo, na busca de promover reflexões do sintoma tanto individual, como coletivo e institucional. Também promove discussões em questões higienistas e moldurantes que as instituições estabelecem, muitas vezes de forma inconsciente, devido a movimentos historicamente constituídos em uma sociedade, seja de patologia versus normatização. Os estudos atuais sobre a clínica ampliada, relacionados à temática de saúde mental, têm apontado que o encontro entre a psicologia e formas coletivas e/ou sociais de se compreender os diversos fenômenos sociais tem ocorrido de forma vagarosa. Contudo, as aproximações demonstram que a existência de uma prática clínica mais contextualizada e relacionada com o contexto social e cultural dos indivíduos é importante e necessária, visto que seus resultados apontam melhor compreensão e intervenção sobre

o sofrimento psíquico. Reafirma-se, a título de conclusão, que a psicanálise dentro dos dispositivos de atenção psicossocial pode contribuir para realização de um trabalho coletivo, buscando promover e cuidar da saúde de sujeitos acometidos de sofrimento mental, sem deixar de considerar a singularidade de cada caso. É importante estar atento às demais particularidades que compõem e mantêm os sintomas,

compreendendo os indivíduos a partir de suas integralidades. Dar voz ao sujeito desponta, entretanto, como primordial para o tratamento, uma vez que possibilita a desconstrução de saberes previamente estruturados, bem como a construção de novos saberes acerca da realidade vivenciada pelos usuários do serviço.

Referências

- Alves, E. S.; Francisco, A. L. (2009). Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicologia Ciência e Profissão**, 29(4), 768-779. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000400009>
- Bosi, M. L. M.; Alves, E. D. (2022). Distanciamento social em contextos urbanos na pandemia de Covid-19: desafios para o campo da saúde mental. **Physis**, 33, 1-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333007>
- Brito, C. S.; et. al. (2022). Apoio institucional na atenção primária em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(4), 1377-1388. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.00212021>
- Campos, R. O. (2001). Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista Saúde em Debate**, 25(58), 98-111, 2001.
- Campos, R. O. (2012) **Psicanálise e saúde coletiva**. Interfaces. São Paulo: Hucitec.
- Chemama, R. (1995). **Dicionário de Psicanálise**. (F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Larousse.
- Freud, S. (1996a). A dinâmica da transferência. J. Strachey (Ed). **Obras completas de Sigmund Freud** (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1912).
- Freud, S. (1996b). As neuropsicoses de defesa. J. Strachey (Ed). **Obras completas de Sigmund Freud** (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1894).
- Freud, S. (1996c). Recomendações aos médicos que exercem psicanálise. J. Strachey (Ed). **Obras completas de Sigmund Freud** (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1912).
- Freud, S. (1996d). Sobre o início do tratamento. J. Strachey (Ed). **Obras completas de Sigmund Freud** (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1913).
- Gomes, E. S. S.; Lima, M. (2022). A clínica psicológica como um espaço de desvelamento das desigualdades sociais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 42, 1-15. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003233089>
- Lacan, J. (1974). **O saber do psicanalista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1971-1972).
- Lacan, J. (2008). **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1964).
- Lacan, J. (1992). **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1969 - 1970).
- Laurindo, M. C. (2011). Psiquiatria, psicologia do ego, psicanálise e suas formas de intervenção. In: Laurindo, M. C. **Temas para Pensar e Ensinar a Psicologia**. Curitiba: Champagnat.
- Nogueira, N. F. O.; Mota, C. S.; Teixeira, D. S. (2021). Apoio matricial e saúde mental: relato das potencialidades e desafios no fazer do NASF por uma psicóloga em uma residência multiprofissional em saúde da família. **Rev. Psicologia, Diversidade e Saúde**, 10(3), 455-468. doi: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i3.3750>
- Paiva, V. L. M. O. (2008). A pesquisa narrativa: uma introdução. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, 8 (2). doi: <https://doi.org/10.1590/S1984-63982008000200001>
- Quinet, A. (2009a). **As 4+1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Quinet, A. (2009b). **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rezende, F. R. M.; Andrade, B. S. (2022). Produção laboral de psicólogas(os) do NASF-AB de Maceió (AL) em 2019: uma análise a partir do SISAB. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 42, 1-15. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243401>
- Rinaldi, D. L., Cabral, L. H., Castro, G. S. (2008). Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 8(1).
- Souza, B. S.; Pio, D. A. M.; Oliveira, G. T. R. (2021). Perspectivas de usuários em sofrimento psíquico sobre um serviço de pronto atendimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 41, 1-16. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221805>
- Souza, T. S.; Silva, M. D.; Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, 8(1), 102-106. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 20(4), 1079-1097. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>
- Tenório, F. (2001). **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Marca D'água.
- Vieira, D. V.; Romagnoli, R. C. (2022). A clínica psicológica como um espaço de desvelamento das desigualdades sociais. **Psicologia em Estudo**, 27, 1-16. doi: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.47596>